



a Point32Health company

Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO de 2026 (Lista de medicamentos cubiertos “Lista de medicamentos”)

Planes de Tufts Medicare Preferred HMO

LEA LO SIGUIENTE: Este documento contiene información sobre los medicamentos que cubrimos en este plan.

26452 Versión 10

Este formulario se actualizó el 04/01/2026. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred HMO al **1-800-701-9000** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o visite **www.thpmp.org**.

H2256_2026_18_C_SPA

Tufts Medicare Preferred HMO

Formulario (lista de medicamentos cubiertos) 2026

Nota para los miembros existentes: Este formulario cambió desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía incluya los medicamentos que usted toma.

Cuando esta Lista de Medicamentos (Formulario) se refiera a “nosotros”, “nos”, “nuestro”, “nuestra”, “nuestros” o “nuestras”, quiere decir Tufts Health Plan. Cuando se refiera a “plan” o a “nuestro plan”, significa Tufts Medicare Preferred HMO.

Este documento incluye la Lista de Medicamentos (formulario) para nuestro plan que estará vigente a partir del 04/01/2026. Para obtener una Lista de Medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha más reciente de actualización de la Lista de Medicamentos (formulario), aparece en la portada y la contraportada.

Por lo general, debe usar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y los copagos o el coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026 y en ocasiones durante el año.

¿Qué es el formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?

En este documento, usamos los términos Lista de Medicamentos y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Tufts Medicare Preferred HMO previa consulta con un equipo de proveedores de cuidado de la salud. Dicho formulario representa las terapias con medicamentos recetados que se creen que son una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, Tufts Medicare Preferred HMO cubrirá los medicamentos indicados en nuestro formulario siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de Tufts Medicare Preferred HMO y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su *Evidencia de Cobertura*.

¿El formulario puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero es posible que agreguemos o quitemos medicamentos del formulario durante el año, que los traspasemos a niveles diferentes de costos compartidos o que agreguemos restricciones nuevas. Debemos seguir las reglas de Medicare para hacer estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web: www.thmp.org.

A continuación, se mencionan los cambios que pueden afectarlo este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año:

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos retirar inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo estamos reemplazando por cierta versión nueva que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos. Cuando agregamos una versión nueva de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en el formulario, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costos compartidos diferente o agregar nuevas restricciones.

Podemos realizar estos cambios inmediatos solo si agregamos una versión genérica nueva de un medicamento de marca o ciertas versiones nuevas biosimilares de un producto biológico original que ya se encontraba en el formulario (por ejemplo, al agregar una versión biosimilar intercambiable que una farmacia puede sustituir por un producto biológico original sin una receta nueva).

Si, actualmente, toma el medicamento de marca o el producto original biológico, es posible que no le avisemos antes de hacer un cambio inmediato, pero más adelante le proveeremos información sobre los cambios específicos que hayamos hecho.

Si hacemos ese cambio, usted o su prescriptor pueden pedirnos que hagamos una excepción para seguir cubriendo el medicamento que se está cambiando para usted. Para obtener más información, consulte la siguiente sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?” en la página VI.

Es posible que desconozca algunos de estos tipos de medicamentos. Para obtener más información, consulte la siguiente sección titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”.

- **Se retiraron medicamentos del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) determina que se debe retirar por razones de seguridad o efectividad, es posible que lo retiremos de inmediato de nuestro formulario y posteriormente informemos a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que, actualmente, tomen un medicamento. Por ejemplo, podemos retirar un medicamento de marca del formulario al agregar un equivalente genérico o retirar un producto biológico original al agregar uno biosimilar. También podemos aplicar restricciones nuevas al medicamento de marca o producto biológico original, o moverlo a un nivel de costos compartidos diferente o tomar ambas medidas. Podemos hacer cambios según las pautas clínicas nuevas. Si retiramos medicamentos de nuestro formulario, agregamos restricciones de autorización previa, cantidad límite o terapia escalonada a un medicamento o movemos un medicamento a un nivel más alto de costos compartidos, debemos informar a los miembros afectados acerca del cambio al menos 30 días antes de que se realice ese cambio. Alternativamente, cuando un miembro solicite un resurtido del medicamento, es posible que reciba un suministro de 30 días del medicamento y la notificación del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o su prescriptor pueden pedirnos que hagamos una excepción para seguir cubriendo el medicamento que toma para usted. La notificación que le entreguemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción y, además, puede encontrar información en la sección llamada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?” en la página VI.

Cambios que no lo afectarán si está tomando el medicamento actualmente. Por lo general, si toma un medicamento de nuestro formulario 2026 que estaba cubierto a principios del año, no eliminaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2026, excepto en las circunstancias descritas previamente. Esto significa que estos medicamentos seguirán disponibles al mismo costo compartido y sin restricciones nuevas para los miembros que los tomen por el resto del año de cobertura. No recibirá una notificación directa este año sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios lo afectarían y es importante revisar el formulario del nuevo año de beneficios para ver los cambios que podrían haber tenido los medicamentos.

El formulario adjunto estará vigente a partir del 04/01/2026. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Tufts Medicare Preferred HMO, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. En caso de un cambio en el formulario a mitad de año que no sea de mantenimiento, se le informará mediante una hoja de fe de erratas.

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos formas de encontrar un medicamento en el formulario:

Afección médica

El formulario comienza en la página 3. Los medicamentos en este formulario están agrupados en categorías según las afecciones para los que se usan como tratamiento. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran en la categoría “*Medicamentos cardiovasculares*”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. A continuación, busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

Lista alfabética

Si no está seguro de en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página 74. El índice provee una lista alfabética de todos los medicamentos que se incluyen en este documento. En este índice aparecen los medicamentos genéricos y los de marca. Busque en el índice y encuentre su medicamento. A un lado del medicamento, verá el número de la página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que se indica en el índice y busque el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Tufts Medicare Preferred HMO cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico cuenta con aprobación de la FDA que garantiza que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan tan bien como los medicamentos de marca y, por lo general, cuestan menos. Hay sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos, por lo general, se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin una receta nueva, lo cual depende de las leyes estatales.

¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un fármaco o de un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los habituales. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos habituales, en vez de tener una fórmula genérica tienen alternativas denominadas biosimilares. Los productos biosimilares suelen funcionar tan bien como los productos biológicos originales y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares de algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, se pueden sustituir por productos biológicos originales en la farmacia sin necesidad de tener una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos se pueden sustituir por medicamentos de marca.

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 3.1, de la *Evidencia de Cobertura*, “La ‘Lista de Medicamentos’ indica qué medicamentos de Part D tienen cobertura”.

¿Mi cobertura tiene alguna restricción?

Algunos medicamentos cubiertos podrían tener requisitos o límites adicionales en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir los siguientes:

- **Autorización previa:** Tufts Medicare Preferred HMO exige que usted o su prescriptor obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener aprobación de Tufts Medicare Preferred HMO antes de que usted pueda surtir sus recetas. Si no consigue esa aprobación, es posible que Tufts Medicare Preferred HMO no cubra los medicamentos.

- **Cantidad límite:** en el caso de ciertos medicamentos, Tufts Medicare Preferred HMO restringe la cantidad del medicamento que cubrirá Tufts Medicare Preferred HMO. Por ejemplo, Tufts Medicare Preferred HMO proporciona 30 comprimidos por receta de *ramelteon*. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada:** en algunos casos, Tufts Medicare Preferred HMO exige que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que Tufts Medicare Preferred HMO no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, Tufts Medicare Preferred HMO entonces cubrirá el medicamento B.

Para saber si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el formulario que comienza en la página 3. También puede visitar nuestro sitio web para obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos específicos cubiertos. Hemos publicado en línea un documento que explica nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha más reciente de actualización del formulario, aparece en la portada y la contraportada.

Puede solicitar a Tufts Medicare Preferred HMO que haga una excepción a estas restricciones o límites o pedir una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?” en la página para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué sucede si mi medicamento no está en el Formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), debería comunicarse primero con Servicios para Miembros para preguntar si su medicamento está cubierto.

Si se entera de que Tufts Medicare Preferred HMO no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que sí cubre Tufts Medicare Preferred HMO. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Tufts Medicare Preferred HMO.
- Puede solicitar a Tufts Medicare Preferred HMO que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?

Puede solicitar a Tufts Medicare Preferred HMO que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay diversos tipos de excepciones que puede pedirnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto en un nivel predeterminado de costos compartidos y usted no podrá pedirnos que proveamos el medicamento en un nivel más bajo.
- Puede pedirnos una exención de una restricción de cobertura, lo que incluye autorización previa, terapia escalonada o cantidad límite de su medicamento. Por ejemplo, en el caso de ciertos medicamentos, Tufts Medicare Preferred HMO restringe la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene una cantidad límite, puede pedirnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad superior.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario en un nivel más bajo de costos compartidos, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad.

Por lo general, Tufts Medicare Preferred HMO solo aprobará su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento con menores costos compartidos o al que se le aplica la restricción no son tan eficaces para usted o le provocan efectos médicos adversos.

Usted o su prescriptor deben contactarnos para solicitar una excepción de nivel o formulario, incluida la excepción a una restricción de cobertura. **Al solicitar una excepción, su prescriptor deberá explicar los motivos médicos por los que la necesita.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir del momento en que recibimos la declaración de respaldo del prescriptor. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si usted considera, y nosotros estamos de acuerdo, que su salud podría verse perjudicada gravemente por esperar hasta 72 horas para que se tome una decisión. Si estamos de acuerdo, o si su prescriptor solicita una decisión rápida, debemos informarle una decisión, a más tardar, 24 horas después de obtener la declaración de respaldo de su prescriptor.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no se encuentra en el formulario o tiene una restricción?

Como miembro nuevo o anterior de nuestro plan, podría estar tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O quizás puede tomar un medicamento que se encuentra en nuestro formulario, pero que tiene una restricción de cobertura, como la autorización previa. Debe hablar con su prescriptor sobre solicitar una decisión de cobertura a fin de mostrar que usted cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubramos o solicitar una excepción de formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan cuál es la decisión correcta para su caso, podemos cubrir su medicamento en determinadas circunstancias durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.

Por cada medicamento que no esté en nuestro formulario o que tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si la receta está indicada para menos días, permitiremos que se surta varias veces hasta un máximo de 30 días de medicamento. Si no se aprueba su cobertura después del primer suministro para un mes, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si es residente de un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si usted tiene una capacidad limitada para obtener medicamentos, pero ya han transcurrido los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción al formulario.

Como miembro actual, si lo ingresan o le dan el alta de un centro de cuidados a largo plazo y se cambia su medicamento en forma no planificada, puede solicitar que aprobemos un surtido temporal único del medicamento no cubierto para que tenga tiempo de analizar un plan de transición con el médico. Su médico también puede solicitar una excepción a la cobertura del medicamento no cubierto según la revisión de la necesidad médica siguiendo el proceso estándar de excepción descrito anteriormente. El “primer surtido” temporal será, por lo general, un suministro de hasta 31 días, pero se podría extender para darles tiempo a usted y a su médico para administrar las complejidades de múltiples medicamentos o cuando las circunstancias especiales lo justifiquen. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred HMO para solicitar un surtido temporal de la receta.

Para obtener más información

Para obtener más información detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de Tufts Medicare Preferred HMO, revise su *Evidencia de Cobertura* y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre Tufts Medicare Preferred HMO, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha más reciente de actualización del formulario, aparece en la portada y la contraportada.

Si tiene preguntas sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. O bien, visite **www.medicare.gov**.

Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO

El formulario que comienza en la página 3 proporciona información sobre los medicamentos cubiertos por Tufts Medicare Preferred HMO. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, diríjase al índice que comienza en la página 74.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej., ENBREL) y los medicamentos genéricos aparecen en minúsculas cursivas (p. ej., *omeprazol*).

La columna de Requisitos/Límites le indica si Tufts Medicare Preferred HMO tiene algún requisito especial de cobertura de su medicamento.

PA BvD: Se requiere autorización previa (PA, por sus siglas en inglés) de Medicare Part B o Part D

Estos medicamentos requieren una autorización previa para determinar la cobertura adecuada según Medicare Part B o Part D. Es posible que algunos medicamentos de Part B requieran un 20% de coaseguro para los miembros con los planes Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx, HMO Basic Rx y HMO Basic No Rx.

QL: Se aplica una cantidad límite (QL por sus siglas en inglés)

Debido a posibles inquietudes sobre la seguridad y uso, Tufts Medicare Preferred HMO ha establecido limitaciones de surtido en una cantidad pequeña de medicamentos recetados. Esto significa que la farmacia solo surtirá cierta cantidad de un medicamento en un período específico. Estas cantidades se basan en estándares reconocidos de atención, como las recomendaciones de uso de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos. Si el médico considera que usted necesita una cantidad superior a la limitación del programa, dicho médico puede enviar una solicitud de cobertura según el proceso de revisión médica. El proceso de revisión médica les permite a usted o a su médico solicitar a Tufts Medicare Preferred HMO que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?” en la página para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

EC: Medicamento de cobertura mejorada (EC, por sus siglas en inglés)

Este medicamento recetado no suele estar cubierto por un plan de medicamentos recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando surte una receta de este medicamento no cuenta para el costo total de sus medicamentos (es decir, la cantidad que paga no le ayuda a optar a la cobertura catastrófica). Además, si está recibiendo ayuda extra para pagar sus recetas, no obtendrá ninguna ayuda extra para pagar este medicamento.

HI: Medicamento de infusión domiciliaria (HI, por sus siglas en inglés)

Este medicamento recetado puede estar cubierto según sus beneficios médicos. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred HMO al **1-800-701-9000** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o visite **www.thmp.org**.

PA: Se requiere autorización previa

El proceso de autorización previa fomenta que se receten en forma racional los medicamentos que impliquen inquietudes importantes financieras o de seguridad. Un proveedor puede presentar una solicitud de cobertura según la necesidad médica de un miembro por un medicamento en especial. Si se aprueba, el miembro paga el copago asignado al nivel. Hay un proceso de apelación para solicitudes denegadas.

PA NSO: Se requiere autorización previa solo para nuevos ingresos (NSO, por sus siglas en inglés)

La restricción de autorización previa solo se aplica si es un miembro nuevo o si no ha tomado este medicamento antes.

ST: Se aplica una autorización previa de terapia escalonada (ST, por sus siglas en inglés)

La terapia escalonada es una forma automática de autorización previa que utiliza los antecedentes de reclamaciones para la aprobación de un medicamento en el punto de venta. Los programas de terapia escalonada fomentan el uso clínicamente demostrado de terapias de primera línea y están diseñados para garantizar que se usen primero los agentes más económicos y adecuados para la terapia antes de que se puedan cubrir otros tratamientos.

Los miembros que toman actualmente medicamentos que cumplen los criterios iniciales para una terapia escalonada podrán surtir de forma automática sus recetas de medicamentos escalonados. Si el miembro no cumple los criterios iniciales para una terapia escalonada, se rechazará la receta en el punto de venta con un mensaje que indicará que se requiere una autorización previa (PA). Los médicos pueden presentar solicitudes de autorización previa a Tufts Medicare Preferred HMO para los miembros que no cumplen los criterios de terapia escalonada en el punto de venta según el proceso de revisión médica. El proceso de revisión médica les permite a usted o a su médico solicitar a Tufts Medicare Preferred HMO que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Consulte la sección *“¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?”* en la página para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

ST NSO: La autorización previa de terapia escalonada se aplica solo para nuevos ingresos

La restricción de autorización previa de terapia escalonada solo se aplica si usted es un miembro nuevo o no ha tomado este medicamento antes.

NEDS: Medicamento con suministro para una cantidad no extensible de días (NEDS, por sus siglas en inglés)

En un esfuerzo por contener los costos de medicamentos, se limitarán ciertos medicamentos de alto costo a un suministro de hasta 30 días por surtido.

SP: Disponible mediante un proveedor designado de farmacia especializada (SP, por sus siglas en inglés)

Tiene la opción de obtener este medicamento mediante un proveedor designado de farmacia especializada. Estas farmacias se especializan en surtir una cantidad seleccionada de medicamentos directamente a nuestros miembros. También ofrecen entregas gratuitas a domicilio, apoyo educativo por teléfono las 24 horas al día, los 7 días de la semana, apoyo del personal de enfermería y farmacéutico y trabajarán en estrecha colaboración con su médico. Los medicamentos incluyen, entre otros, aquellos que se usan en el tratamiento de esclerosis múltiple, hepatitis C, artritis reumatoide y cánceres tratados con medicamentos por vía oral.

Farmacia especializada Optum: **1-844-265-1705**

Cobertura adicional

Suministros para pruebas de diabetes: Los suministros para pruebas de diabetes, como medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas, lancetas, soluciones para el control de la glucosa y los sistemas de monitoreo continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés) están cubiertos por el beneficio médico del plan en las farmacias minoristas o de pedido por correo participantes. Nuestra cobertura preferida es la siguiente:

- Tiras reactivas Accu-Chek.
- Medidores Accu-Chek (cantidad límite: 1 medidor por 180 días).
- Los monitores continuos de glucosa (CGM) terapéuticos cubiertos incluyen los productos Dexcom y FreeStyle Libre que Medicare considera equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) (se requiere autorización previa).

Vacunas de Part B: Algunas vacunas están cubiertas por los beneficios médicos del plan y pueden obtenerse en las farmacias participantes. Algunas vacunas cubiertas por Part B son las siguientes:

- Vacunas contra la COVID-19.
- Vacunas contra la gripe.
- Vacunas contra la neumonía (por ejemplo, Pneumovax 23 y Prevnar 13).

Medicamentos orales contra el cáncer de Part B: Algunos medicamentos orales contra el cáncer están cubiertos por los beneficios médicos del plan y pueden obtenerse en las farmacias participantes minoristas o de pedido por correo. Entre algunos medicamentos orales contra el cáncer cubiertos por Part B se incluyen los siguientes:

- Comprimidos de Alkeran.
- Comprimidos de capecitabina.
- Cápsulas de etopósido.
- Cápsulas de Hycamtin.
- Comprimidos de melfalán.
- Comprimidos de Myleran.
- Cápsulas de temozolomida.

Beneficios de medicamentos recetados: Deducible (para los medicamentos recetados de Part D)	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Deducible	\$615 por año para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D.	Este plan no tiene deducible.
Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Nota: Los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 incluyen una cobertura mejorada de determinados medicamentos, tales como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil (ED, por sus siglas en inglés), y vitaminas.	Después de pagar su deducible anual de \$615 para los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$2,100. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D.	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$2,100. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx		
Costos compartidos en farmacia: farmacia preferida						
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$2	\$4	\$6	\$4/\$0*	\$8/\$0*	\$12/\$0*
* Solo en el condado de Worcester						
Nivel 3 (Marca preferida)	20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$105)	20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$105)
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	25% del costo (insulina: \$35)	25% del costo (insulina: \$70)	25% del costo (insulina: \$105)	40% del costo (insulina: \$35)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	25% del costo	N/C	N/C	33% del costo	N/C	N/C
Nivel 6 (Vacunas)	\$0	N/C	N/C	\$0	N/C	N/C

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	w	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D.	Este plan no tiene deducible.	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D.	Este plan no tiene deducible.	
Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D.	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$2,100. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y en las farmacias de pedido por correo.	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D.	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$2,100. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.	

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus		
Costos compartidos en farmacia: farmacia preferida								
Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
\$0	\$0	\$0	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
\$4	\$8	\$12	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$105)	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
40% del costo (insulina: \$35)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$105)	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
33% del costo	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
\$0	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx		
	Costos compartidos en farmacia: farmacia no preferida					
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$5	\$10	\$15	\$14/\$6*	\$28/\$12*	\$42/\$18*
				* Solo en el condado de Worcester		
Nivel 2 (Genérico)	\$12	\$24	\$36	\$19/\$11*	\$38/\$22*	\$57/\$33*
				* Solo en el condado de Worcester		
Nivel 3 (Marca preferida)	20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$105)	20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$105)
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	25% del costo (insulina: \$35)	25% del costo (insulina: \$70)	25% del costo (insulina: \$105)	40% del costo (insulina: \$35)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	25% del costo	N/C	N/C	33% del costo	N/C	N/C
Nivel 6 (Vacunas)	\$0	N/C	N/C	\$0	N/C	N/C
Costos compartidos de farmacia de pedido por correo						
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$2	\$4	\$4	\$4/\$0*	\$8/\$0*	\$8/\$0*
				* Solo en el condado de Worcester		
Nivel 3 (Marca preferida)	20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$70)
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	25% del costo (insulina: \$35)	25% del costo (insulina: \$70)	25% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$35)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$70)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	25% del costo	N/C	N/C	33% del costo	N/C	N/C
Nivel 6 (Vacunas)	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
	Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia preferida. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 6 y usted paga su parte del costo. Después de que alcance el deducible anual de \$615 del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 y usted paga su parte.			Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia preferida. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo.		

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

Costos compartidos en farmacia: farmacia no preferida

Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
\$14	\$28	\$42	\$4	\$8	\$12	\$2	\$4	\$6
\$19	\$38	\$57	\$8	\$16	\$24	\$4	\$8	\$12
20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$105)	20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$105)	20% del costo (insulina: \$30)	20% del costo (insulina: \$60)	20% del costo (insulina: \$90)
40% del costo (insulina: \$35)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$105)	40% del costo (insulina: \$35)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$105)	40% del costo (insulina: \$35)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$105)
33% del costo	N/C	N/C	33% del costo	N/C	N/C	33% del costo	N/C	N/C
\$0	N/C	N/C	\$0	N/C	N/C	\$0	N/C	N/C

Costos compartidos de farmacia de pedido por correo

Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
\$0	\$0	\$0	\$4	\$8	\$8	\$2	\$4	\$4
\$4	\$8	\$8	\$8	\$16	\$16	\$4	\$8	\$8
20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$30)	20% del costo (insulina: \$60)	20% del costo (insulina: \$60)
40% del costo (insulina: \$35)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$35)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$35)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$70)
33% del costo	N/C	N/C	33% del costo	N/C	N/C	33% del costo	N/C	N/C
N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C

Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia preferida. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo.

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura catastrófica

Después de que sus desembolsos anuales para medicamentos (entre los que se incluyen los medicamentos adquiridos en su farmacia y a través de pedido por correo) alcancen los \$2,100, usted no paga nada por medicamentos cubiertos de Part D ni medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Durante este período de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de Part D y de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Tabla de contenidos

Agentes antidemencia.....	3
Agentes antiespásticos.....	3
Agentes antiyaquecosos	3
Agentes antiasténicos.....	4
Agentes antiparkinsonianos	4
Agentes cardiovasculares.....	5
Agentes de antigout	11
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal	11
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas	11
Agentes del sistema nervioso central	12
Agentes del trastorno del sueño	14
Agentes dentales y orales	14
Agentes dermatológicos	14
Agentes gastrointestinales.....	17
Agentes genitourinarios.....	19
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis).....	20
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)	20
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)	23
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)	24
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides).....	24
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria).....	25
Agentes inmunológicos	25
Agentes oftálmicos	30
Agentes para la bipolaridad.....	33
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción	33
Agentes para vías respiratorias/pulmonares.....	34
Agentes Terapéuticos, Misceláneos	37
Agentes óticos.....	38
Analgésicos	39
Anestésicos.....	40
Ansiolíticos	41
Antibacterianos	41
Anticonvulsivos	45
Antidepresivos	48
Antidepressants.....	49
Antieméticos	50
Antimicobacterianos.....	51
Antimicóticos	51
Antineoplásicos.....	52
Antiparasitarios	58
Antipsicóticos	58
Antivírico	61

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Electrolitos/minerales/metales/vitaminas.....	64
Productos y modificadores sanguíneos	68
Reguladores de la glucemia	69
Relajantes musculares esqueléticos.....	72
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento	72

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antidemencia		
<i>Agentes antidemencia, otros</i>		
<i>memantine/donepezil hydrochloride er capsule extended release 24 hour 10mg; 14mg, 10mg; 21mg, 10mg; 28mg</i>	3	
NAMZARIC CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 10MG; 0	3	
NAMZARIC CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 7MG	3	
Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)		
<i>memantine hcl titration pak tablet 0</i>	2	
<i>memantine hydrochloride er capsule extended release 24 hour 14mg, 21mg, 28mg, 7mg</i>	3	
<i>memantine hydrochloride solution 2mg/ml</i>	3	
<i>memantine hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	2	
Inhibidores de la colinesterasa		
<i>donepezil hcl tablet disintegrating 10mg, 5mg</i>	3	
<i>donepezil hcl tablet 10mg</i>	2	
<i>donepezil hcl tablet 23mg</i>	3	
<i>donepezil hydrochloride tablet 5mg</i>	2	
<i>galantamine hydrobromide er capsule extended release 24 hour 16mg, 24mg, 8mg</i>	3	
<i>galantamine hydrobromide solution 4mg/ml</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide tablet 12mg, 4mg, 8mg</i>	3	
<i>rivastigmine tartrate capsule 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg</i>	3	
<i>rivastigmine transdermal system patch 24 hour 13.3mg/24hr, 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr</i>	4	
Agentes antiespásticos		
<i>Agentes antiespásticos</i>		
<i>baclofen tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
<i>dantrolene sodium capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	4	
<i>tizanidine hcl tablet 2mg</i>	2	
<i>tizanidine hydrochloride tablet 4mg</i>	2	
Agentes antiyaquecosos		
Agonista de receptores de serotonina (5-HT)		
<i>naratriptan hcl tablet 1mg, 2.5mg</i>	2	
<i>rizatriptan benzoate odt tablet disintegrating 10mg, 5mg</i>	2	
<i>rizatriptan benzoate tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>sumatriptan succinate refill injection 6mg/0.5ml</i>	3	
<i>sumatriptan succinate injection 6mg/0.5ml</i>	3	
<i>sumatriptan succinate injection 4mg/0.5ml, 6mg/0.5ml</i>	4	
<i>sumatriptan succinate tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>sumatriptan solution 20mg/act, 5mg/act</i>	4	
Alcaloides del cornezuelo		

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>dihydroergotamine mesylate solution 4mg/ml</i>	5	QL(8 ML por 30 días); NEDS
<i>ergotamine tartrate/cafeine tablet 100mg; 1mg</i>	3	
Antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene)		
AIMOVIG INJECTION 140MG/ML, 70MG/ML	3	QL(1 ML por 30 días); PA; SP
EMGALITY INJECTION 120MG/ML	3	QL(2 ML por 30 días); PA; SP
EMGALITY INJECTION 100MG/ML	3	QL(3 ML por 30 días); PA; SP
NURTEC TABLET DISINTEGRATING 75MG	4	PA
QULIPTA TABLET 10MG, 30MG, 60MG	4	PA
UBRELVY TABLET 100MG, 50MG	4	PA
Profiláctico		
<i>timolol maleate tablet 10mg, 5mg</i>	3	
<i>timolol maleate tablet 20mg</i>	4	
Agentes antimiasmáticos		
Parasimpaticomiméticos		
<i>pyridostigmine bromide er tablet extended release 180mg</i>	4	
<i>pyridostigmine bromide tablet 60mg</i>	3	
Agentes antiparkinsonianos		
Agentes antiparkinsonianos, otros		
<i>carbidopa/levodopa/entacapone tablet 12.5mg; 200mg; 50mg, 18.75mg; 200mg; 75mg, 25mg; 200mg; 100mg, 31.25mg; 200mg; 125mg, 37.5mg; 200mg; 150mg, 50mg; 200mg; 200mg</i>	4	
<i>entacapone tablet 200mg</i>	3	
Agonistas de la dopamina		
<i>bromocriptine mesylate capsule 5mg</i>	4	
<i>bromocriptine mesylate tablet 2.5mg</i>	4	
<i>pramipexole dihydrochloride tablet 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg</i>	2	
<i>ropinirole er tablet extended release 24 hour 12mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg</i>	4	
<i>ropinirole hcl tablet 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	2	
<i>ropinirole hydrochloride tablet 0.25mg, 3mg</i>	2	
Anticolinérgicos		
<i>benztropine mesylate tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hcl solution 0.4mg/ml</i>	3	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride tablet 2mg, 5mg</i>	2	
Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate tablet 0.5mg, 1mg</i>	4	
<i>selegiline hcl capsule 5mg</i>	3	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>selegiline hcl tablet 5mg</i>	4	
Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos		
<i>carbidopa/levodopa er tablet extended release 25mg; 100mg</i>	3	
<i>carbidopa/levodopa er tablet extended release 50mg; 200mg</i>	4	
<i>carbidopa/levodopa odt tablet disintegrating 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg</i>	4	
<i>carbidopa/levodopa tablet 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg</i>	2	
<i>carbidopa tablet 25mg</i>	4	
Agentes cardiovasculares		
Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa		
<i>prazosin hydrochloride capsule 1mg, 2mg, 5mg</i>	2	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		
<i>acebutolol hydrochloride capsule 200mg, 400mg</i>	3	
<i>atenolol tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate tablet 10mg, 5mg</i>	3	
<i>carvedilol tablet 12.5mg, 25mg, 3.125mg, 6.25mg</i>	1	
<i>labetalol hydrochloride tablet 100mg, 200mg, 300mg</i>	3	
<i>metoprolol succinate er tablet extended release 24 hour 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>metoprolol tartrate tablet 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tablet 75mg</i>	3	
<i>nadolol tablet 20mg, 40mg, 80mg</i>	2	
<i>nebivolol hydrochloride tablet 10mg, 2.5mg, 20mg, 5mg</i>	3	
<i>pindolol tablet 10mg, 5mg</i>	4	
<i>propranolol hcl solution 40mg/5ml</i>	3	
<i>propranolol hcl tablet 40mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride er capsule extended release 24 hour 120mg, 160mg, 60mg, 80mg</i>	3	
<i>propranolol hydrochloride solution 20mg/5ml</i>	3	
<i>propranolol hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	2	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>felodipine er tablet extended release 24 hour 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	2	
<i>nifedipine er tablet extended release 24 hour 30mg, 60mg, 90mg</i>	3	
<i>nimodipine capsule 30mg</i>	4	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
<i>cartia xt capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	3	
<i>dilt-xr capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg</i>	3	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>diltiazem hcl cd capsule extended release 24 hour 360mg</i>	3	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 12 hour 120mg, 60mg, 90mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	3	
<i>diltiazem hcl er tablet extended release 24 hour 300mg, 360mg, 420mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl tablet 30mg, 60mg</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	3	
<i>diltiazem hydrochloride er tablet extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	4	
<i>diltiazem hydrochloride tablet 120mg, 90mg</i>	2	
<i>matzim la tablet extended release 24 hour 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	4	
<i>taztia xt capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	3	
<i>tiadytl er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	3	
<i>verapamil hcl er capsule extended release 24 hour 100mg, 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	4	
<i>verapamil hcl er tablet extended release 120mg</i>	2	
<i>verapamil hcl sr capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 360mg</i>	4	
<i>verapamil hcl tablet 40mg, 80mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride er capsule extended release 24 hour 100mg, 200mg, 300mg</i>	4	
<i>verapamil hydrochloride er tablet extended release 180mg, 240mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride sr capsule extended release 24 hour 360mg</i>	4	
<i>verapamil hydrochloride tablet 120mg</i>	2	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>aliskiren tablet 150mg, 300mg</i>	1	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide tablet 5mg; 50mg</i>	2	
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium tablet 10mg; 10mg, 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 10mg; 80mg, 2.5mg; 10mg, 2.5mg; 20mg, 2.5mg; 40mg, 5mg; 10mg, 5mg; 20mg, 5mg; 40mg, 5mg; 80mg</i>	1	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride capsule 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 2.5mg; 10mg, 5mg; 10mg, 5mg; 20mg, 5mg; 40mg</i>	1	
<i>amlodipine besylate/valsartan tablet 10mg; 160mg, 10mg; 320mg, 5mg; 160mg, 5mg; 320mg</i>	1	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil tablet 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 5mg; 20mg, 5mg; 40mg</i>	1	
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 12.5mg; 160mg, 10mg; 25mg; 160mg, 5mg; 12.5mg; 160mg, 5mg; 25mg; 160mg</i>	1	
<i>atenolol/chlorthalidone tablet 100mg; 25mg, 50mg; 25mg</i>	3	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 12.5mg, 20mg; 12.5mg, 20mg; 25mg, 5mg; 6.25mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 6.25mg, 2.5mg; 6.25mg, 5mg; 6.25mg</i>	3	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tablet 16mg; 12.5mg, 32mg; 12.5mg, 32mg; 25mg</i>	1	
CORLANOR SOLUTION 5MG/5ML	4	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 25mg, 5mg; 12.5mg</i>	1	
ENTRESTO CAPSULE SPRINKLE 15MG; 16MG, 6MG; 6MG	3	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 12.5mg, 20mg; 12.5mg</i>	3	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 150mg, 12.5mg; 300mg</i>	1	
<i>ivabradine hydrochloride tablet 5mg, 7.5mg</i>	4	
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 10mg, 12.5mg; 20mg, 25mg; 20mg</i>	1	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 100mg, 12.5mg; 50mg, 25mg; 100mg</i>	1	
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide tablet 25mg; 100mg, 25mg; 50mg, 50mg; 100mg</i>	3	
<i>metyrosine capsule 250mg</i>	5	NEDS
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 12.5mg; 40mg, 10mg; 25mg; 40mg, 5mg; 12.5mg; 20mg, 5mg; 12.5mg; 40mg, 5mg; 25mg; 40mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 20mg, 12.5mg; 40mg, 25mg; 40mg</i>	1	
<i>pentoxifylline er tablet extended release 400mg</i>	4	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 10mg, 12.5mg; 20mg, 25mg; 20mg</i>	1	
<i>ranolazine er tablet extended release 12 hour 1000mg, 500mg</i>	3	
<i>sacubitril/valsartan tablet 24mg; 26mg, 49mg; 51mg, 97mg; 103mg</i>	3	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide tablet 25mg; 25mg</i>	2	
<i>telmisartan/amlodipine tablet 10mg; 40mg, 10mg; 80mg, 5mg; 40mg, 5mg; 80mg</i>	1	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 40mg, 12.5mg; 80mg, 25mg; 80mg</i>	1	
<i>trandolapril/verapamil hcl er tablet extended release 1mg; 240mg, 2mg; 180mg, 2mg; 240mg, 4mg; 240mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide capsule 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tablet 25mg; 37.5mg, 50mg; 75mg</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 160mg, 12.5mg; 320mg, 12.5mg; 80mg, 25mg; 160mg, 25mg; 320mg</i>	1	
VYNDAMAX CAPSULE 61MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
Agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine hydrochloride tablet 0.1mg, 0.2mg, 0.3mg</i>	1	
<i>clonidine patch weekly 0.1mg/24hr, 0.2mg/24hr, 0.3mg/24hr</i>	4	
<i>droxidopa capsule 100mg</i>	4	PA; SP
<i>droxidopa capsule 200mg, 300mg</i>	5	PA; NEDS; SP
<i>midodrine hydrochloride tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	3	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil tablet 16mg, 32mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>irbesartan tablet 150mg, 300mg, 75mg</i>	1	
<i>losartan potassium tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil tablet 20mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>telmisartan tablet 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>valsartan tablet 160mg, 320mg, 40mg, 80mg</i>	1	
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides		
<i>eplerenone tablet 25mg, 50mg</i>	3	
KERENDIA TABLET 10MG, 20MG, 40MG	3	PA
<i>spironolactone tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hydrochloride tablet 200mg</i>	2	
<i>amiodarone hydrochloride tablet 100mg, 400mg</i>	3	
<i>digoxin injection 0.25mg/ml</i>	2	
<i>digoxin oral solution 0.05mg/ml</i>	2	
<i>digoxin tablet 125mcg, 250mcg</i>	2	
<i>dofetilide capsule 125mcg, 250mcg, 500mcg</i>	3	SP
<i>flecainide acetate tablet 100mg, 150mg, 50mg</i>	2	
<i>mexiletine hydrochloride capsule 150mg, 200mg, 250mg</i>	3	
MULTAQ TABLET 400MG	3	
<i>propafenone hcl tablet 150mg, 225mg, 300mg</i>	3	
<i>propafenone hydrochloride er capsule extended release 12 hour 225mg, 325mg, 425mg</i>	4	
<i>propafenone hydrochloride tablet 150mg, 225mg, 300mg</i>	3	
<i>quinidine sulfate tablet 200mg, 300mg</i>	4	
<i>sotalol hcl tablet 120mg, 160mg, 240mg</i>	2	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sotalol hydrochloride (af) tablet 120mg, 160mg, 80mg</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride tablet 80mg</i>	2	
Dislipidémicos, derivados del ácido fibríco		
<i>fenofibrate micronized capsule 134mg, 200mg, 67mg</i>	3	
<i>fenofibrate capsule 130mg, 43mg</i>	3	
<i>fenofibrate capsule 50mg</i>	4	
<i>fenofibrate tablet 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	2	
<i>fenofibric acid dr capsule delayed release 135mg, 45mg</i>	3	
<i>gemfibrozil tablet 600mg</i>	3	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium tablet 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>fluvastatin sodium er tablet extended release 24 hour 80mg</i>	1	
<i>fluvastatin capsule 20mg, 40mg</i>	1	
<i>lovastatin tablet 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>pitavastatin calcium tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
<i>pravastatin sodium tablet 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>rosuvastatin calcium tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>simvastatin tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg, 80mg</i>	1	
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light packet 4gm</i>	4	
<i>cholestyramine light powder 4gm/dose</i>	3	
<i>cholestyramine packet 4gm</i>	4	
<i>cholestyramine powder 4gm/dose</i>	3	
<i>colestipol hydrochloride granules 5gm</i>	4	
<i>colestipol hydrochloride packet 5gm</i>	4	
<i>colestipol hydrochloride tablet 1gm</i>	4	
<i>ezetimibe/simvastatin tablet 10mg; 10mg, 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 10mg; 80mg</i>	1	
<i>ezetimibe tablet 10mg</i>	2	
<i>icosapent ethyl capsule 0.5gm, 1gm</i>	4	
NEXLETOL TABLET 180MG	3	PA
NEXLIZET TABLET 180MG; 10MG	3	PA
<i>niacin er tablet extended release 1000mg, 500mg, 750mg</i>	4	
<i>omega-3-acid ethyl esters capsule 375mg; 465mg; 1gm</i>	3	
PRALUENT INJECTION 150MG/ML, 75MG/ML	3	PA
<i>prevalite packet 4gm</i>	4	
<i>prevalite powder 4gm/dose</i>	3	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM INJECTION 420MG/3.5ML	3	PA
REPATHA SURECLICK INJECTION 140MG/ML	3	PA
REPATHA INJECTION 140MG/ML	3	PA
Diuréticos, ahorrador de potasio		
<i>amiloride hcl tablet 5mg</i>	2	
<i>triamterene capsule 100mg, 50mg</i>	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide injection 0.25mg/ml</i>	2	
<i>bumetanide tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	3	
<i>ethacrynic acid tablet 25mg</i>	4	
<i>furosemide injection 10mg/ml</i>	4	
<i>furosemide oral solution 10mg/ml, 40mg/5ml</i>	2	
<i>furosemide tablet 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>toremide tablet 100mg, 10mg, 20mg, 5mg</i>	3	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone tablet 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide capsule 12.5mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide tablet 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>indapamide tablet 1.25mg, 2.5mg</i>	2	
<i>metolazone tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	2	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
<i>benazepril hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>captopril tablet 100mg, 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>enalapril maleate tablet 10mg, 2.5mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium tablet 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>lisinopril tablet 10mg, 2.5mg, 20mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>moexipril hydrochloride tablet 15mg, 7.5mg</i>	1	
<i>perindopril erbumine tablet 2mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>quinapril hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>ramipril capsule 1.25mg, 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>trandolapril tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT)		
<i>dapagliflozin propanediol tablet 10mg, 5mg</i>	3	
FARXIGA TABLET 10MG, 5MG	3	
JARDIANCE TABLET 10MG, 25MG	3	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso		
<i>isosorbide dinitrate tablet 10mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	3	
<i>isosorbide dinitrate tablet 40mg</i>	4	
<i>isosorbide mononitrate er tablet extended release 24 hour 120mg, 30mg, 60mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate tablet 10mg, 20mg</i>	2	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1mg/hr, 0.2mg/hr, 0.4mg/hr, 0.6mg/hr</i>	3	
<i>nitroglycerin solution 0.4mg/spray</i>	4	
<i>nitroglycerin tablet sublingual 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	2	
VERQUVO TABLET 10MG, 2.5MG, 5MG	4	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial		
<i>hydralazine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>minoxidil tablet 10mg, 2.5mg</i>	2	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes de antigout		
<i>Agentes de antigout</i>		
<i>allopurinol tablet 100mg, 300mg</i>	2	
<i>colchicine tablet 0.6mg</i>	3	
<i>probenecid/colchicine tablet 0.5mg; 500mg</i>	3	
<i>probenecid tablet 500mg</i>	3	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
<i>Aminosalicilatos</i>		
<i>balsalazide disodium capsule 750mg</i>	4	
<i>mesalamine dr capsule delayed release 400mg</i>	4	
<i>mesalamine dr tablet delayed release 1.2gm, 800mg</i>	4	
<i>mesalamine er capsule extended release 24 hour 0.375gm</i>	4	
<i>mesalamine er capsule extended release 500mg</i>	4	
<i>mesalamine enema 4gm</i>	4	
<i>mesalamine kit 4gm</i>	4	
<i>mesalamine suppository 1000mg</i>	4	
<i>sulfasalazine tablet delayed release 500mg</i>	2	
<i>sulfasalazine tablet 500mg</i>	2	
<i>Glucocorticoides</i>		
<i>budesonide er tablet extended release 24 hour 9mg</i>	5	NEDS
<i>budesonide capsule delayed release particles 3mg</i>	4	
CORTIFOAM FOAM 10%	4	
<i>hydrocortisone cream 1%, 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone enema 100mg/60ml</i>	4	
<i>procto-med hc cream 2.5%</i>	2	
<i>proctosol hc cream 2.5%</i>	2	
<i>proctozone-hc cream 2.5%</i>	2	
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
<i>Agentes de las enfermedades óseas metabólicas</i>		
<i>alendronate sodium solution 70mg/75ml</i>	4	
<i>alendronate sodium tablet 10mg, 35mg, 70mg</i>	1	
BONSITY INJECTION 560MCG/2.24ML	5	PA; NEDS; SP
<i>calcitonin salmon injection 200unit/ml</i>	4	
<i>calcitonin-salmon solution 200unit/act</i>	3	
<i>calcitriol capsule 0.25mcg, 0.5mcg</i>	2	
<i>calcitriol solution 1mcg/ml</i>	4	
<i>cinacalcet hydrochloride tablet 30mg, 60mg, 90mg</i>	4	SP
JUBBONTI INJECTION 60MG/ML	4	PA
<i>paricalcitol capsule 1mcg, 2mcg, 4mcg</i>	4	
RAYALDEE CAPSULE EXTENDED RELEASE 30MCG	5	NEDS
<i>risedronate sodium dr tablet delayed release 35mg</i>	4	
<i>risedronate sodium tablet 150mg, 30mg, 35mg, 5mg</i>	3	
<i>teriparatide injection 560mcg/2.24ml</i>	5	PA; NEDS; SP
WYOST INJECTION 120MG/1.7ML	5	PA; NEDS

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>zoledronic acid injection 4mg/100ml, 4mg/5ml, 5mg/100ml</i>	2	SP
Agentes del sistema nervioso central		
<i>Agentes de esclerosis múltiple</i>		
AVONEX PEN INJECTION 30MCG/0.5ML	5	NEDS; SP
AVONEX INJECTION 30MCG/0.5ML	5	NEDS; SP
BETASERON INJECTION 0.3MG	5	NEDS; SP
<i>dalfampridine er tablet extended release 12 hour 10mg</i>	3	SP
<i>dimethyl fumarate capsule delayed release 120mg, 240mg</i>	4	SP
<i> fingolimod hydrochloride capsule 0.5mg</i>	5	NEDS; SP
<i>glatiramer acetate injection 40mg/ml</i>	5	QL(12 ML por 28 días); NEDS; SP
<i>glatiramer acetate injection 20mg/ml</i>	5	QL(30 ML por 30 días); NEDS; SP
KESIMPTA INJECTION 20MG/0.4ML	5	PA; NEDS; SP
PLEGRIDY STARTER PACK INJECTION 0	5	NEDS; SP
PLEGRIDY INJECTION 125MCG/0.5ML	5	NEDS; SP
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK INJECTION 0	5	ST; NEDS; SP
REBIF REBIDOSE INJECTION 22MCG/0.5ML, 44MCG/0.5ML	5	ST; NEDS; SP
REBIF TITRATION PACK INJECTION 0	5	ST; NEDS; SP
REBIF INJECTION 22MCG/0.5ML, 44MCG/0.5ML	5	ST; NEDS; SP
<i>teriflunomide tablet 14mg, 7mg</i>	4	SP
VUMERITY CAPSULE DELAYED RELEASE 231MG	5	NEDS; SP
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK CAPSULE THERAPY PACK 0	5	NEDS; SP
ZEPOSIA CAPSULE 0.92MG	5	NEDS; SP
<i>Agentes de fibromialgia</i>		
SAVELLA TITRATION PACK MISCELLANEOUS 0	3	
SAVELLA TABLET 100MG, 12.5MG, 25MG, 50MG	3	
<i>Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas</i>		
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg, 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg, 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg, 5mg; 5mg; 5mg; 5mg, 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg, 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	3	
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg, 1.875mg; 1.875mg; 1.875mg; 1.875mg, 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg, 3.125mg; 3.125mg; 3.125mg; 3.125mg, 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg, 5mg; 5mg; 5mg; 5mg, 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	2	
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 10mg, 15mg, 5mg</i>	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	4	
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 10mg, 25mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine capsule 100mg, 80mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine capsule 10mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonidine hydrochloride er tablet extended release 12 hour 0.1mg</i>	3	
<i>dexmethylphenidate hcl tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er capsule extended release 24 hour 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg, 35mg, 40mg, 5mg</i>	4	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tablet 2.5mg</i>	2	
<i>guanfacine hydrochloride er tablet extended release 24 hour 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	3	QL(90 EA por 90 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er (cd) capsule extended release 10mg, 20mg, 30mg, 40mg, 50mg, 60mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er (la) capsule extended release 24 hour 10mg, 20mg, 30mg, 40mg, 60mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm) tablet extended release 18mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 18mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 10mg, 20mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride solution 10mg/5ml, 5mg/5ml</i>	3	
<i>methylphenidate hydrochloride tablet chewable 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
Sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12MG; 18MG; 24MG; 30MG	5	QL(56 EA por 365 días); PA; NEDS; SP
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 6MG; 12MG; 24 MG	5	QL(84 EA por 365 días); PA; NEDS; SP
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6MG	5	QL(210 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
AUSTEDO TABLET 12MG, 6MG, 9MG	5	PA; NEDS; SP
COBENFY STARTER PACK CAPSULE THERAPY PACK 20MG; 0	5	QL(112 EA por 365 días); PA NSO; NEDS
COBENFY CAPSULE 20MG; 100MG, 20MG; 50MG, 30MG; 125MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
NUEDEXTA CAPSULE 20MG; 10MG	5	PA; NEDS
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSPENSION 105MG/5ML	5	PA; NEDS; SP
RADICAVA ORS SUSPENSION 105MG/5ML	5	PA; NEDS; SP
<i>riluzole tablet 50mg</i>	4	
<i>tetrabenazine tablet 12.5mg, 25mg</i>	4	PA; SP
VEOZAH TABLET 45MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
Agentes del trastorno del sueño		
<i>Agentes estimulantes de insomnio</i>		
<i>armodafinil tablet 150mg, 200mg, 250mg, 50mg</i>	3	PA
<i>modafinil tablet 100mg, 200mg</i>	2	PA
<i>sodium oxybate solution 500mg/ml</i>	5	PA; NEDS
<i>Agentes somníferos</i>		
BELSOMRA TABLET 10MG, 15MG, 20MG, 5MG	3	
<i>eszopiclone tablet 1mg, 2mg, 3mg</i>	2	
<i>ramelteon tablet 8mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>tasimelteon capsule 20mg</i>	5	PA; NEDS; SP
<i>temazepam capsule 15mg, 30mg, 7.5mg</i>	2	
<i>zaleplon capsule 10mg, 5mg</i>	2	
<i>zolpidem tartrate tablet 10mg, 5mg</i>	2	
Agentes dentales y orales		
<i>Agentes dentales y orales</i>		
<i>cevimeline hydrochloride capsule 30mg</i>	4	
<i>chlorhexidine gluconate solution 0.12%</i>	1	
<i>kourzeq paste 0.1%</i>	3	
<i>lidocaine hydrochloride viscous solution 2%</i>	2	
<i>lidocaine viscous solution 2%</i>	2	
<i>oralone dental paste paste 0.1%</i>	3	
<i>periogard solution 0.12%</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride tablet 5mg, 7.5mg</i>	4	
<i>sf 5000 plus cream 1.1%</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 plus cream 1.1%</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 ppm cream 1.1%</i>	2	
<i>sodium fluoride cream 1.1%</i>	2	
<i>triamcinolone acetate dental paste paste 0.1%</i>	3	
Agentes dermatológicos		

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes dermatológicos, otros		
<i>calcipotriene cream 0.005%</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene ointment 0.005%</i>	4	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene solution 0.005%</i>	4	QL(120 ML por 30 días)
<i>calcitriol ointment 3mcg/gm</i>	4	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate cream 0.05%; 1%</i>	2	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate lotion 0.05%; 1%</i>	4	
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	3	QL(200 GM por 30 días)
<i>fluorouracil cream 0.5%, 5%</i>	3	
<i>fluorouracil solution 2%, 5%</i>	4	
<i>imiquimod cream 5%</i>	2	
<i>imiquimod cream 3.75%</i>	4	
<i>nystatin/triamcinolone acetonide ointment 100000unit/gm; 0.1%</i>	2	
<i>nystatin/triamcinolone cream 100000unit/gm; 1mg/gm</i>	2	
<i>nystatin/triamcinolone ointment 100000unit/gm; 0.1%</i>	2	
OTEZLA TABLET 20MG, 30MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>podofilox gel 0.5%</i>	4	
<i>podofilox solution 0.5%</i>	4	
SANTYL OINTMENT 250UNIT/GM	4	
<i>silver sulfadiazine cream 1%</i>	2	
<i>ssd cream 1%</i>	2	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
<i>acutane capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>acitretin capsule 10mg, 17.5mg, 25mg</i>	4	
<i>adapalene gel 0.1%, 0.3%</i>	4	PA
<i>amnestem capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>azelaic acid gel 15%</i>	4	
<i>claravis capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide gel 2.5%; 1.2%, 5%; 1.2%</i>	4	
<i>clindamycin/benzoyl peroxide gel 5%; 1%</i>	4	
<i>isotretinoin capsule 10mg, 20mg, 25mg, 30mg, 35mg, 40mg</i>	4	
<i>metronidazole cream 0.75%</i>	2	
<i>metronidazole gel 0.75%, 1%</i>	4	
<i>metronidazole lotion 0.75%</i>	4	
<i>tazarotene cream 0.1%</i>	3	PA
<i>tazarotene cream 0.05%</i>	4	PA
<i>tazarotene gel 0.05%, 0.1%</i>	4	PA
<i>tretinoin cream 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	3	PA
ZENATANE CAPSULE 10MG, 20MG, 30MG, 40MG	4	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
<i>ammonium lactate cream 12%</i>	2	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ammonium lactate lotion 12%</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented cream 0.05%</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented gel 0.05%</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate augmented lotion 0.05%</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented ointment 0.05%</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate cream 0.05%</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate lotion 0.05%</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate ointment 0.05%</i>	4	
<i>betamethasone valerate cream 0.1%</i>	3	
<i>betamethasone valerate lotion 0.1%</i>	3	
<i>betamethasone valerate ointment 0.1%</i>	3	
<i>clobetasol propionate e cream 0.05%</i>	2	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate cream 0.05%</i>	2	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate gel 0.05%</i>	3	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate ointment 0.05%</i>	2	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate shampoo 0.05%</i>	3	QL(236 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate solution 0.05%</i>	3	QL(200 ML por 30 días)
<i>clodan shampoo 0.05%</i>	3	QL(236 ML por 30 días)
<i>desonide cream 0.05%</i>	3	
<i>desonide ointment 0.05%</i>	3	
<i>desoximetasone cream 0.05%, 0.25%</i>	4	
EUCRISA OINTMENT 2%	4	PA
<i>fluocinolone acetonide body oil 0.01%</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide scalp oil 0.01%</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide topical oil 0.01%</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide cream 0.01%, 0.025%</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide ointment 0.025%</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide solution 0.01%</i>	2	
<i>fluocinonide emulsified base cream 0.05%</i>	4	
<i>fluocinonide cream 0.05%</i>	3	
<i>fluocinonide cream 0.1%</i>	4	
<i>fluocinonide gel 0.05%</i>	3	
<i>fluocinonide ointment 0.05%</i>	3	
<i>fluocinonide solution 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone propionate cream 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone propionate ointment 0.005%</i>	3	
<i>halobetasol propionate cream 0.05%</i>	4	
<i>halobetasol propionate ointment 0.05%</i>	4	
<i>hydrocortisone valerate cream 0.2%</i>	3	
<i>hydrocortisone valerate ointment 0.2%</i>	4	
<i>hydrocortisone cream 1%, 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone lotion 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone ointment 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone ointment 1%</i>	2	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>mometasone furoate cream 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate ointment 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate solution 0.1%</i>	3	
<i>pimecrolimus cream 1%</i>	4	
<i>selenium sulfide lotion 2.5%</i>	2	
<i>tacrolimus ointment 0.03%, 0.1%</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide cream 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.025%, 0.1%</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide ointment 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
Antiinfecciosos tópicos		
<i>ciclopirox nail lacquer solution 8%</i>	3	
<i>ciclopirox olamine cream 0.77%</i>	2	
<i>ciclopirox gel 0.77%</i>	3	
<i>ciclopirox shampoo 1%</i>	3	
<i>ciclopirox suspension 0.77%</i>	3	
<i>clindamycin phosphate (once-daily) gel 1%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate (twice-daily) gel 1%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate lotion 1%</i>	3	
<i>clindamycin phosphate external solution 1%</i>	2	
<i>ery pad 2%</i>	4	
<i>erythromycin gel 2%</i>	3	
<i>erythromycin solution 2%</i>	2	
<i>mupirocin cream 2%</i>	4	QL(180 GM por 30 días)
<i>mupirocin ointment 2%</i>	2	QL(44 GM por 30 días)
SULFAMYLON CREAM 85MG/GM	4	
Pediculicidas/escabicidas		
<i>malathion lotion 0.5%</i>	4	
<i>permethrin cream 5%</i>	3	
Agentes gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
<i>alosetron hydrochloride tablet 0.5mg</i>	4	PA
<i>alosetron hydrochloride tablet 1mg</i>	5	PA; NEDS
<i>loperamide hydrochloride capsule 2mg</i>	3	
XERMELO TABLET 250MG	5	PA; NEDS; SP
Agentes antiestreñimiento		
<i>constulose solution 10gm/15ml</i>	2	
<i>enulose solution 10gm/15ml</i>	2	
<i>generlac solution 10gm/15ml</i>	2	
<i>lactulose solution 10gm/15ml</i>	2	
LINZESS CAPSULE 145MCG, 290MCG, 72MCG	3	
<i>lubiprostone capsule 24mcg, 8mcg</i>	4	
MOVANTIK TABLET 12.5MG, 25MG	3	
Agentes gastrointestinales, otros		

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CLENPIQ SOLUTION 12GM/175ML; 3.5GM/175ML; 10MG/175ML	3	
<i>gavilyte-c solution reconstituted 240gm; 2.98gm; 6.72gm; 5.84gm; 22.72gm</i>	3	
<i>gavilyte-g solution reconstituted 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm</i>	3	
<i>gavilyte-n/ flavor pack solution reconstituted 420gm; 1.48gm; 5.72gm; 11.2gm</i>	3	
<i>metoclopramide hcl injection 5mg/ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5mg/5ml</i>	2	
<i>metoclopramide hydrochloride +rfid injection 5mg/ml</i>	2	
<i>metoclopramide hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>nitroglycerin ointment 0.4%</i>	4	QL(30 GM por 30 días)
<i>opium tincture tincture 1%</i>	4	
<i>opium tincture 1%</i>	4	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate solution reconstituted 4.7gm; 100gm; 1.015gm; 5.9gm; 2.691gm; 7.5gm</i>	4	
<i>peg-3350/electrolytes solution reconstituted 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm</i>	3	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl solution reconstituted 420gm; 1.48gm; 5.72gm; 11.2gm</i>	3	
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic solution reconstituted 4.7gm; 100gm; 1.015gm; 5.9gm; 2.691gm; 7.5gm</i>	4	
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate solution 1.6gm/177ml; 3.13gm/177ml; 17.5gm/177ml</i>	4	
<i>ursodiol capsule 300mg</i>	3	
<i>ursodiol tablet 250mg, 500mg</i>	4	
VOQUEZNA TABLET 10MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
VOQUEZNA TABLET 20MG	4	QL(60 EA por 30 días); PA
VOWST CAPSULE 0	5	PA; NEDS
XIFAXAN TABLET 550MG	5	PA; NEDS
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
<i>cimetidine tablet 200mg, 300mg, 400mg, 800mg</i>	4	
<i>famotidine tablet 20mg, 40mg</i>	2	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl solution 10mg/5ml</i>	4	
<i>dicyclomine hydrochloride capsule 10mg</i>	2	
<i>dicyclomine hydrochloride tablet 20mg</i>	2	
<i>glycopyrrolate solution 1mg/5ml</i>	4	SP
<i>glycopyrrolate tablet 1mg, 2mg</i>	3	
Inhibidores de la bomba de protones		

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
DEXLANSOPRAZOLE CAPSULE DELAYED RELEASE 30MG, 60MG	4	
<i>esomeprazole magnesium capsule delayed release 20mg, 40mg</i>	2	
<i>esomeprazole magnesium packet 10mg, 20mg, 40mg</i>	4	
<i>lansoprazole capsule delayed release 15mg, 30mg</i>	2	
<i>omeprazole dr capsule delayed release 10mg</i>	2	
<i>omeprazole capsule delayed release 20mg, 40mg</i>	2	
<i>pantoprazole sodium tablet delayed release 20mg, 40mg</i>	2	
<i>rabeprazole sodium tablet delayed release 20mg</i>	2	
Protectores		
<i>misoprostol tablet 100mcg, 200mcg</i>	3	
<i>sucralfate suspension 1gm/10ml</i>	4	
<i>sucralfate tablet 1gm</i>	3	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl er tablet extended release 24 hour 10mg</i>	2	
<i>doxazosin mesylate tablet 1mg, 2mg, 4mg, 8mg</i>	2	
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride capsule 0.5mg; 0.4mg</i>	4	
<i>dutasteride capsule 0.5mg</i>	2	
<i>finasteride tablet 5mg</i>	2	
<i>tadalafil tablet 10mg, 20mg</i>	2	QL(6 EA por 30 días); EC
<i>tadalafil tablet 2.5mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride capsule 0.4mg</i>	2	
<i>terazosin hcl capsule 10mg, 1mg, 5mg</i>	2	
<i>terazosin hydrochloride capsule 2mg</i>	2	
Agentes genitourinarios, otros		
<i>acetic acid 0.25% solution 0.25%</i>	2	
<i>bethanechol chloride tablet 10mg, 25mg, 50mg, 5mg</i>	3	
ELMIRON CAPSULE 100MG	4	
<i>sildenafil citrate tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	QL(6 EA por 30 días); EC
<i>sildenafil tablet 25mg</i>	1	QL(6 EA por 30 días); EC
<i>tiopronin dr tablet delayed release 100mg, 300mg</i>	5	NEDS; SP
Antiespasmódicos, urinario		
GEMTESA TABLET 75MG	4	
MYRBETRIQ SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8MG/ML	3	
MYRBETRIQ TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25MG, 50MG	3	
<i>oxybutynin chloride er tablet extended release 24 hour 10mg, 15mg, 5mg</i>	3	
<i>oxybutynin chloride solution 5mg/5ml</i>	2	
<i>oxybutynin chloride tablet 5mg</i>	2	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxybutynin chloride tablet 2.5mg</i>	3	
<i>solifenacin succinate tablet 10mg, 5mg</i>	3	
<i>tolterodine tartrate er capsule extended release 24 hour 2mg, 4mg</i>	4	
<i>tolterodine tartrate tablet 1mg, 2mg</i>	4	
<i>tropium chloride tablet 20mg</i>	3	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</i>		
<i>desmopressin acetate solution 0.01%</i>	2	
<i>desmopressin acetate tablet 0.1mg, 0.2mg</i>	2	
GENOTROPIN MINIQUICK INJECTION 0.2MG	3	PA; SP
GENOTROPIN MINIQUICK INJECTION 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	5	PA; NEDS; SP
GENOTROPIN INJECTION 12MG, 5MG	5	PA; NEDS; SP
INCRELEX INJECTION 40MG/4ML	5	PA; NEDS; SP
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
<i>Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos</i>		
OSPHENA TABLET 60MG	4	
<i>raloxifene hydrochloride tablet 60mg</i>	2	
<i>Andrógenos</i>		
<i>danazol capsule 100mg, 200mg, 50mg</i>	4	
<i>testosterone cypionate injection 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	
<i>testosterone enanthate injection 200mg/ml</i>	4	
<i>testosterone pump gel 1.62%</i>	3	
<i>testosterone pump gel 1%</i>	4	
<i>testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 40.5mg/2.5gm</i>	3	
<i>testosterone gel 25mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	4	
<i>Estrógenos</i>		
<i>abigale lo tablet 0.5mg; 0.1mg</i>	3	
<i>abigale tablet 1mg; 0.5mg</i>	3	
<i>amabelz tablet 0.5mg; 0.1mg, 1mg; 0.5mg</i>	3	
<i>apri tablet 0.15mg; 30mcg</i>	4	
<i>ashlyna tablet 0; 0</i>	4	
<i>aviane tablet 20mcg; 0.1mg</i>	4	
<i>azurette tablet 0; 0</i>	4	
<i>balziva tablet 35mcg; 0.4mg</i>	4	
<i>briellyn tablet 35mcg; 0.4mg</i>	4	
<i>conjugated estrogens tablet 0.3mg, 0.45mg, 0.625mg, 0.9mg, 1.25mg</i>	4	
<i>dotti patch twice weekly 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr</i>	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>drospirenone/ethinyl estradiol tablet 3mg; 0.03mg</i>	4	
<i>eluryng ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	4	
<i>enilloring ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	3	
<i>estradiol valerate injection 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml</i>	4	
<i>estradiol/norethindrone acetate tablet 0.5mg; 0.1mg, 1mg; 0.5mg</i>	3	
<i>estradiol cream 0.1mg/gm</i>	3	
<i>estradiol patch twice weekly 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr</i>	4	
<i>estradiol patch weekly 0.025mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.06mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr, 37.5mcg/24hr</i>	3	
<i>estradiol oral tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	2	
<i>estradiol vaginal tablet 10mcg</i>	4	
ESTRING RING 7.5MCG/24HR	4	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	4	
<i>falmina tablet 20mcg; 0.1mg</i>	4	
FEIRZA 1.5/30 TABLET 30MCG; 75MG; 1.5MG	4	
FEIRZA 1/20 TABLET 20MCG; 75MG; 1MG	4	
<i>finzala tablet chewable 20mcg; 75mg; 1mg</i>	4	
<i>fyavolv tablet 5mcg; 1mg</i>	3	
<i>fyavolv tablet 2.5mcg; 0.5mg</i>	4	
<i>galbriela tablet chewable 25mcg; 75mg; 0.8mg</i>	4	
<i>hailey fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	4	
<i>haloette ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	4	
<i>iclevia tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	4	
IMVEXXY MAINTENANCE PACK INSERT 10MCG, 4MCG	3	
IMVEXXY STARTER PACK INSERT 10MCG, 4MCG	3	
<i>introvale tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	4	
<i>jaimiess tablet 0; 0</i>	4	
<i>jinteli tablet 5mcg; 1mg</i>	3	
<i>junel 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	4	
<i>junel 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	4	
<i>junel fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	4	
<i>junel fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	4	
<i>junel fe 24 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	4	
<i>kariva tablet 0; 0</i>	4	
<i>kelnor 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	4	
<i>larin 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	4	
<i>larin 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	4	
<i>larin fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	4	
<i>larin fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	4	
<i>lessina tablet 20mcg; 0.1mg</i>	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>levonest tablet 0; 0</i>	4	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 20mcg; 90mcg</i>	4	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 20mcg; 0.1mg</i>	4	
<i>levora 0.15/30-28 tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	4	
<i>lojaimiess tablet 0; 0</i>	4	
<i>luizza 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	4	
<i>luizza 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	4	
<i>marlissa tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	4	
<i>mibelas 24 fe tablet chewable 20mcg; 75mg; 1mg</i>	4	
<i>microgestin 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	4	
<i>microgestin 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	4	
<i>microgestin fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	4	
<i>microgestin fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	4	
<i>minzoya tablet 0.02mg; 36.5mg; 0.1mg</i>	4	
<i>necon 0.5/35-28 tablet 35mcg; 0.5mg</i>	4	
<i>nikki tablet 3mg; 0.02mg</i>	4	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 5mcg; 1mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 2.5mcg; 0.5mg</i>	4	
<i>nortrel 0.5/35 (28) tablet 35mcg; 0.5mg</i>	4	
<i>nortrel 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	4	
<i>nortrel 7/7/7 tablet 35mcg; 0</i>	4	
<i>portia-28 tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	4	
PREMARIN CREAM 0.625MG/GM	3	
PREMARIN TABLET 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	4	
PREMPHASE TABLET 0.625MG; 5MG	4	
<i>rosyrah tablet 0; 0</i>	4	
<i>tarina fe 1/20 eq tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	4	
<i>tri-sprintec tablet 0; 0</i>	2	
<i>trivora-28 tablet 0; 0</i>	4	
<i>turqoz tablet 30mcg; 0.3mg</i>	4	
<i>tydemy tablet 3mg; 0.03mg; 0.451mg</i>	4	
<i>valtya 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	4	
<i>valtya 1/50 tablet 50mcg; 1mg</i>	4	
<i>velivet tablet 0; 0</i>	4	
<i>viorele tablet 0; 0</i>	4	
<i>vyfemla tablet 35mcg; 0.4mg</i>	4	
XARAH FE TABLET 0; 75MG; 1MG	4	
<i>xelria fe tablet chewable 35mcg; 75mg; 0.4mg</i>	4	
<i>xulane patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	3	
<i>yuvafem tablet 10mcg</i>	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>zafemy patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	3	
<i>zovia 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	4	
Progestinas		
<i>camila tablet 0.35mg</i>	2	
<i>deblitane tablet 0.35mg</i>	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJECTION 104MG/0.65ML	3	
<i>errin tablet 0.35mg</i>	2	
<i>gallifrey tablet 5mg</i>	3	
<i>heather tablet 0.35mg</i>	2	
LILETTA INTRAUTERINE DEVICE 20.1MCG/DAY	3	
<i>medroxyprogesterone acetate injection 150mg/ml</i>	2	
<i>medroxyprogesterone acetate tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>megestrol acetate suspension 40mg/ml</i>	3	
<i>megestrol acetate suspension 625mg/5ml</i>	4	
<i>megestrol acetate tablet 20mg, 40mg</i>	2	
<i>meleya tablet 0.35mg</i>	2	
NEXPLANON INJECTION 68MG	3	SP
<i>norethindrone acetate tablet 5mg</i>	3	
<i>orquidea tablet 0.35mg</i>	2	
<i>progesterone capsule 100mg, 200mg</i>	3	
<i>sharobel tablet 0.35mg</i>	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
DEPO-MEDROL INJECTION 20MG/ML	3	
<i>dexamethasone intensol concentrate 1mg/ml</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate +rfid injection 4mg/ml</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection 100mg/10ml, 10mg/ml, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml</i>	2	
<i>dexamethasone elixir 0.5mg/5ml</i>	2	
<i>dexamethasone solution 0.5mg/5ml</i>	2	
<i>dexamethasone tablet 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	2	
<i>fludrocortisone acetate tablet 0.1mg</i>	3	
<i>hydrocortisone sodium succinate injection 100mg</i>	4	
<i>hydrocortisone tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	3	
<i>kenalog-10 injection 10mg/ml</i>	2	
<i>methylprednisolone acetate injection 40mg/ml, 50mg/ml, 80mg/ml</i>	2	
<i>methylprednisolone dose pack tablet therapy pack 4mg</i>	2	
<i>methylprednisolone tablet 16mg, 32mg, 4mg, 8mg</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15mg/5ml</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5mg/5ml</i>	3	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10mg/5ml, 20mg/5ml, 25mg/5ml</i>	4	
<i>prednisolone solution 15mg/5ml</i>	4	
<i>prednisolone tablet 5mg</i>	4	
<i>prednisone solution 5mg/5ml</i>	4	
<i>prednisone tablet therapy pack 10mg, 5mg</i>	3	
<i>prednisone tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 20mg, 50mg, 5mg</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide injection 10mg/ml, 40mg/ml</i>	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
ADTHYZA TABLET 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	4	
ARMOUR THYROID TABLET 120MG, 15MG, 180MG, 240MG, 300MG, 30MG, 60MG, 90MG	4	
<i>euthyrox tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>levo-t tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>levothyroxine sodium tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>levoxyl tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>liomny tablet 25mcg, 50mcg, 5mcg</i>	3	
<i>liothyronine sodium tablet 25mcg, 50mcg, 5mcg</i>	3	
NIVA THYROID TABLET 15MG	4	
<i>niva thyroid tablet 120mg, 30mg, 60mg, 90mg</i>	4	
<i>np thyroid 120 tablet 120mg</i>	2	
<i>np thyroid 15 tablet 15mg</i>	2	
<i>np thyroid 30 tablet 30mg</i>	2	
<i>np thyroid 60 tablet 60mg</i>	2	
<i>np thyroid 90 tablet 90mg</i>	2	
REZDIFFRA TABLET 100MG, 60MG, 80MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
SYNTHROID TABLET 100MCG, 112MCG, 125MCG, 137MCG, 150MCG, 175MCG, 200MCG, 25MCG, 300MCG, 50MCG, 75MCG, 88MCG	4	
THYROID TABLET 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	4	
<i>unithroid tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
Agentes anti tiroideos		
<i>methimazole tablet 10mg, 5mg</i>	2	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>propylthiouracil tablet 50mg</i>	3	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
<i>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)</i>		
<i>cabergoline tablet 0.5mg</i>	3	
ELIGARD INJECTION 22.5MG, 30MG, 45MG, 7.5MG	4	SP
FIRMAGON INJECTION 80MG	4	SP
FIRMAGON INJECTION 120MG/VIAL	5	NEDS; SP
<i>lanreotide acetate injection 120mg/0.5ml</i>	5	NEDS; SP
<i>leuprolide acetate injection 1mg/0.2ml</i>	4	SP
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INJECTION 3.75MG, 7.5MG	5	NEDS; SP
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INJECTION 11.25MG, 22.5MG	5	NEDS; SP
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INJECTION 30MG	5	NEDS; SP
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INJECTION 45MG	5	NEDS; SP
<i>mifepristone tablet 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>octreotide acetate injection 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 50mcg/ml</i>	4	SP
<i>octreotide acetate injection 1000mcg/ml</i>	5	NEDS; SP
ORGOVYX TABLET 120MG	5	PA NSO; NEDS; SP
SIGNIFOR INJECTION 0.3MG/ML, 0.6MG/ML, 0.9MG/ML	5	QL(60 ML por 30 días); PA; NEDS; SP
SOMATULINE DEPOT INJECTION 60MG/0.2ML, 90MG/0.3ML	5	NEDS; SP
SOMAVERT INJECTION 10MG, 15MG, 20MG, 25MG, 30MG	5	PA; NEDS; SP
SYNAREL SOLUTION 2MG/ML	5	NEDS; SP
Agentes inmunológicos		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
ARCALYST INJECTION 220MG	5	PA; NEDS; SP
BENLYSTA INJECTION 200MG/ML	5	PA; NEDS; SP
COSENTYX SENSOREADY PEN INJECTION 150MG/ML	5	PA; NEDS; SP
COSENTYX UNOREADY INJECTION 300MG/2ML	5	PA; NEDS; SP
COSENTYX INJECTION 125MG/5ML	5	PA; NEDS
COSENTYX INJECTION 150MG/ML, 75MG/0.5ML	5	PA; NEDS; SP
DUPIXENT INJECTION 200MG/1.14ML, 300MG/2ML	5	PA; NEDS; SP
EMPAVELI INJECTION 1080MG/20ML	5	PA; NEDS
KINERET INJECTION 100MG/0.67ML	5	PA; NEDS
ORENCIA CLICKJECT INJECTION 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ORENCIA INJECTION 50MG/0.4ML	5	QL(1.6 ML por 28 días); PA; NEDS; SP

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ORENCIA INJECTION 87.5MG/0.7ML	5	QL(2.8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ORENCIA INJECTION 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
OTEZLA TABLET THERAPY PACK 0	5	QL(110 EA por 365 días); PA; NEDS; SP
RINVOQ LQ SOLUTION 1MG/ML	5	QL(360 ML por 30 días); PA; NEDS; SP
RINVOQ TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15MG, 30MG, 45MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
SKYRIZI PEN INJECTION 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
SKYRIZI INJECTION 600MG/10ML	5	PA; NEDS; SP
SKYRIZI INJECTION 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
SKYRIZI INJECTION 180MG/1.2ML	5	QL(1.2 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
SKYRIZI INJECTION 360MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
STELARA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
STEQEYMA INJECTION 45MG/0.5ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA; SP
STEQEYMA INJECTION 90MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
TAVNEOS CAPSULE 10MG	5	PA; NEDS; SP
TYENNE INJECTION 162MG/0.9ML	5	QL(3.6 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
<i>ustekinumab injection 45mg/0.5ml, 90mg/ml</i>	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
XELJANZ XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11MG, 22MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
XELJANZ SOLUTION 1MG/ML	5	QL(300 ML por 30 días); PA; NEDS; SP
XELJANZ TABLET 10MG, 5MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
XOLAIR INJECTION 150MG/ML, 150MG, 300MG/2ML, 75MG/0.5ML	5	PA; NEDS; SP
YESINTEK INJECTION 45MG/0.5ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA; SP
YESINTEK INJECTION 90MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
<i>Agentes para angioedema</i>		
BERINERT INJECTION 500UNIT	5	PA; NEDS; SP

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HAEGARDA INJECTION 2000UNIT, 3000UNIT	5	PA; NEDS; SP
<i>icatibant acetate injection 30mg/3ml</i>	5	QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS; SP
Inmunostimulantes		
ACTIMMUNE INJECTION 100MCG/0.5ML	5	NEDS; SP
BESREMI INJECTION 500MCG/ML	5	PA NSO; NEDS; SP
PEGASYS INJECTION 180MCG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INJECTION 10%, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI; SP
CUVITRU INJECTION 10GM/50ML, 1GM/5ML, 2GM/10ML, 4GM/20ML, 8GM/40ML	5	PA BvD; NEDS; SP
FLEBOGAMMA DIF INJECTION 10GM/100ML, 10GM/200ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI; SP
GAMMAGARD LIQUID INJECTION 10GM/100ML, 2.5GM/25ML, 20GM/200ML, 30GM/300ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI; SP
GAMMAPLEX INJECTION 10GM/100ML, 10GM/200ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI; SP
HIZENTRA INJECTION 10GM/50ML, 1GM/5ML, 2GM/10ML, 4GM/20ML	5	PA BvD; NEDS; SP
OCTAGAM INJECTION 10GM/100ML, 10GM/200ML, 1GM/20ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 2GM/20ML, 30GM/300ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI; SP
PRIVIGEN INJECTION 10GM/100ML, 20GM/200ML, 40GM/400ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI; SP
Inmunosupresores		
<i>adalimumab-aaty 1-pen kit injection 80mg/0.8ml</i>	5	QL(4 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
<i>adalimumab-aaty 1-pen kit injection 40mg/0.4ml</i>	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
<i>adalimumab-aaty 2-pen kit injection 40mg/0.4ml</i>	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
<i>adalimumab-aaty 2-syringe injection 20mg/0.2ml</i>	5	QL(2 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
<i>adalimumab-aaty 2-syringe injection 40mg/0.4ml</i>	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs starter injection 80mg/0.8ml</i>	5	PA; NEDS; SP
<i>adalimumab-adbm crohns/uc/hs starter injection 40mg/0.8ml</i>	5	PA; NEDS; SP
<i>adalimumab-adbm psoriasis/uveitis starter injection 40mg/0.8ml</i>	5	PA; NEDS; SP
<i>adalimumab-adbm starter package for crohns disease/uc/hs injection 40mg/0.4ml</i>	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>adalimumab-adbm starter package for psoriasis/uveitis injection 40mg/0.4ml</i>	5	PA; NEDS; SP
<i>adalimumab-adbm injection 10mg/0.2ml, 20mg/0.4ml</i>	5	QL(2 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
<i>adalimumab-adbm injection 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml</i>	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
<i>azathioprine tablet 50mg</i>	3	PA BvD
<i>azathioprine tablet 100mg, 75mg</i>	4	PA BvD
<i>cyclosporine modified capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	4	PA BvD; SP
<i>cyclosporine modified solution 100mg/ml</i>	4	PA BvD; SP
<i>cyclosporine capsule 100mg, 25mg</i>	4	PA BvD; SP
ENBREL MINI INJECTION 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ENBREL SURECLICK INJECTION 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ENBREL INJECTION 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ENBREL INJECTION 25MG/0.5ML	5	QL(8.16 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ENVARUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75MG, 1MG	4	PA BvD; SP
ENVARUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4MG	5	PA BvD; NEDS; SP
<i>everolimus tablet 0.25mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA BvD; SP
<i>everolimus tablet 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días); PA BvD; NEDS; SP
GENGRAF CAPSULE 100MG, 25MG	4	PA BvD; SP
GENGRAF SOLUTION 100MG/ML	4	PA BvD; SP
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 0, 80MG/0.8ML	5	PA; NEDS; SP
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 40MG/0.8ML, 80MG/0.8ML	5	PA; NEDS; SP
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK INJECTION 80MG/0.8ML	5	PA; NEDS; SP
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 0	5	PA; NEDS; SP
HUMIRA PEN INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
HUMIRA INJECTION 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
HUMIRA INJECTION 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
JYLAMVO SOLUTION 2MG/ML	4	
<i>leflunomide tablet 10mg, 20mg</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection 1gm/40ml, 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	2	SP
<i>methotrexate sodium tablet 2.5mg</i>	2	
<i>methotrexate injection 50mg/2ml</i>	2	SP
<i>mycophenolate mofetil capsule 250mg</i>	3	PA BvD; SP
<i>mycophenolate mofetil suspension reconstituted 200mg/ml</i>	5	PA BvD; NEDS; SP
<i>mycophenolate mofetil tablet 500mg</i>	3	PA BvD; SP
<i>mycophenolic acid dr tablet delayed release 180mg, 360mg</i>	4	PA BvD; SP
NULOJIX INJECTION 250MG	5	NEDS; SP
PEGASYS INJECTION 180MCG/0.5ML	5	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP
PROGRAF PACKET 0.2MG, 1MG	4	PA BvD
REZUROCK TABLET 200MG	5	PA; NEDS; SP
<i>sirolimus solution 1mg/ml</i>	4	PA BvD; SP
<i>sirolimus tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	4	PA BvD; SP
<i>tacrolimus capsule 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	4	PA BvD; SP
XATMEP SOLUTION 2.5MG/ML	4	
Vacunas		
ABRYSVO INJECTION 120MCG/0.5ML	6	
ACTHIB INJECTION 0	6	
ADACEL INJECTION 2LF/0.5ML; 15.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	6	
AREXVY INJECTION 120MCG/0.5ML	6	
BCG VACCINE INJECTION 50MG	6	
BEXSERO INJECTION 0.5ML	6	
BOOSTRIX INJECTION 2.5LF/0.5ML; 18.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	6	
DAPTACEL INJECTION 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	6	
DENGVAXIA INJECTION 0	6	
ENGERIX-B INJECTION 10MCG/0.5ML, 20MCG/ML	6	PA BvD
GARDASIL 9 INJECTION 0.5ML	6	
HAVRIX INJECTION 1440UNIT/ML, 720ELU/0.5ML	6	
HEPLISAV-B INJECTION 20MCG/0.5ML	6	PA BvD
HIBERIX INJECTION 10MCG	6	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) INJECTION 2.5UNIT/ML	6	PA BvD
INFANRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 10LFU/0.5ML	6	
IPOX INACTIVATED IPV INJECTION 0	6	
IXCHIQ INJECTION 0	6	
IXIARO INJECTION 0	6	
JYNNEOS INJECTION 0.5ML	6	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
KINRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	6	
M-M-R II INJECTION 0; 0; 0	6	
MENACTRA INJECTION 0	6	
MENQUADFI INJECTION 0.5ML	6	
MENVEO INJECTION 0	6	
MRESVIA INJECTION 50MCG/0.5ML	6	
PEDIARIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	6	
PEDVAX HIB INJECTION 7.5MCG/0.5ML	6	
PENBRAYA INJECTION 0; 0	6	
PENMENVY INJECTION 0; 0	6	
PENTACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 0; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	6	
PREHEVBRIO INJECTION 10MCG/ML	6	PA BvD
PRIORIX INJECTION 0; 0; 0	6	
PROQUAD INJECTION 0; 0; 0; 0	6	
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	6	
RABAVERT INJECTION 0	6	PA BvD
RECOMBIVAX HB INJECTION 10MCG/ML, 40MCG/ML, 5MCG/0.5ML	6	PA BvD
ROTARIX SUSPENSION 0	6	
ROTATEQ SOLUTION 0	6	
SHINGRIX INJECTION 50MCG/0.5ML	6	
STAMARIL INJECTION 0	6	
TDVAX INJECTION 2LF/0.5ML; 2LF/0.5ML	6	
TENIVAC INJECTION 2LFU; 5LFU	6	
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT INJECTION 2LF/0.5ML; 2LF/0.5ML	6	
TICOVAC INJECTION 1.2MCG/0.25ML, 2.4MCG/0.5ML	6	
TRUMENBA INJECTION 0.5ML	6	
TWINRIX INJECTION 720ELU/ML; 20MCG/ML	6	
TYPHIM VI INJECTION 25MCG/0.5ML	6	
VAQTA INJECTION 25UNIT/0.5ML, 50UNIT/ML	6	
VARIVAX INJECTION 1350PFU/0.5ML	6	
VAXCHORA SUSPENSION RECONSTITUTED 0	6	
VIMKUNYA INJECTION 40MCG/0.8ML	6	
VIVOTIF CAPSULE DELAYED RELEASE 0	6	
YF-VAX INJECTION 0	6	
Agentes oftálmicos		
<i>Agentes oftálmicos antialérgicos</i>		
ALOCRIIL SOLUTION 2%	4	
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05%</i>	2	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cromolyn sodium solution 4%</i>	2	
<i>epinastine hcl solution 0.05%</i>	4	
<i>olopatadine hydrochloride solution 0.2%</i>	3	
Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos		
<i>betaxolol hcl solution 0.5%</i>	4	
<i>carteolol hcl solution 1%</i>	2	
<i>levobunolol hcl solution 0.5%</i>	3	
<i>timolol hemihydrate solution 0.5%</i>	4	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming gel forming solution 0.25%, 0.5%</i>	4	
<i>timolol maleate solution 0.25%, 0.5%</i>	1	
<i>timolol maleate solution 0.5%</i>	4	
Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros		
<i>acetazolamide er capsule extended release 12 hour 500mg</i>	2	
<i>acetazolamide tablet 125mg, 250mg</i>	2	
<i>apraclonidine solution 0.5%</i>	4	
<i>brimonidine tartrate solution 0.2%</i>	2	
<i>brimonidine tartrate solution 0.1%, 0.15%</i>	3	
<i>brinzolamide suspension 1%</i>	4	
<i>dorzolamide hydrochloride solution 2%</i>	2	
<i>methazolamide tablet 25mg, 50mg</i>	4	
<i>pilocarpine hcl solution 1%, 2%, 4%</i>	3	
<i>pilocarpine hydrochloride solution 1%, 2%, 4%</i>	3	
RHOPRESSA SOLUTION 0.02%	3	
Agentes oftálmicos, otros		
<i>atropine sulfate solution 1%</i>	4	
<i>bacitracin/polymyxin b ointment 500unit/gm; 10000unit/gm</i>	2	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate solution 0.2%; 0.5%</i>	4	
<i>cyclopentolate hydrochloride solution 1%</i>	2	
CYSTARAN SOLUTION 0.44%	5	NEDS; SP
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate solution 22.3mg/ml; 6.8mg/ml</i>	2	
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf solution 2%; 0.5%</i>	4	
MIEBO SOLUTION 1.338GM/ML	4	
<i>neo-polycin hc ointment 400unit/gm; 1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neo-polycin ointment 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc ointment 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone ointment 400unit/gm; 1%; 0.5%; 10000unit/gm</i>	3	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin ointment 400unit/gm; 5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone ointment 0.1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone suspension 0.1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin solution 0.025mg/ml; 1.75mg/ml; 10000unit/ml</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone ophthalmic suspension 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	4	
<i>polycin ointment 500unit/gm; 10000unit/gm</i>	2	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate solution 10000unit/ml; 0.1%</i>	2	
RESTASIS MULTIDOSE EMULSION 0.05%	3	
RESTASIS EMULSION 0.05%	3	
ROCKLATAN SOLUTION 0.005%; 0.02%	3	
SIMBRINZA SUSPENSION 0.2%; 1%	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate solution 0.23%; 10%</i>	2	
TOBRADEX ST SUSPENSION 0.05%; 0.3%	3	
<i>tobramycin/dexamethasone suspension 0.1%; 0.3%</i>	3	
XIIDRA SOLUTION 5%	4	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin ointment 500unit/gm</i>	4	
BESIVANCE SUSPENSION 0.6%	4	
<i>ciprofloxacin hydrochloride solution 0.3%</i>	2	
<i>erythromycin ointment 5mg/gm</i>	2	
<i>gatifloxacin solution 0.5%</i>	4	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
<i>levofloxacin ophthalmic solution 1.5%</i>	3	
<i>moxifloxacin hydrochloride solution 0.5%</i>	2	
NATACYN SUSPENSION 5%	4	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ointment 10%</i>	3	
<i>sulfacetamide sodium solution 10%</i>	3	
<i>tobramycin solution 0.3%</i>	2	
<i>trifluridine solution 1%</i>	4	
XDEMVIY SOLUTION 0.25%	5	PA; NEDS
ZIRGAN GEL 0.15%	4	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac sodium solution 0.07%, 0.075%</i>	4	
<i>bromfenac solution 0.09%</i>	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1%</i>	4	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1%</i>	2	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>difluprednate emulsion 0.05%</i>	4	
FLAREX SUSPENSION 0.1%	3	
<i>fluorometholone suspension 0.1%</i>	4	
<i>flurbiprofen sodium solution 0.03%</i>	4	
ILEVRO SUSPENSION 0.3%	3	
<i>ketorolac tromethamine solution 0.5%</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine solution 0.4%</i>	4	
LOTEMAX OINTMENT 0.5%	4	
<i>loteprednol etabonate gel 0.5%</i>	4	
<i>loteprednol etabonate suspension 0.2%, 0.5%</i>	4	
<i>prednisolone acetate suspension 1%</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1%</i>	3	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>bimatoprost solution 0.03%</i>	4	
<i>latanoprost solution 0.005%</i>	2	
LUMIGAN SOLUTION 0.01%	3	
<i>travoprost solution 0.004%</i>	4	
VYZULTA SOLUTION 0.024%	4	
Agentes para la bipolaridad		
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>lithium carbonate er tablet extended release 300mg, 450mg</i>	2	
<i>lithium carbonate capsule 150mg, 300mg, 600mg</i>	2	
<i>lithium carbonate tablet 300mg</i>	2	
<i>lithium solution 8meq/5ml</i>	3	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
Agentes para dejar de fumar		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg</i>	3	
NICOTROL INHALER INHALER 10MG	4	
NICOTROL NS SOLUTION 10MG/ML	4	
TYRVAYA SOLUTION 0.03MG/ACT	4	
<i>varenicline starting month tablet therapy pack 0</i>	4	QL(53 EA por 28 días)
<i>varenicline tartrate tablet 0.5mg, 1mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
Agentes que revierten los opioides		
KLOXXADO LIQUID 8MG/0.1ML	4	
<i>naloxone hcl injection 4mg/10ml</i>	4	
<i>naloxone hydrochloride injection 0.4mg/ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride injection 2mg/2ml</i>	3	
<i>naloxone hydrochloride injection 0.4mg/ml, 4mg/10ml</i>	4	
<i>naloxone hydrochloride liquid 4mg/0.1ml</i>	3	QL(4 EA por 30 días)
OPVEE SOLUTION 2.7MG/0.1ML	3	QL(4 EA por 30 días)
Dependencia de opioides		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 2mg; 0.5mg, 8mg; 2mg</i>	2	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>buprenorphine hcl tablet sublingual 2mg, 8mg</i>	2	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg, 4mg; 1mg, 8mg; 2mg</i>	2	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
Disuasivos del alcohol/disminución del deseo		
<i>acamprosate calcium dr tablet delayed release 333mg</i>	4	
<i>disulfiram tablet 250mg, 500mg</i>	4	
<i>naltrexone hydrochloride tablet 50mg</i>	2	
VIVITROL INJECTION 380MG	5	NEDS; SP
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
Agentes del tracto respiratorio, otros		
<i>acetylcysteine solution 10%, 20%</i>	4	PA BvD
ANORO ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT	3	QL(180 EA por 90 días)
BEVESPI AEROSPHERE AEROSOL 4.8MCG/ACT; 9MCG/ACT	3	QL(10.7 GM por 30 días)
BREO ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 25MCG/INH, 50MCG/INH; 25MCG/INH	3	QL(180 EA por 90 días)
BREYNA AEROSOL 160MCG/ACT; 4.5MCG/ACT, 80MCG/ACT; 4.5MCG/ACT	4	QL(30.9 GM por 90 días)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160MCG/ACT; 4.8MCG/ACT; 9MCG/ACT	3	QL(32.1 GM por 90 días)
BRONCHITOL CAPSULE 40MG	5	NEDS; SP
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate aerosol 160mcg/act; 4.5mcg/act, 80mcg/act; 4.5mcg/act</i>	4	QL(30.9 GM por 90 días)
COMBIVENT RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 100MCG/ACT; 20MCG/ACT	3	QL(24 GM por 90 días)
FASENRA PEN INJECTION 30MG/ML	5	PA; NEDS; SP
FASENRA INJECTION 10MG/0.5ML	4	PA; SP
FASENRA INJECTION 30MG/ML	5	PA; NEDS; SP
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus aerosol powder breath activated 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, 500mcg/act; 50mcg/act</i>	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 500mcg/act; 50mcg/act</i>	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 113mcg/act; 14mcg/act, 232mcg/act; 14mcg/act, 55mcg/act; 14mcg/act</i>	4	QL(3 EA por 90 días)
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate solution 2.5mg/3ml; 0.5mg/3ml</i>	2	PA BvD
STIOLTO RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT; 2.5MCG/ACT	3	QL(12 GM por 90 días)

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRELEGY ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100MCG/ACT; 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 62.5MCG/INH; 25MCG/INH	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>wixela inhub aerosol powder breath activated 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, 500mcg/act; 50mcg/act</i>	3	QL(180 EA por 90 días)
Agentes para fibrosis pulmonar		
OFEV CAPSULE 100MG, 150MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>pirfenidone capsule 267mg</i>	5	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>pirfenidone tablet 534mg</i>	5	QL(135 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>pirfenidone tablet 267mg</i>	5	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>pirfenidone tablet 801mg</i>	5	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
Agentes para fibrosis quística		
CAYSTON SOLUTION RECONSTITUTED 75MG	5	PA; NEDS; SP
KALYDECO PACKET 5.8MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
KALYDECO PACKET 13.4MG, 25MG, 50MG, 75MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
KALYDECO TABLET 150MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
ORKAMBI PACKET 125MG; 100MG, 188MG; 150MG, 94MG; 75MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
ORKAMBI TABLET 125MG; 100MG, 125MG; 200MG	5	QL(112 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
PULMOZYME SOLUTION 2.5MG/2.5ML	5	PA BvD; NEDS; SP
TOBI PODHALER CAPSULE 28MG	5	NEDS; SP
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK 50MG; 0; 25MG	5	QL(84 EA por 28 días); PA; NEDS
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK 100MG; 0; 50MG	5	QL(84 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
TRIKAFTA THERAPY PACK 100MG; 0; 50MG, 80MG; 0; 40MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS TABLET 0.5MG, 1.5MG, 1MG, 2.5MG, 2MG	5	PA; NEDS; SP
<i>alyq tablet 20mg</i>	4	PA; SP
<i>ambrisentan tablet 10mg, 5mg</i>	5	PA; NEDS; SP
<i>bosentan tablet 125mg, 62.5mg</i>	5	PA; NEDS; SP
OPSUMIT TABLET 10MG	5	PA; NEDS; SP
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	PA; NEDS; SP

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	PA; NEDS; SP
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	PA; NEDS; SP
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 0.125MG, 0.25MG, 1MG, 2.5MG	4	PA; SP
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 5MG	5	PA; NEDS; SP
<i>sildenafil citrate tablet 20mg</i>	3	PA; SP
<i>tadalafil tablet 20mg</i>	4	PA; SP
VENTAVIS SOLUTION 10MCG/ML, 20MCG/ML	5	PA; NEDS; SP
WINREVAIR INJECTION 0, 45MG, 60MG	5	QL(1 EA por 21 días); PA; NEDS
Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15%</i>	2	QL(120 ML por 90 días)
<i>azelastine hydrochloride solution 0.1%</i>	2	QL(120 ML por 90 días)
<i>cyproheptadine hcl syrup 2mg/5ml</i>	4	
<i>cyproheptadine hydrochloride tablet 4mg</i>	2	
<i>desloratadine tablet 5mg</i>	3	
<i>diphenhydramine hydrochloride injection 50mg/ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl tablet 50mg</i>	2	
<i>hydroxyzine hydrochloride injection 25mg/ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrup 10mg/5ml</i>	3	
<i>hydroxyzine hydrochloride tablet 10mg, 25mg</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet 5mg</i>	2	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
<i>budesonide suspension 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	4	PA BvD
<i>flunisolide solution 0.025%</i>	3	QL(150 ML por 90 días)
<i>fluticasone propionate diskus aerosol powder breath activated 250mcg/act</i>	4	QL(720 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate diskus aerosol powder breath activated 100mcg/act, 50mcg/act</i>	4	ST
<i>fluticasone propionate hfa aerosol 44mcg/act</i>	4	QL(63.6 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate hfa aerosol 110mcg/act, 220mcg/act</i>	4	QL(72 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate suspension 50mcg/act</i>	1	QL(48 GM por 90 días)
<i>mometasone furoate suspension 50mcg/act</i>	3	QL(102 GM por 90 días)
QVAR REDHALER AEROSOL BREATH ACTIVATED 40MCG/ACT, 80MCG/ACT	3	QL(63.6 GM por 90 días)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium packet 4mg</i>	2	
<i>montelukast sodium tablet chewable 4mg, 5mg</i>	2	
<i>montelukast sodium tablet 10mg</i>	2	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>zafirlukast tablet 10mg, 20mg</i>	4	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
<i>atrovent hfa aerosol solution 17mcg/act</i>	4	QL(77.4 GM por 90 días)
INCRUSE ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5MCG/INH	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02%</i>	2	PA BvD
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03%</i>	3	QL(180 ML por 90 días)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06%</i>	3	QL(90 ML por 90 días)
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 1.25MCG/ACT, 2.5MCG/ACT	3	QL(12 GM por 90 días)
Broncodilatadores, simpaticomimético		
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108 mcg/act (18 gm)</i>	2	QL(108 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108 mcg/act (6.7 gm)</i>	2	QL(40.2 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108 mcg/act (8.5 gm)</i>	2	QL(51 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.083%, 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml</i>	2	PA BvD
<i>albuterol sulfate syrup 2mg/5ml</i>	4	
<i>albuterol sulfate tablet 2mg, 4mg</i>	4	
<i>arformoterol tartrate nebulization solution 15mcg/2ml</i>	4	PA BvD
<i>epinephrine injection 0.15mg/0.3ml</i>	3	QL(2 EA por 1 días)
<i>epinephrine injection 0.15mg/0.15ml, 0.3mg/0.3ml</i>	3	QL(2 EA por 1 días); SP
<i>formoterol fumarate nebulization solution 20mcg/2ml</i>	4	PA BvD
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 0.31mg/3ml, 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml</i>	4	PA BvD
<i>levalbuterol hydrochloride nebulization solution 0.63mg/3ml</i>	4	PA BvD
<i>levalbuterol nebulization solution 1.25mg/0.5ml</i>	4	PA BvD
PROAIR RESPICLICK AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 108MCG/ACT	3	QL(6 EA por 90 días)
SEREVENT DISKUS AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50MCG/DOSE	3	QL(180 EA por 90 días)
STRIVERDI RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT	3	QL(12 GM por 90 días)
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium nebulization solution 20mg/2ml</i>	3	PA BvD
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
<i>elixophyllin elixir 80mg/15ml</i>	2	
<i>roflumilast tablet 250mcg, 500mcg</i>	4	
<i>theophylline er tablet extended release 12 hour 100mg, 200mg, 300mg, 450mg</i>	4	
<i>theophylline er tablet extended release 24 hour 400mg, 600mg</i>	3	
<i>theophylline elixir 80mg/15ml</i>	4	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>alcohol prep pads pad 70%</i>	2	
<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x 5/16"</i> <i>miscellaneous</i>	2	
<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x 1/2" miscellaneous</i>	2	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x 12.7mm</i> <i>miscellaneous</i>	2	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm miscellaneous</i>	2	
<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm miscellaneous</i>	2	
<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply pad</i>	2	
INTRALIPID INJECTION 20GM/100ML, 30GM/100ML	3	PA BvD
<i>levocarnitine tablet 330mg</i>	4	
NUTRILIPID INJECTION 20GM/100ML	3	PA BvD
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5) KIT	4	
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5) MISCELLANEOUS	4	
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5) KIT	4	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5) MISCELLANEOUS	4	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO GEN 5 KIT	4	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS MISCELLANEOUS	4	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) MISCELLANEOUS	4	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) KIT	4	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) KIT	4	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) MISCELLANEOUS	4	
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY KIT	4	
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY KIT	4	
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY KIT	4	
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY KIT	4	
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY KIT	4	
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY KIT	4	
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY KIT	4	
<i>sodium chloride 0.9% solution 0.9%</i>	3	
<i>sterile water for irrigation solution 0</i>	2	
Agentes óticos		
<i>Agentes óticos</i>		
<i>acetic acid solution 2%</i>	2	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone suspension 0.3%; 0.1%</i>	4	
<i>ciprofloxacin solution 0.2%</i>	4	
CORTISPORIN-TC SUSPENSION 3MG/ML; 10MG/ML; 3.3MG/ML; 0.5MG/ML	4	
<i>flac oil 0.01%</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01%</i>	3	
<i>hydrocortisone/acetic acid solution 2%; 1%</i>	4	
<i>neomycin/polymyxin/hc solution 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone otic suspension 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	4	
<i>ofloxacin otic solution 0.3%</i>	2	
Analgésicos		
<i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i>		
<i>buprenorphine patch weekly 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr, 5mcg/hr, 7.5mcg/hr</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
<i>fentanyl patch 72 hour 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>methadone hcl solution 5mg/5ml</i>	3	QL(1200 ML por 30 días)
<i>methadone hcl tablet 10mg, 5mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>methadone hydrochloride solution 10mg/5ml</i>	3	QL(600 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate er tablet extended release 15mg, 30mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate er tablet extended release 100mg, 200mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride er tablet extended release 24 hour 100mg, 200mg, 300mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>Analgésicos opioides, de acción rápida</i>		
<i>acetaminophen/codeine phosphate tablet 300mg; 60mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>acetaminophen/codeine solution 120mg/5ml; 12mg/5ml</i>	2	QL(3600 ML por 30 días)
<i>acetaminophen/codeine tablet 300mg; 15mg, 300mg; 30mg, 300mg; 60mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>butorphanol tartrate solution 10mg/ml</i>	4	QL(7.5 ML por 30 días)
<i>endocet tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 200mcg</i>	4	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solution 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	2	QL(3600 ML por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet 300mg; 5mg, 300mg; 7.5mg, 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet 300mg; 10mg</i>	3	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydrocodone/acetaminophen tablet 325mg; 7.5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl liquid 1mg/ml</i>	3	QL(1350 ML por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tablet 8mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tablet 2mg, 4mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate solution 100mg/5ml</i>	3	QL(180 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate solution 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	3	QL(900 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate tablet 15mg, 30mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride capsule 5mg</i>	3	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride concentrate 100mg/5ml</i>	4	QL(120 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride solution 5mg/5ml</i>	2	QL(2400 ML por 30 días)

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxycodone hydrochloride tablet 20mg, 30mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tablet 10mg, 15mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tablet 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen tablet 325mg; 37.5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tablet 50mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
Analgésicos		
JOURNAVX TABLET 50MG	4	QL(30 EA por 90 días)
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib capsule 100mg, 200mg, 50mg</i>	2	
<i>celecoxib capsule 400mg</i>	3	
<i>diclofenac potassium tablet 50mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium dr tablet delayed release 50mg, 75mg</i>	2	
<i>diclofenac sodium dr tablet delayed release 25mg</i>	4	
<i>diclofenac sodium er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	4	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	3	QL(960 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium external solution 1.5%</i>	4	
<i>diflunisal tablet 500mg</i>	4	
<i>ec-naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>etodolac er tablet extended release 24 hour 400mg, 500mg, 600mg</i>	4	
<i>etodolac capsule 200mg, 300mg</i>	3	
<i>etodolac tablet 400mg, 500mg</i>	2	
<i>flurbiprofen tablet 100mg</i>	3	
<i>ibuprofen suspension 100mg/5ml</i>	2	
<i>ibuprofen tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>ibu tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin capsule 25mg, 50mg</i>	2	
<i>meloxicam tablet 15mg, 7.5mg</i>	1	
<i>nabumetone tablet 500mg, 750mg</i>	2	
<i>naproxen dr tablet delayed release 375mg, 500mg</i>	4	
<i>naproxen sodium tablet 275mg, 550mg</i>	2	
<i>naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>naproxen tablet 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>oxaprozin tablet 600mg</i>	2	
<i>piroxicam capsule 10mg, 20mg</i>	3	
<i>salsalate tablet 500mg, 750mg</i>	4	
<i>sulindac tablet 150mg, 200mg</i>	2	
Anestésicos		
Anestésicos locales		
<i>glydo prefilled syringe 2%</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl jelly prefilled syringe 2%</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl injection 0.5%, 1.5%, 4%</i>	2	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>lidocaine hcl prefilled syringe 2%</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hydrochloride jelly gel 2%</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hydrochloride injection 1%, 2%</i>	2	
<i>lidocaine hydrochloride external solution 4%</i>	3	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine/prilocaine cream 2.5%; 2.5%</i>	2	QL(60 GM por 30 días)
<i>lidocaine ointment 5%</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
<i>lidocaine patch 5%</i>	4	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>premium lidocaine ointment 5%</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
Ansiolíticos		
Ansiolíticos, otros		
<i>bupirone hcl tablet 15mg</i>	2	
<i>bupirone hydrochloride tablet 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	2	
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	2	
<i>clorazepate dipotassium tablet 15mg, 3.75mg, 7.5mg</i>	4	
<i>diazepam intensol concentrate 5mg/ml</i>	3	
<i>diazepam solution 5mg/5ml</i>	3	
<i>diazepam tablet 10mg, 2mg, 5mg</i>	2	
<i>lorazepam intensol concentrate 2mg/ml</i>	2	
<i>lorazepam tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	2	
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin sulfate injection 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	4	HI
ARIKAYCE SUSPENSION 590MG/8.4ML	5	PA; NEDS; SP
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride injection 1.2mg/ml; 0.9%, 1.6mg/ml; 0.9%, 1mg/ml; 0.9%, 2mg/ml; 0.9%</i>	4	HI
<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate injection 40mg/ml</i>	4	HI
<i>gentamicin sulfate ointment 0.1%</i>	2	
<i>isotonic gentamicin injection 0.8mg/ml; 0.9%</i>	4	HI
<i>neomycin sulfate tablet 500mg</i>	2	
<i>streptomycin sulfate injection 1gm</i>	5	NEDS
<i>tobramycin sulfate injection 1.2gm/30ml, 40mg/ml</i>	2	HI
<i>tobramycin sulfate injection 10mg/ml, 80mg/2ml</i>	4	HI
Antibacterianos, otros		
<i>aztreonam injection 1gm, 2gm</i>	4	HI
<i>clindamycin hcl capsule 300mg</i>	2	
<i>clindamycin hydrochloride capsule 150mg, 75mg</i>	2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride solution reconstituted 75mg/5ml</i>	4	
<i>clindamycin phosphate cream 2%</i>	4	
<i>clindamycin phosphate injection 9000mg/60ml</i>	2	HI

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clindamycin phosphate injection 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml</i>	4	HI
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	3	
<i>colistimethate sodium injection 150mg</i>	5	NEDS; HI
<i>daptomycin/sodium chloride injection 1000mg/100ml; 0.9%, 350mg/50ml; 0.9%, 500mg/50ml; 0.9%, 700mg/100ml; 0.9%</i>	4	HI
<i>daptomycin injection 350mg, 500mg</i>	5	NEDS; HI
<i>fosfomicin tromethamine packet 3gm</i>	4	
IMPAVIDO CAPSULE 50MG	5	NEDS
<i>linezolid injection 600mg/300ml</i>	4	HI
<i>linezolid suspension reconstituted 100mg/5ml</i>	5	NEDS
<i>linezolid tablet 600mg</i>	4	
<i>methenamine hippurate tablet 1gm</i>	4	
<i>methenamine mandelate tablet 0.5gm, 1gm</i>	4	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole injection 500mg/100ml</i>	2	HI
<i>metronidazole tablet 250mg, 500mg</i>	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystals capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	4	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals capsule 100mg</i>	2	
NUVESSA GEL 1.3%	4	
<i>tigecycline injection 50mg</i>	4	HI
<i>tinidazole tablet 250mg, 500mg</i>	4	
<i>trimethoprim tablet 100mg</i>	3	
<i>vancomycin hcl injection 0.9%; 1gm/200ml</i>	2	HI
<i>vancomycin hcl injection 100gm, 10gm</i>	4	HI
<i>vancomycin hydrochloride capsule 125mg, 250mg</i>	3	
<i>vancomycin hydrochloride injection 1.25gm, 1.5gm, 1.75gm, 1gm, 2gm, 500mg, 5gm, 750mg</i>	4	HI
<i>vancomycin injection 0.9%; 500mg/100ml, 0.9%; 750mg/150ml</i>	2	HI
VOQUEZNA DUAL PAK THERAPY PACK 500MG; 20MG	4	PA
VOQUEZNA TRIPLE PAK THERAPY PACK 500MG; 500MG; 20MG	4	PA
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefaclor capsule 250mg, 500mg</i>	4	
<i>cefadroxil capsule 500mg</i>	2	
<i>cefadroxil suspension reconstituted 250mg/5ml, 500mg/5ml</i>	4	
<i>cefazolin sodium/dextrose injection 1gm; 4%, 2gm; 3%, 3gm; 2%</i>	4	HI
<i>cefazolin sodium injection 1gm/50ml; 4%</i>	2	HI
<i>cefazolin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm, 3gm, 500mg</i>	4	HI
<i>cefazolin/dextrose injection 3gm/150ml; 4%</i>	2	HI
<i>cefazolin injection 2gm/100ml; 4%</i>	2	HI
<i>cefazolin injection 2gm, 3gm</i>	4	HI

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefdinir capsule 300mg</i>	2	
<i>cefdinir suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	2	
<i>cefepime hydrochloride injection 2gm</i>	4	HI
<i>cefepime/dextrose injection 1gm/50ml; 5%, 2gm/50ml; 5%</i>	4	HI
<i>cefepime injection 1gm/50ml, 1gm, 2gm/100ml, 2gm</i>	4	HI
<i>cefixime capsule 400mg</i>	4	
<i>cefixime suspension reconstituted 100mg/5ml, 200mg/5ml</i>	4	
<i>cefotetan injection 1gm, 2gm</i>	4	HI
<i>cefoxitin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	HI
<i>cefpodoxime proxetil suspension reconstituted 100mg/5ml, 50mg/5ml</i>	4	
<i>cefpodoxime proxetil tablet 100mg, 200mg</i>	3	
<i>cefprozil suspension reconstituted 125mg/5ml</i>	3	
<i>cefprozil suspension reconstituted 250mg/5ml</i>	4	
<i>cefprozil tablet 250mg, 500mg</i>	3	
<i>ceftaroline fosamil injection 400mg, 600mg</i>	5	NEDS; HI
<i>ceftazidime injection 1gm, 2gm, 6gm</i>	4	HI
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose injection 20mg/ml; 0, 40mg/ml; 0</i>	4	HI
<i>ceftriaxone sodium injection 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	4	HI
<i>ceftriaxone/dextrose injection 1gm; 3.74%</i>	4	HI
<i>cefuroxime axetil tablet 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cefuroxime sodium injection 1.5gm, 750mg</i>	4	HI
<i>cephalexin capsule 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cephalexin capsule 750mg</i>	4	
<i>cephalexin suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	3	
<i>tazicef injection 1gm, 2gm, 6gm</i>	4	HI
TEFLARO INJECTION 400MG, 600MG	5	NEDS; HI
Betalactámico, penicilinas		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er tablet extended release 12 hour 1000mg; 62.5mg</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 250mg/5ml; 62.5mg/5ml</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet chewable 200mg; 28.5mg, 400mg; 57mg</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 500mg; 125mg, 875mg; 125mg</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 250mg; 125mg</i>	4	
<i>amoxicillin capsule 250mg, 500mg</i>	2	
<i>amoxicillin suspension reconstituted 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml</i>	2	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>amoxicillin tablet chewable 125mg, 250mg</i>	2	
<i>amoxicillin tablet 500mg, 875mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium injection 2gm</i>	4	
<i>ampicillin sodium injection 10gm, 125mg, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	4	HI
<i>ampicillin-sulbactam injection 10gm; 5gm, 1gm; 0.5gm</i>	4	HI
<i>ampicillin/sulbactam injection 2gm; 1gm</i>	4	HI
<i>ampicillin capsule 500mg</i>	2	
BICILLIN L-A INJECTION 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin sodium capsule 250mg, 500mg</i>	3	
<i>nafticillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	HI
<i>oxacillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	HI
<i>penicillin g potassium injection 2000000unit, 5000000unit</i>	4	HI
<i>penicillin g sodium injection 5000000unit</i>	5	NEDS; HI
<i>penicillin v potassium solution reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium tablet 250mg, 500mg</i>	2	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium injection 12gm; 1.5gm, 2gm; 0.25gm, 36gm; 4.5gm, 3gm; 0.375gm, 4gm; 0.5gm</i>	4	HI
ZOSYN INJECTION 5%; 4GM/100ML; 0.5GM/100ML	3	HI
Carbapenemas		
<i>ertapenem sodium injection 1gm</i>	4	HI
<i>imipenem/cilastatin injection 250mg; 250mg, 500mg; 500mg</i>	4	HI
<i>meropenem injection 500mg</i>	3	HI
<i>meropenem injection 1gm, 2gm</i>	4	HI
Macrólidos		
<i>azithromycin injection 500mg</i>	4	HI
<i>azithromycin packet 1gm</i>	3	
<i>azithromycin suspension reconstituted 100mg/5ml, 200mg/5ml</i>	3	
<i>azithromycin tablet 250mg, 500mg, 600mg</i>	2	
<i>clarithromycin er tablet extended release 24 hour 500mg</i>	3	
<i>clarithromycin suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	4	
<i>clarithromycin tablet 250mg, 500mg</i>	2	
DIFICID SUSPENSION RECONSTITUTED 40MG/ML	5	NEDS
DIFICID TABLET 200MG	5	NEDS
<i>erythromycin dr capsule delayed release particles 250mg</i>	4	
<i>erythromycin dr tablet delayed release 250mg, 333mg, 500mg</i>	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate tablet 400mg</i>	4	
<i>fidaxomicin tablet 200mg</i>	5	NEDS
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl tablet 750mg</i>	1	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ciprofloxacin hydrochloride tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w injection 200mg/100ml; 5%, 400mg/200ml; 5%</i>	4	HI
<i>levofloxacin in d5w injection 5%; 250mg/50ml, 5%; 500mg/100ml</i>	3	HI
<i>levofloxacin in d5w injection 5%; 750mg/150ml</i>	4	HI
<i>levofloxacin oral solution 25mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin tablet 250mg, 500mg, 750mg</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride injection 400mg/250ml; 0.8%</i>	4	HI
<i>moxifloxacin hydrochloride tablet 400mg</i>	2	
Sulfonamidas		
<i>sulfacetamide sodium lotion 10%</i>	4	
<i>sulfadiazine tablet 500mg</i>	4	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds tablet 800mg; 160mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspension 200mg/5ml; 40mg/5ml</i>	3	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tablet 400mg; 80mg</i>	1	
Tetraciclinas		
<i>doxycycline hyclate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate injection 100mg</i>	3	HI
<i>doxycycline hyclate tablet 100mg, 20mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate tablet 150mg</i>	4	
<i>doxycycline monohydrate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate tablet 100mg, 50mg, 75mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate tablet 150mg</i>	4	
<i>doxycycline suspension reconstituted 25mg/5ml</i>	4	
<i>minocycline hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>minocycline hcl tablet 100mg, 75mg</i>	4	
<i>minocycline hydrochloride capsule 100mg, 50mg</i>	3	
<i>minocycline hydrochloride tablet 50mg</i>	4	
<i>tetracycline hydrochloride capsule 250mg, 500mg</i>	3	
Anticonvulsivos		
Agentes de modificación de los canales de calcio		
<i>ethosuximide capsule 250mg</i>	4	
<i>ethosuximide solution 250mg/5ml</i>	3	
<i>methsuximide capsule 300mg</i>	3	
Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)		
<i>clobazam suspension 2.5mg/ml</i>	3	
<i>clobazam tablet 10mg, 20mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonazepam odt tablet disintegrating 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	3	
<i>clonazepam tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
DIACOMIT CAPSULE 250MG, 500MG	5	PA NSO; NEDS
DIACOMIT PACKET 250MG, 500MG	5	PA NSO; NEDS
<i>diazepam gel 10mg, 2.5mg, 20mg</i>	4	
<i>divalproex sodium dr capsule delayed release sprinkle 125mg</i>	3	
<i>divalproex sodium dr tablet delayed release 125mg, 250mg, 500mg</i>	2	
<i>divalproex sodium er tablet extended release 24 hour 250mg, 500mg</i>	3	
<i>gabapentin capsule 100mg, 300mg, 400mg</i>	2	
<i>gabapentin solution 250mg/5ml</i>	4	
<i>gabapentin tablet 600mg, 800mg</i>	2	
LIBERVANT FILM 10MG, 12.5MG, 15MG, 5MG, 7.5MG	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elixir 20mg/5ml</i>	3	
<i>phenobarbital tablet 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	2	
<i>pregabalin capsule 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 300mg, 50mg, 75mg</i>	2	
<i>pregabalin solution 20mg/ml</i>	4	
<i>primidone tablet 250mg, 50mg</i>	2	
<i>primidone tablet 125mg</i>	4	
SYMPAZAN FILM 5MG	4	
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	5	NEDS
<i>tiagabine hydrochloride tablet 12mg, 16mg, 2mg, 4mg</i>	4	
VALTOCO 10 MG DOSE LIQUID 10MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 15 MG DOSE LIQUID THERAPY PACK 7.5MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 20 MG DOSE LIQUID THERAPY PACK 10MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 5 MG DOSE LIQUID 5MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>vigabatrin packet 500mg</i>	5	NEDS; SP
<i>vigabatrin tablet 500mg</i>	5	NEDS; SP
VIGAFYDE SOLUTION 100MG/ML	5	PA NSO; NEDS; SP
<i>vigpoder packet 500mg</i>	5	NEDS; SP
ZTALMY SUSPENSION 50MG/ML	5	PA NSO; NEDS
Agentes para los canales de sodio		
<i>carbamazepine er capsule extended release 12 hour 100mg, 200mg, 300mg</i>	4	
<i>carbamazepine er tablet extended release 12 hour 100mg, 200mg, 400mg</i>	4	
<i>carbamazepine suspension 100mg/5ml</i>	4	
<i>carbamazepine tablet chewable 100mg, 200mg</i>	3	
<i>carbamazepine tablet 200mg</i>	3	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
DILANTIN CAPSULE 30MG	4	
<i>epitol tablet 200mg</i>	3	
<i>eslicarbazepine acetate tablet 200mg, 400mg, 600mg, 800mg</i>	4	
<i>lacosamide injection 200mg/20ml</i>	4	
<i>lacosamide oral solution 10mg/ml</i>	4	
<i>lacosamide tablet 100mg, 150mg, 200mg, 50mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxcarbazepine suspension 300mg/5ml</i>	4	
<i>oxcarbazepine tablet 150mg, 300mg, 600mg</i>	3	
<i>phenytek capsule 200mg, 300mg</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended capsule 100mg, 200mg, 300mg</i>	2	
<i>phenytoin suspension 125mg/5ml</i>	2	
<i>phenytoin tablet chewable 50mg</i>	2	
<i>rufinamide suspension 40mg/ml</i>	5	NEDS
<i>rufinamide tablet 200mg</i>	4	
<i>rufinamide tablet 400mg</i>	5	NEDS
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 12.5MG-25MG	4	
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 50MG-100MG; 150MG-200MG (28 TAB PACK); 100MG-150MG; 150MG- 200MG (56 TAB PACK)	5	NEDS
XCOPRI TABLET 100MG, 150MG, 200MG, 25MG, 50MG	5	NEDS
ZONISADE SUSPENSION 100MG/5ML	4	
<i>zonisamide capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
Anticonvulsivos, otros		
<i>brivaracetam solution 10mg/ml</i>	4	
<i>brivaracetam tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	4	
BRIVIACT SOLUTION 10MG/ML	5	NEDS
BRIVIACT TABLET 100MG, 10MG, 25MG, 50MG, 75MG	5	NEDS
EPIDIOLEX SOLUTION 100MG/ML	5	PA NSO; NEDS; SP
EPRONTIA SOLUTION 25MG/ML	4	
<i>felbamate suspension 600mg/5ml</i>	4	
<i>felbamate tablet 400mg, 600mg</i>	4	
FINTEPLA SOLUTION 2.2MG/ML	5	PA NSO; NEDS
FYCOMPA SUSPENSION 0.5MG/ML	4	
FYCOMPA TABLET 10MG, 12MG, 2MG, 4MG, 6MG, 8MG	4	
<i>lamotrigine er tablet extended release 24 hour 100mg, 200mg, 250mg, 25mg, 300mg, 50mg</i>	4	
<i>lamotrigine odt tablet disintegrating 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/blue kit 25mg</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/green kit 0</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/orange kit 0</i>	4	
<i>lamotrigine tablet chewable 25mg, 5mg</i>	3	
<i>lamotrigine tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg</i>	2	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>levetiracetam er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg</i>	4	
<i>levetiracetam injection 500mg/5ml</i>	2	
<i>levetiracetam oral solution 100mg/ml</i>	2	
<i>levetiracetam tablet disintegrating soluble 250mg, 500mg</i>	4	
<i>levetiracetam tablet 1000mg, 250mg, 500mg, 750mg</i>	3	
NAYZILAM SOLUTION 5MG/0.1ML	4	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
<i>perampanel suspension 0.5mg/ml</i>	4	
<i>perampanel tablet 10mg, 12mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg</i>	4	
<i>roweepra tablet 500mg</i>	3	
SPRITAM TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000MG, 250MG, 500MG, 750MG	4	
<i>subvenite starter kit/blue kit 25mg</i>	4	
<i>subvenite starter kit/green kit 0</i>	4	
<i>subvenite starter kit/orange kit 0</i>	4	
SUBVENITE SUSPENSION 10MG/ML	4	
<i>subvenite tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg</i>	2	
<i>topiramate capsule sprinkle 15mg, 25mg, 50mg</i>	4	
<i>topiramate solution 25mg/ml</i>	4	
<i>topiramate tablet 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>valproic acid capsule 250mg</i>	2	
<i>valproic acid solution 250mg/5ml</i>	2	
Antidepresivos		
<i>Antidepresivos, otros</i>		
AUVELITY TABLET EXTENDED RELEASE 105MG; 45MG	4	
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 100mg, 150mg, 200mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 150mg, 300mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride tablet 100mg, 75mg</i>	2	
EXXUA TITRATION PACK TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2MG	5	ST NSO; NEDS
EXXUA TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2MG, 36.3MG, 54.5MG, 72.6MG	5	ST NSO; NEDS
<i>mirtazapine odt tablet disintegrating 15mg, 30mg, 45mg</i>	3	
<i>mirtazapine tablet 15mg, 30mg, 45mg, 7.5mg</i>	2	
ZURZUVAE CAPSULE 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
ZURZUVAE CAPSULE 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
<i>Inhibidores de la monoaminoxidasa</i>		

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
EMSAM PATCH 24 HOUR 12MG/24HR, 6MG/24HR, 9MG/24HR	5	ST NSO; NEDS
MARPLAN TABLET 10MG	4	
<i>phenelzine sulfate tablet 15mg</i>	3	
<i>tranylcypromine sulfate tablet 10mg</i>	4	
Tricíclicos		
<i>amitriptyline hcl tablet 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	2	
<i>amitriptyline hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	
<i>amoxapine tablet 100mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>clomipramine hydrochloride capsule 25mg, 50mg, 75mg</i>	4	
<i>desipramine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	4	
<i>doxepin hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>doxepin hcl concentrate 10mg/ml</i>	2	
<i>doxepin hydrochloride capsule 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>imipramine hcl tablet 25mg, 50mg</i>	2	
<i>imipramine hydrochloride tablet 10mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl capsule 25mg, 75mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl solution 10mg/5ml</i>	4	
<i>nortriptyline hydrochloride capsule 10mg, 50mg</i>	2	
<i>protriptyline hcl tablet 10mg, 5mg</i>	4	
<i>trimipramine maleate capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	4	
Antidepressants		
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hydrobromide solution 10mg/5ml</i>	4	
<i>citalopram hydrobromide tablet 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 100mg, 25mg, 50mg</i>	3	
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20MG, 60MG	4	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30MG, 40MG	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr capsule delayed release particles 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr capsule delayed release particles 30mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr capsule delayed release particles 40mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate solution 5mg/5ml</i>	4	
<i>escitalopram oxalate tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
FETZIMA TITRATION PACK CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 0	4	ST NSO
FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120MG, 20MG, 40MG, 80MG	4	ST NSO
<i>fluoxetine dr capsule delayed release 90mg</i>	4	
<i>fluoxetine hydrochloride capsule 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride solution 20mg/5ml</i>	4	
<i>fluvoxamine maleate tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>nefazodone hydrochloride tablet 100mg, 150mg, 200mg, 250mg, 50mg</i>	4	
<i>paroxetine hcl tablet 30mg, 40mg</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride suspension 10mg/5ml</i>	4	
<i>paroxetine hydrochloride tablet 10mg, 20mg</i>	2	
RALDESY SOLUTION 10MG/ML	5	NEDS
<i>sertraline hcl concentrate 20mg/ml</i>	3	
<i>sertraline hcl tablet 50mg</i>	1	
<i>sertraline hydrochloride tablet 100mg, 25mg</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride tablet 100mg, 150mg, 50mg</i>	2	
<i>trazodone hydrochloride tablet 300mg</i>	4	
TRINTELLIX TABLET 10MG, 20MG, 5MG	4	
<i>venlafaxine hydrochloride er capsule extended release 24 hour 150mg, 37.5mg, 75mg</i>	3	
<i>venlafaxine hydrochloride tablet 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg</i>	2	
<i>vilazodone hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 40mg</i>	4	
Antieméticos		
Adyuvantes para terapia emetogénica		
<i>aprepitant capsule 0, 40mg, 80mg</i>	4	PA BvD
<i>aprepitant capsule 125mg</i>	5	PA BvD; NEDS
<i>dronabinol capsule 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	PA BvD
<i>granisetron hydrochloride tablet 1mg</i>	3	PA BvD
<i>ondansetron hcl solution 4mg/5ml</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron hcl tablet 24mg</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron hydrochloride tablet 4mg, 8mg</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron odt tablet disintegrating 4mg, 8mg</i>	2	PA BvD
Antieméticos, otros		
<i>meclizine hcl tablet 12.5mg, 25mg</i>	2	
<i>meclizine hydrochloride tablet 25mg</i>	2	
<i>prochlorperazine edisylate injection 10mg/2ml</i>	2	
<i>prochlorperazine maleate tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>prochlorperazine suppository 25mg</i>	4	
<i>promethazine hcl injection 25mg/ml, 50mg/ml</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride plain solution 6.25mg/5ml</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride solution 6.25mg/5ml</i>	2	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>promethazine hydrochloride tablet 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>scopolamine patch 72 hour 1mg/3days</i>	4	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
<i>dapsone tablet 100mg, 25mg</i>	3	
<i>rifabutin capsule 150mg</i>	4	
Antituberculosos		
<i>ethambutol hydrochloride tablet 100mg, 400mg</i>	3	
<i>isoniazid syrup 50mg/5ml</i>	4	
<i>isoniazid tablet 100mg, 300mg</i>	1	
PRIFTIN TABLET 150MG	4	
<i>pyrazinamide tablet 500mg</i>	4	
<i>rifampin capsule 150mg, 300mg</i>	4	
<i>rifampin injection 600mg</i>	4	
SIRTURO TABLET 100MG, 20MG	5	PA; NEDS
TRECTOR TABLET 250MG	4	
Antimicóticos		
Antimicóticos		
ABELCET INJECTION 5MG/ML	4	PA BvD
<i>amphotericin b liposome injection 50mg</i>	5	PA BvD; NEDS
<i>amphotericin b injection 50mg</i>	4	PA BvD
<i>clotrimazole cream 1%</i>	2	
<i>clotrimazole solution 1%</i>	3	
<i>clotrimazole troche 10mg</i>	3	
CRESEMBA CAPSULE 186MG, 74.5MG	5	PA; NEDS
<i>econazole nitrate cream 1%</i>	2	
<i>fluconazole in sodium chloride injection 200mg/100ml; 0.9%, 400mg/200ml; 0.9%</i>	4	
<i>fluconazole suspension reconstituted 10mg/ml, 40mg/ml</i>	4	
<i>fluconazole tablet 100mg, 150mg, 200mg, 50mg</i>	2	
<i>flucytosine capsule 250mg, 500mg</i>	5	NEDS
<i>griseofulvin microsize suspension 125mg/5ml</i>	4	
<i>griseofulvin microsize tablet 500mg</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize tablet 125mg, 250mg</i>	4	
<i>itraconazole capsule 100mg</i>	3	
<i>ketoconazole cream 2%</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>ketoconazole shampoo 2%</i>	2	
<i>ketoconazole tablet 200mg</i>	2	
<i>klayesta powder 100000unit/gm</i>	2	
<i>miconazole 3 suppository 200mg</i>	3	
<i>naftifine hydrochloride cream 1%, 2%</i>	4	
<i>nyamyc powder 100000unit/gm</i>	2	
<i>nystatin cream 100000unit/gm</i>	2	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>nystatin ointment 100000unit/gm</i>	2	
<i>nystatin powder 100000unit/gm</i>	2	
<i>nystatin suspension 100000unit/ml</i>	2	
<i>nystatin tablet 500000unit</i>	3	
<i>nystop powder 100000unit/gm</i>	2	
<i>posaconazole dr tablet delayed release 100mg</i>	5	NEDS
<i>posaconazole suspension 40mg/ml</i>	5	NEDS
<i>terbinafine hcl tablet 250mg</i>	2	QL(42 EA por 42 días)
<i>terconazole cream 0.4%, 0.8%</i>	3	
<i>terconazole suppository 80mg</i>	4	
<i>voriconazole injection 200mg</i>	5	PA; NEDS
<i>voriconazole suspension reconstituted 40mg/ml</i>	5	NEDS
<i>voriconazole tablet 200mg, 50mg</i>	4	
Antineoplásicos		
Agentes alquilantes		
<i>cyclophosphamide capsule 25mg, 50mg</i>	4	PA BvD; SP
<i>cyclophosphamide tablet 25mg, 50mg</i>	3	PA BvD
GLEOSTINE CAPSULE 100MG, 10MG, 40MG	4	SP
LEUKERAN TABLET 2MG	5	NEDS
<i>lomustine capsule 100mg, 10mg, 40mg</i>	4	
MATULANE CAPSULE 50MG	5	NEDS; SP
VALCHLOR GEL 0.016%	5	NEDS; SP
Agentes antiangiogénicos		
<i>lenalidomide capsule 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 25mg, 5mg</i>	5	PA NSO; NEDS; SP
<i>pomalidomide capsule 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	5	PA NSO; NEDS
POMALYST CAPSULE 1MG, 2MG, 3MG, 4MG	5	PA NSO; NEDS; SP
THALOMID CAPSULE 100MG, 150MG, 200MG, 50MG	5	NEDS; SP
Antiandrogénicos		
<i>abiraterone acetate tablet 250mg, 500mg</i>	5	PA NSO; NEDS; SP
ABIRTEGA TABLET 250MG	4	PA NSO; SP
<i>bicalutamide tablet 50mg</i>	2	SP
ERLEADA TABLET 240MG, 60MG	5	PA NSO; NEDS; SP
EULEXIN CAPSULE 125MG	4	
<i>nilutamide tablet 150mg</i>	5	NEDS
NUBEQA TABLET 300MG	5	PA NSO; NEDS; SP
XTANDI CAPSULE 40MG	5	PA NSO; NEDS; SP
XTANDI TABLET 40MG, 80MG	5	PA NSO; NEDS; SP
YONSA TABLET 125MG	5	PA NSO; NEDS; SP
Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco		
DARZALEX INJECTION 100MG/5ML, 400MG/20ML	5	NEDS
OPDIVO INJECTION 100MG/10ML, 120MG/12ML, 240MG/24ML, 40MG/4ML	5	NEDS; SP
YERVOY INJECTION 200MG/40ML, 50MG/10ML	5	NEDS; SP
Antiestrógenos/modificadores		

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
EMCYT CAPSULE 140MG	5	NEDS; SP
INLURIYO TABLET 200MG	5	PA NSO; NEDS
ORSERDU TABLET 345MG, 86MG	5	PA NSO; NEDS
SOLTAMOX SOLUTION 10MG/5ML	5	NEDS
<i>tamoxifen citrate tablet 10mg, 20mg</i>	3	
<i>toremifene citrate tablet 60mg</i>	5	NEDS
Antimetabolitos		
DROXIA CAPSULE 200MG, 300MG, 400MG	3	
<i>hydroxyurea capsule 500mg</i>	3	
<i>mercaptopurine suspension 2000mg/100ml</i>	5	NEDS
<i>mercaptopurine tablet 50mg</i>	4	
TABLOID TABLET 40MG	5	NEDS; SP
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA TABLET 500MG; 100MG, 500MG; 50MG	5	PA NSO; NEDS
<i>bortezomib injection 1mg, 2.5mg</i>	4	
<i>bortezomib injection 3.5mg/1.4ml</i>	5	NEDS
<i>bortezomib injection 3.5mg</i>	5	NEDS; SP
<i>boruzu injection 3.5mg/1.4ml</i>	4	
<i>docetaxel injection 160mg/8ml, 20mg/ml, 80mg/4ml</i>	4	
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO; NEDS; SP
INREBIC CAPSULE 100MG	5	PA NSO; NEDS; SP
ITOVEBI TABLET 9MG	5	PA NSO; NEDS; SP
ITOVEBI TABLET 3MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
IWILFIN TABLET 192MG	5	PA NSO; NEDS
KISQALI FEMARA 200 DOSE TABLET THERAPY PACK 2.5MG; 200MG	5	PA NSO; NEDS; SP
KISQALI FEMARA 400 DOSE TABLET THERAPY PACK 2.5MG; 200MG	5	PA NSO; NEDS; SP
KISQALI FEMARA 600 DOSE TABLET THERAPY PACK 2.5MG; 200MG	5	PA NSO; NEDS; SP
LAZCLUZE TABLET 240MG	5	PA NSO; NEDS
LAZCLUZE TABLET 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>leucovorin calcium tablet 10mg, 15mg, 25mg, 5mg</i>	2	
LONSURF TABLET 6.14MG; 15MG, 8.19MG; 20MG	5	PA NSO; NEDS; SP
LYSODREN TABLET 500MG	5	NEDS
MODEYSO CAPSULE 125MG	5	PA NSO; NEDS
OGSIVEO TABLET 100MG, 150MG, 50MG	5	PA NSO; NEDS
OJEMDA SUSPENSION RECONSTITUTED 25MG/ML	5	PA NSO; NEDS
OJEMDA TABLET 100MG	5	PA NSO; NEDS
ONUREG TABLET 200MG, 300MG	5	PA NSO; NEDS; SP
<i>paclitaxel injection 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml, 30mg/5ml</i>	2	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
REVUFORJ TABLET 25MG	5	PA NSO; NEDS
REVUFORJ TABLET 110MG, 160MG	5	PA NSO; NEDS; SP
VONJO CAPSULE 100MG	5	PA NSO; NEDS; SP
ZOLINZA CAPSULE 100MG	5	PA NSO; NEDS; SP
Complementos del tratamiento		
<i>mesna tablet 400mg</i>	5	NEDS
VORANIGO TABLET 40MG	5	PA NSO; NEDS
VORANIGO TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
Inhibidores de enzimas		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK THERAPY PACK 0.8MG; 200MG	5	PA NSO; NEDS
KYPROLIS INJECTION 10MG, 30MG, 60MG	5	NEDS; SP
Inhibidores de la aromataasa, tercera generación		
<i>anastrozole tablet 1mg</i>	3	
<i>exemestane tablet 25mg</i>	4	
<i>letrozole tablet 2.5mg</i>	3	
Inhibidores moleculares dirigidos		
ALECENSA CAPSULE 150MG	5	PA NSO; NEDS; SP
ALUNBRIG TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO; NEDS; SP
ALUNBRIG TABLET 180MG, 30MG, 90MG	5	PA NSO; NEDS; SP
AUGTYRO CAPSULE 160MG, 40MG	5	PA NSO; NEDS; SP
AYVAKIT TABLET 100MG, 200MG, 25MG, 300MG, 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
BALVERSA TABLET 3MG, 4MG, 5MG	5	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPSULE 50MG	5	PA NSO; NEDS; SP
BOSULIF CAPSULE 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
BOSULIF TABLET 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
BOSULIF TABLET 400MG, 500MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
BRAFTOVI CAPSULE 75MG	5	PA NSO; NEDS; SP
BRUKINSA CAPSULE 80MG	5	PA NSO; NEDS; SP
BRUKINSA TABLET 160MG	5	PA NSO; NEDS
CABOMETYX TABLET 20MG, 40MG, 60MG	5	PA NSO; NEDS; SP
CALQUENCE CAPSULE 100MG	5	PA NSO; NEDS; SP
CALQUENCE TABLET 100MG	5	PA NSO; NEDS; SP
CAPRELSA TABLET 300MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
CAPRELSA TABLET 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
COMETRIQ KIT 0, 20MG	5	PA NSO; NEDS; SP
COPIKTRA CAPSULE 15MG, 25MG	5	PA NSO; NEDS; SP

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
COTELLIC TABLET 20MG	5	PA NSO; NEDS; SP
DANZITEN TABLET 95MG	5	PA NSO; NEDS
DANZITEN TABLET 71MG	5	PA NSO; NEDS; SP
<i>dasatinib tablet 100mg, 140mg, 20mg, 50mg, 70mg, 80mg</i>	5	PA NSO; NEDS; SP
DAURISMO TABLET 100MG, 25MG	5	PA NSO; NEDS; SP
ENSACOVE CAPSULE 100MG, 25MG	5	PA NSO; NEDS
ERIVEDGE CAPSULE 150MG	5	PA NSO; NEDS; SP
<i>erlotinib hydrochloride tablet 150mg, 25mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); NEDS; SP
<i>erlotinib hydrochloride tablet 100mg</i>	5	QL(90 EA por 30 días); NEDS; SP
<i>everolimus tablet soluble 2mg, 3mg, 5mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
<i>everolimus tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
EXKIVITY CAPSULE 40MG	5	PA NSO; NEDS; SP
FOTIVDA CAPSULE 0.89MG, 1.34MG	5	PA NSO; NEDS; SP
FRUZAQLA CAPSULE 1MG, 5MG	5	PA NSO; NEDS
GAVRETO CAPSULE 100MG	5	PA NSO; NEDS; SP
<i>gefitinib tablet 250mg</i>	5	PA NSO; NEDS; SP
GILOTRIF TABLET 20MG, 30MG, 40MG	5	PA NSO; NEDS; SP
GOMEKLI CAPSULE 1MG, 2MG	5	PA NSO; NEDS
GOMEKLI TABLET SOLUBLE 1MG	5	PA NSO; NEDS
HERNEXEOS TABLET 60MG	5	PA NSO; NEDS
HYRNUO TABLET 10MG	5	PA NSO; NEDS
IBRANCE CAPSULE 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO; NEDS; SP
IBTROZI CAPSULE 200MG	5	PA NSO; NEDS
ICLUSIG TABLET 10MG, 15MG, 30MG, 45MG	5	PA NSO; NEDS; SP
IDHIFA TABLET 100MG, 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
<i>imatinib mesylate tablet 100mg</i>	4	SP
<i>imatinib mesylate tablet 400mg</i>	5	NEDS; SP
IMBRUVICA CAPSULE 140MG, 70MG	5	PA NSO; NEDS; SP
IMBRUVICA SUSPENSION 70MG/ML	5	PA NSO; NEDS; SP
IMBRUVICA TABLET 140MG, 280MG, 420MG	5	PA NSO; NEDS; SP
IMKELDI SOLUTION 80MG/ML	5	PA NSO; NEDS; SP
INLYTA TABLET 1MG, 5MG	5	PA NSO; NEDS; SP
INQOVI TABLET 100MG; 35MG	5	PA NSO; NEDS; SP
JAKAFI TABLET 10MG, 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	5	PA NSO; NEDS; SP
JAYPIRCA TABLET 100MG, 50MG	5	PA NSO; NEDS; SP
KISQALI TABLET THERAPY PACK 200MG	5	PA NSO; NEDS; SP
KOSELUGO CAPSULE SPRINKLE 5MG, 7.5MG	5	PA NSO; NEDS
KOSELUGO CAPSULE 10MG, 25MG	5	PA NSO; NEDS; SP
KRAZATI TABLET 200MG	5	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>lapatinib ditosylate tablet 250mg</i>	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 10MG	5	PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 0	5	PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 0	5	PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 10MG	5	PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 0	5	PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; NEDS; SP
LORBRENA TABLET 100MG, 25MG	5	PA NSO; NEDS; SP
LUMAKRAS TABLET 120MG, 240MG, 320MG	5	PA NSO; NEDS; SP
LYNPARZA TABLET 100MG, 150MG	5	PA NSO; NEDS; SP
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; NEDS
MEKINIST SOLUTION RECONSTITUTED 0.05MG/ML	5	PA NSO; NEDS; SP
MEKINIST TABLET 0.5MG, 2MG	5	PA NSO; NEDS; SP
MEKTOVI TABLET 15MG	5	PA NSO; NEDS; SP
NERLYNX TABLET 40MG	5	PA NSO; NEDS; SP
<i>nilotinib d-tartrate capsule 150mg, 200mg, 50mg</i>	5	PA NSO; NEDS
<i>nilotinib hydrochloride capsule 150mg, 200mg, 50mg</i>	5	PA NSO; NEDS; SP
NINLARO CAPSULE 2.3MG, 3MG, 4MG	5	PA NSO; NEDS; SP
ODOMZO CAPSULE 200MG	5	PA NSO; NEDS; SP
OJJAARA TABLET 100MG, 150MG, 200MG	5	PA NSO; NEDS
<i>pazopanib hydrochloride tablet 200mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
<i>pazopanib hydrochloride tablet 400mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
PEMAZYRE TABLET 13.5MG, 4.5MG, 9MG	5	PA NSO; NEDS; SP
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TABLET THERAPY PACK 200MG	5	PA NSO; NEDS; SP
PIQRAY 250MG DAILY DOSE TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO; NEDS; SP
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TABLET THERAPY PACK 150MG	5	PA NSO; NEDS; SP
QINLOCK TABLET 50MG	5	PA NSO; NEDS; SP
RETEVMO CAPSULE 40MG, 80MG	5	PA NSO; NEDS; SP

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RETEVMO TABLET 120MG, 160MG	5	PA NSO; NEDS; SP
RETEVMO TABLET 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
RETEVMO TABLET 40MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
REZLIDHIA CAPSULE 150MG	5	PA NSO; NEDS
ROMVIMZA CAPSULE 14MG, 20MG, 30MG	5	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK CAPSULE 100MG, 200MG	5	PA NSO; NEDS; SP
ROZLYTREK PACKET 50MG	5	PA NSO; NEDS; SP
RUBRACA TABLET 200MG, 250MG, 300MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
RYDAPT CAPSULE 25MG	5	PA NSO; NEDS; SP
SCEMBLIX TABLET 20MG, 40MG	5	PA NSO; NEDS; SP
SCEMBLIX TABLET 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib tosylate tablet 200mg</i>	5	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
<i>sorafenib tablet 200mg</i>	5	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
STIVARGA TABLET 40MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
<i>sunitinib malate capsule 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	5	PA NSO; NEDS; SP
TABRECTA TABLET 150MG, 200MG	5	PA NSO; NEDS; SP
TAFINLAR CAPSULE 50MG, 75MG	5	PA NSO; NEDS; SP
TAFINLAR TABLET SOLUBLE 10MG	5	PA NSO; NEDS; SP
TAGRISSO TABLET 40MG, 80MG	5	PA NSO; NEDS; SP
TALZENNA CAPSULE 0.1MG, 0.25MG, 0.35MG, 0.5MG, 0.75MG, 1MG	5	PA NSO; NEDS; SP
TAZVERIK TABLET 200MG	5	PA NSO; NEDS; SP
TEPMETKO TABLET 225MG	5	PA NSO; NEDS; SP
TIBSOVO TABLET 250MG	5	PA NSO; NEDS; SP
TRUQAP TABLET THERAPY PACK 160MG, 200MG	5	PA NSO; NEDS
TRUQAP TABLET 160MG, 200MG	5	PA NSO; NEDS
TUKYSA TABLET 150MG, 50MG	5	PA NSO; NEDS; SP
TURALIO CAPSULE 125MG	5	PA NSO; NEDS; SP
VANFLYTA TABLET 17.7MG, 26.5MG	5	PA NSO; NEDS
VENCLEXTA STARTING PACK TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO; NEDS; SP
VENCLEXTA TABLET 10MG	3	PA NSO; SP
VENCLEXTA TABLET 100MG, 50MG	5	PA NSO; NEDS; SP
VERZENIO TABLET 100MG, 150MG, 200MG, 50MG	5	PA NSO; NEDS; SP
VITRAKVI CAPSULE 100MG, 25MG	5	PA NSO; NEDS; SP
VITRAKVI SOLUTION 20MG/ML	5	PA NSO; NEDS; SP
VIZIMPRO TABLET 15MG, 30MG, 45MG	5	PA NSO; NEDS; SP

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XALKORI CAPSULE SPRINKLE 150MG, 20MG, 50MG	5	PA NSO; NEDS; SP
XALKORI CAPSULE 200MG, 250MG	5	PA NSO; NEDS; SP
XOSPATA TABLET 40MG	5	PA NSO; NEDS; SP
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TABLET THERAPY PACK 20MG	5	PA NSO; NEDS; SP
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TABLET THERAPY PACK 20MG	5	PA NSO; NEDS; SP
XPOVIO TABLET THERAPY PACK 10MG, 80MG	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO TABLET THERAPY PACK 40MG, 50MG, 60MG	5	PA NSO; NEDS; SP
ZEJULA TABLET 100MG, 200MG, 300MG	5	PA NSO; NEDS; SP
ZELBORAF TABLET 240MG	5	PA NSO; NEDS; SP
ZYDELIG TABLET 100MG, 150MG	5	PA NSO; NEDS; SP
ZYKADIA TABLET 150MG	5	PA NSO; NEDS; SP
Retinoides		
<i>bexarotene capsule 75mg</i>	5	NEDS; SP
<i>bexarotene gel 1%</i>	5	PA NSO; NEDS; SP
PANRETIN GEL 0.1%	5	NEDS
<i>tretinoin capsule 10mg</i>	5	NEDS; SP
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole tablet 200mg</i>	4	
<i>ivermectin tablet 3mg, 6mg</i>	3	
<i>praziquantel tablet 600mg</i>	3	
Antiprotozoico		
<i>atovaquone/proguanil hcl tablet 62.5mg; 25mg</i>	4	
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride tablet 250mg; 100mg</i>	4	
<i>atovaquone suspension 750mg/5ml</i>	4	
<i>chloroquine phosphate tablet 250mg</i>	3	
<i>chloroquine phosphate tablet 500mg</i>	4	
COARTEM TABLET 20MG; 120MG	4	QL(24 EA por 3 días)
<i>hydroxychloroquine sulfate tablet 200mg</i>	2	
<i>mefloquine hydrochloride tablet 250mg</i>	3	
<i>nitazoxanide tablet 500mg</i>	4	
<i>pentamidine isethionate injection 300mg</i>	4	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300mg</i>	4	PA BvD
<i>primaquine phosphate tablet 26.3mg</i>	4	
<i>pyrimethamine tablet 25mg</i>	5	NEDS
<i>quinine sulfate capsule 324mg</i>	4	PA
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		
<i>chlorpromazine hydrochloride concentrate 100mg/ml, 30mg/ml</i>	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>chlorpromazine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	4	
<i>fluphenazine decanoate injection 25mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl concentrate 5mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride elixir 2.5mg/5ml</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride injection 2.5mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	
<i>haloperidol decanoate injection 100mg/ml, 50mg/ml</i>	3	
<i>haloperidol lactate injection 5mg/ml</i>	4	
<i>haloperidol concentrate 2mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol tablet 0.5mg, 10mg, 1mg, 20mg, 2mg, 5mg</i>	2	
<i>loxapine capsule 10mg, 25mg, 50mg, 5mg</i>	3	
<i>molindone hydrochloride tablet 10mg, 25mg, 5mg</i>	3	
<i>perphenazine tablet 16mg, 2mg, 4mg, 8mg</i>	3	
<i>pimozide tablet 1mg, 2mg</i>	4	
<i>thioridazine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>thiothixene capsule 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hcl tablet 10mg, 2mg, 5mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hydrochloride tablet 1mg</i>	4	
Resistente al tratamiento		
<i>clozapine odt tablet disintegrating 100mg, 12.5mg, 150mg, 200mg, 25mg</i>	4	
<i>clozapine tablet 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	3	
VERSACLOZ SUSPENSION 50MG/ML	5	NEDS
Segunda generación/atípico		
ABILIFY ASIMTUFII INJECTION 720MG/2.4ML, 960MG/3.2ML	5	NEDS
ABILIFY MAINTENA INJECTION 300MG, 400MG	5	NEDS
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT TABLET THERAPY PACK 10MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
ABILIFY MYCITE STARTER KIT TABLET THERAPY PACK 15MG, 20MG, 2MG, 30MG, 5MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>aripiprazole odt tablet disintegrating 10mg, 15mg</i>	4	
<i>aripiprazole solution 1mg/ml</i>	3	
<i>aripiprazole tablet 10mg, 15mg, 20mg, 2mg, 30mg, 5mg</i>	2	
ARISTADA INITIO INJECTION 675MG/2.4ML	5	NEDS
ARISTADA INJECTION 1064MG/3.9ML, 441MG/1.6ML, 662MG/2.4ML, 882MG/3.2ML	5	NEDS
<i>asenapine maleate sl tablet sublingual 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	ST NSO
CAPLYTA CAPSULE 10.5MG, 21MG, 42MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
FANAPT TITRATION PACK A TABLET 0	4	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK B TABLET 0	4	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK C TABLET 0	4	ST NSO

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
FANAPT TABLET 10MG, 12MG, 1MG, 2MG, 4MG, 6MG, 8MG	5	ST NSO; NEDS
INVEGA HAFYERA INJECTION 1092MG/3.5ML, 1560MG/5ML	5	NEDS
INVEGA SUSTENNA INJECTION 39MG/0.25ML	4	
INVEGA SUSTENNA INJECTION 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	5	NEDS
INVEGA TRINZA INJECTION 273MG/0.88ML, 410MG/1.32ML, 546MG/1.75ML, 819MG/2.63ML	5	NEDS
<i>lurasidone hydrochloride tablet 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tablet 80mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI TABLET 10MG; 10MG, 15MG; 10MG, 20MG; 10MG, 5MG; 10MG	5	PA NSO; NEDS
NUPLAZID CAPSULE 34MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
NUPLAZID TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
<i>olanzapine odt tablet disintegrating 5mg</i>	2	
<i>olanzapine odt tablet disintegrating 10mg, 15mg, 20mg</i>	3	
<i>olanzapine injection 10mg</i>	3	
<i>olanzapine tablet 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 5mg, 7.5mg</i>	2	
OPIPZA FILM 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
OPIPZA FILM 10MG, 5MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 1.5mg, 3mg, 6mg, 9mg</i>	4	
PERSERIS INJECTION 120MG, 90MG	5	NEDS
<i>quetiapine fumarate tablet 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg</i>	2	
<i>quetiapine fumarate tablet 25mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
REXULTI TABLET 0.25MG, 0.5MG, 1MG, 2MG, 3MG, 4MG	5	NEDS
<i>risperidone er injection 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>risperidone er injection 37.5mg, 50mg</i>	5	NEDS
<i>risperidone odt tablet disintegrating 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	3	
<i>risperidone solution 1mg/ml</i>	3	
<i>risperidone tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	1	
SECUADO PATCH 24 HOUR 3.8MG/24HR, 5.7MG/24HR, 7.6MG/24HR	5	NEDS
VRAYLAR CAPSULE 0.5MG, 0.75MG, 1.5MG, 3MG, 4.5MG, 6MG	5	NEDS
<i>ziprasidone hcl capsule 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	3	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ziprasidone mesylate injection 20mg</i>	3	
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 210MG	3	
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 300MG, 405MG	5	NEDS
Antivirico		
Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)		
APTIVUS CAPSULE 250MG	5	NEDS; SP
<i>atazanavir sulfate capsule 300mg</i>	4	SP
<i>atazanavir capsule 150mg, 200mg</i>	4	SP
<i>darunavir tablet 600mg</i>	4	SP
<i>darunavir tablet 800mg</i>	5	NEDS; SP
EVOTAZ TABLET 300MG; 150MG	5	NEDS; SP
<i>fosamprenavir calcium tablet 700mg</i>	5	NEDS; SP
KALETRA SOLUTION 400MG/5ML; 100MG/5ML	4	SP
LEXIVA SUSPENSION 50MG/ML	3	SP
<i>lopinavir/ritonavir solution 400mg/5ml; 100mg/5ml</i>	4	SP
<i>lopinavir/ritonavir tablet 100mg; 25mg, 200mg; 50mg</i>	4	SP
NORVIR PACKET 100MG	4	
PREZCOBIX TABLET 150MG; 675MG	5	NEDS
PREZCOBIX TABLET 150MG; 800MG	5	NEDS; SP
PREZISTA SUSPENSION 100MG/ML	5	NEDS; SP
PREZISTA TABLET 75MG	4	SP
PREZISTA TABLET 150MG	5	NEDS; SP
REYATAZ PACKET 50MG	5	NEDS; SP
<i>ritonavir tablet 100mg</i>	3	SP
SYMTUZA TABLET 150MG; 800MG; 200MG; 10MG	5	NEDS
VIRACEPT TABLET 250MG	3	SP
VIRACEPT TABLET 625MG	5	NEDS; SP
Agentes anti-VIH, otros		
FUZEON INJECTION 90MG	5	NEDS; SP
<i>maraviroc tablet 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); NEDS; SP
<i>maraviroc tablet 150mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días); NEDS; SP
RUKOBIA TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600MG	5	NEDS
SELZENTRY SOLUTION 20MG/ML	3	QL(1800 ML por 30 días)
SELZENTRY TABLET 25MG	4	QL(480 EA por 30 días)
SELZENTRY TABLET 75MG	5	QL(60 EA por 30 días); NEDS
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK 300MG	5	NEDS
SUNLENCA TABLET 300MG	5	QL(24 EA por 168 días); NEDS
TYBOST TABLET 150MG	3	SP
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cidofovir injection 75mg/ml</i>	5	NEDS
LIVTENCITY TABLET 200MG	5	PA; NEDS
PREVYMIS PACKET 20MG	4	PA
PREVYMIS PACKET 120MG	5	PA; NEDS
PREVYMIS TABLET 240MG, 480MG	5	PA; NEDS
<i>valganciclovir hydrochloride solution reconstituted 50mg/ml</i>	5	NEDS
<i>valganciclovir tablet 450mg</i>	3	
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl capsule 100mg</i>	3	
<i>amantadine hcl solution 50mg/5ml</i>	3	
<i>amantadine hcl tablet 100mg</i>	3	
<i>amantadine hydrochloride tablet 100mg</i>	3	
<i>oseltamivir phosphate capsule 30mg, 45mg, 75mg</i>	3	
<i>oseltamivir phosphate suspension reconstituted 6mg/ml</i>	3	
RELENZA DISKHALER AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5MG/BLISTER	3	
<i>rimantadine hydrochloride tablet 100mg</i>	4	
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 40MG, 80MG	3	QL(1 EA por 7 días)
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET PACKET 50MG; 20MG	5	PA; NEDS; SP
MAVYRET TABLET 100MG; 40MG	5	PA; NEDS; SP
<i>ribavirin capsule 200mg</i>	3	SP
<i>ribavirin tablet 200mg</i>	3	SP
VOSEVI TABLET 400MG; 100MG; 100MG	5	PA; NEDS; SP
Agentes antiherpéticos		
<i>acyclovir sodium injection 50mg/ml</i>	4	PA BvD
<i>acyclovir capsule 200mg</i>	2	
<i>acyclovir suspension 200mg/5ml</i>	4	
<i>acyclovir tablet 400mg, 800mg</i>	2	
<i>famciclovir tablet 125mg, 250mg, 500mg</i>	3	
<i>valacyclovir hydrochloride tablet 1gm, 500mg</i>	2	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY TABLET 30MG; 120MG; 15MG, 50MG; 200MG; 25MG	5	NEDS
DOVATO TABLET 50MG; 300MG	5	NEDS
GENVOYA TABLET 150MG; 150MG; 200MG; 10MG	5	NEDS
ISENTRESS HD TABLET 600MG	5	QL(60 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS PACKET 100MG	4	SP
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 25MG	3	QL(720 EA por 30 días); SP
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 100MG	5	QL(180 EA por 30 días); NEDS; SP

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ISENTRESS TABLET 400MG	5	QL(120 EA por 30 días); NEDS; SP
JULUCA TABLET 50MG; 25MG	5	NEDS
STRIBILD TABLET 150MG; 150MG; 200MG; 300MG	5	NEDS; SP
TIVICAY PD TABLET SOLUBLE 5MG	4	SP
TIVICAY TABLET 10MG	3	SP
TIVICAY TABLET 25MG, 50MG	5	NEDS; SP
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
DELSTRIGO TABLET 100MG; 300MG; 300MG	5	NEDS
EDURANT PED TABLET SOLUBLE 2.5MG	5	NEDS
EDURANT TABLET 25MG	5	NEDS; SP
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 600mg; 200mg; 300mg</i>	3	SP
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 400mg; 300mg; 300mg, 600mg; 300mg; 300mg</i>	5	NEDS
<i>efavirenz capsule 200mg, 50mg</i>	4	SP
<i>efavirenz tablet 600mg</i>	4	SP
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 200mg; 25mg; 300mg</i>	5	NEDS; SP
<i>etravirine tablet 100mg, 200mg</i>	5	NEDS; SP
INTELENCE TABLET 25MG	3	SP
<i>nevirapine er tablet extended release 24 hour 400mg</i>	4	SP
<i>nevirapine suspension 50mg/5ml</i>	4	SP
<i>nevirapine tablet 200mg</i>	2	SP
PIFELTRO TABLET 100MG	5	NEDS
<i>rilpivirine hydrochloride tablet 25mg</i>	5	NEDS
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir sulfate/lamivudine tablet 600mg; 300mg</i>	4	SP
<i>abacavir solution 20mg/ml</i>	4	SP
<i>abacavir tablet 300mg</i>	3	SP
CIMDUO TABLET 300MG; 300MG	5	NEDS
DESCOVY TABLET 120MG; 15MG, 200MG; 25MG	5	NEDS
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 100mg; 150mg, 200mg; 300mg</i>	4	SP
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 133mg; 200mg</i>	5	NEDS; SP
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil tablet 167mg; 250mg</i>	4	SP
<i>emtricitabine capsule 200mg</i>	4	SP
EMTRIVA SOLUTION 10MG/ML	4	SP
<i>lamivudine/zidovudine tablet 150mg; 300mg</i>	4	SP
<i>lamivudine solution 10mg/ml</i>	4	SP
<i>lamivudine tablet 150mg, 300mg</i>	3	SP

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ODEFSEY TABLET 200MG; 25MG; 25MG	5	NEDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate tablet 300mg</i>	4	SP
TRIUMEQ PD TABLET SOLUBLE 60MG; 5MG; 30MG	4	
TRIUMEQ TABLET 600MG; 50MG; 300MG	5	NEDS; SP
VIREAD POWDER 40MG/GM	5	NEDS; SP
VIREAD TABLET 150MG, 200MG, 250MG	5	NEDS; SP
<i>zidovudine capsule 100mg</i>	3	SP
<i>zidovudine syrup 50mg/5ml</i>	3	SP
<i>zidovudine tablet 300mg</i>	3	SP
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil tablet 10mg</i>	4	SP
<i>entecavir tablet 0.5mg, 1mg</i>	4	SP
<i>lamivudine tablet 100mg</i>	3	SP
VEMLIDY TABLET 25MG	5	NEDS
Antivirales, agentes de coronavirus		
LAGEVRIO CAPSULE 200MG	3	QL(40 EA por 5 días)
PAXLOVID TBP 300MG-100MG DAY 1; 150MG-100MG DAYS 2-5	3	QL(11 EA por 5 días)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(20 EA por 5 días)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(30 EA por 5 días)
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Aglutinantes de potasio		
LOKELMA PACKET 10GM, 5GM	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powder 0</i>	3	
<i>sodium polystyrene sulfonate suspension 15gm/60ml</i>	4	
<i>sps combination suspension 15gm/60ml, 15gm/60ml</i>	4	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET CAPSULE 100MG	5	NEDS
<i>deferasirox packet 180mg, 360mg, 90mg</i>	5	NEDS; SP
<i>deferasirox tablet soluble 125mg</i>	4	SP
<i>deferasirox tablet soluble 250mg, 500mg</i>	5	NEDS; SP
<i>deferasirox tablet 90mg</i>	3	SP
<i>deferasirox tablet 180mg, 360mg</i>	4	SP
JYNARQUE TABLET 15MG, 30MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>penicillamine tablet 250mg</i>	5	NEDS
<i>tolvaptan tablet 15mg, 30mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>trientine hydrochloride capsule 250mg, 500mg</i>	5	NEDS
Quelantes de fosfato		
<i>calcium acetate capsule 667mg</i>	4	
<i>calcium acetate tablet 667mg</i>	3	
<i>sevelamer carbonate packet 0.8gm, 2.4gm</i>	4	
<i>sevelamer carbonate tablet 800mg</i>	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VELPHORO TABLET CHEWABLE 500MG	5	NEDS
Reemplazo de electrolitos/minerales		
AMINOSYN II INJECTION 107.6MEQ/L; 1490MG/100ML; 1527MG/100ML; 1050MG/100ML; 1107MG/100ML; 750MG/100ML; 450MG/100ML; 990MG/100ML; 1500MG/100ML; 1575MG/100ML; 258MG/100ML; 405MG/100ML; 447MG/100ML; 1083MG/100ML; 795MG/100ML; 50MEQ/L; 600MG/100ML; 300MG/100ML; 750MG/100ML, 993MG/100ML; 1018MG/100ML; 700MG/100ML; 738MG/100ML; 500MG/100ML; 300MG/100ML; 660MG/100ML; 1000MG/100ML; 1050MG/100ML; 172MG/100ML; 270MG/100ML; 298MG/100ML; 722MG/100ML; 530MG/100ML; 400MG/100ML; 200MG/100ML; 500MG/100ML	3	PA BvD
AMINOSYN-PF 7% INJECTION 32.5MEQ/L; 490MG/100ML; 861MG/100ML; 370MG/100ML; 576MG/100ML; 270MG/100ML; 220MG/100ML; 534MG/100ML; 831MG/100ML; 475MG/100ML; 125MG/100ML; 300MG/100ML; 570MG/100ML; 347MG/100ML; 50MG/100ML; 360MG/100ML; 125MG/100ML; 44MG/100ML; 452MG/100ML	3	PA BvD
AMINOSYN-PF INJECTION 46MEQ/L; 698MG/100ML; 1227MG/100ML; 527MG/100ML; 820MG/100ML; 385MG/100ML; 312MG/100ML; 760MG/100ML; 1200MG/100ML; 677MG/100ML; 180MG/100ML; 427MG/100ML; 812MG/100ML; 495MG/100ML; 70MG/100ML; 512MG/100ML; 180MG/100ML; 44MG/100ML; 673MG/100ML	3	PA BvD
<i>carglumic acid tablet soluble 200mg</i>	5	PA; NEDS; SP
CLINIMIX 6/5 INJECTION 1242MG/100ML; 690MG/100ML; 5GM/100ML; 618MG/100ML; 288MG/100ML; 360MG/100ML; 438MG/100ML; 348MG/100ML; 240MG/100ML; 336MG/100ML; 408MG/100ML; 300MG/100ML; 252MG/100ML; 108MG/100ML; 24MG/100ML; 348MG/100ML	3	PA BvD
CLINIMIX 8/10 INJECTION 1656MG/100ML; 920MG/100ML; 10GM/100ML; 824MG/100ML; 384MG/100ML; 480MG/100ML; 584MG/100ML; 464MG/100ML; 320MG/100ML; 448MG/100ML; 544MG/100ML; 400MG/100ML; 336MG/100ML; 144MG/100ML; 32MG/100ML; 464MG/100ML	3	PA BvD

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CLINIMIX E 8/10 INJECTION 83MEQ/L; 1656MG/100ML; 920MG/100ML; 33MG/100ML; 10GM/100ML; 824MG/100ML; 384MG/100ML; 480MG/100ML; 584MG/100ML; 464MG/100ML; 51MG/100ML; 320MG/100ML; 448MG/100ML; 261MG/100ML; 544MG/100ML; 400MG/100ML; 205MG/100ML; 336MG/100ML; 144MG/100ML; 32MG/100ML; 464MG/100ML	3	PA BvD
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2% injection 10%; 0.2%</i>	2	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45% injection 10%; 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 10% injection 10%</i>	2	
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45% injection 2.5%; 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2% injection 5%; 0.2%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3% injection 5%; 0.3%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33% injection 5%; 0.33%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45% injection 5%; 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9% injection 5%; 0.9%</i>	2	
<i>dextrose 5% injection 5%</i>	2	
<i>dextrose 50% injection 50%</i>	2	
<i>dextrose 70% injection 70%</i>	2	
<i>dextrose/sodium chloride injection 5%; 0.225%</i>	2	
<i>effer-k tablet effervescent 25meq</i>	1	
<i>glucose (dextrose) 50% injection 50%</i>	2	
<i>glucose (dextrose) 70% injection 70%</i>	2	
<i>k-prime tablet effervescent 25meq</i>	1	
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45% injection 5%; 10meq/l; 0.45%</i>	4	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2% injection 5%; 20meq/l; 0.2%</i>	4	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.225% injection 5%; 20meq/l; 0.225%</i>	4	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45% injection 5%; 20meq/l; 0.45%</i>	4	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9% injection 5%; 20meq/l; 0.9%</i>	4	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45% injection 5%; 40meq/l; 0.45%</i>	4	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9% injection 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	4	
<i>klor-con 10 tablet extended release 10meq</i>	2	
<i>klor-con 8 tablet extended release 8meq</i>	2	
<i>klor-con m10 tablet extended release 10meq</i>	2	
<i>klor-con m15 tablet extended release 15meq</i>	2	
<i>klor-con m20 tablet extended release 20meq</i>	2	
<i>klor-con/ef tablet effervescent 25meq</i>	2	
<i>klor-con packet 20meq</i>	3	
<i>lactated ringers injection 3meq/l; 109meq/l; 28meq/l; 4meq/l; 130meq/l</i>	2	
<i>magnesium sulfate injection 50%</i>	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PLENAMINE INJECTION 147.4MEQ/L; 2.17GM/100ML; 1.47GM/100ML; 434MG/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 894MG/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 1.18GM/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 894MG/100ML; 592MG/100ML; 749MG/100ML; 250MG/100ML; 39MG/100ML; 960MG/100ML	3	PA BvD
<i>potassium chloride er capsule extended release 10meq, 8meq</i>	3	
<i>potassium chloride er tablet extended release 10meq, 15meq, 20meq, 8meq</i>	2	
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride injection 5%; 10meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.225%, 5%; 20meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.9%, 5%; 30meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	4	
<i>potassium chloride injection 10meq/50ml, 20meq/50ml</i>	2	
<i>potassium chloride injection 2meq/ml</i>	4	
<i>potassium chloride packet 20meq</i>	3	
<i>potassium chloride oral solution 10%, 20%</i>	3	
<i>potassium citrate er tablet extended release 1080mg, 15meq, 540mg</i>	4	
PREMASOL INJECTION 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	3	PA BvD
PROSOL INJECTION 140MEQ/100ML; 2.76GM/100ML; 1.96GM/100ML; 600MG/100ML; 1.02GM/100ML; 2.06GM/100ML; 1.18GM/100ML; 1.08GM/100ML; 1.08GM/100ML; 1.35GM/100ML; 760MG/100ML; 1GM/100ML; 1.34GM/100ML; 1.02GM/100ML; 980MG/100ML; 320MG/100ML; 50MG/100ML; 1.44GM/100ML	3	PA BvD
<i>sodium chloride 0.45% injection 0.45%</i>	2	
<i>sodium chloride injection 0.9%, 3%, 5%</i>	2	
<i>sodium chloride injection 0.9%, 2.5meq/ml, 4meq/ml</i>	4	
TRAVASOL INJECTION 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 500MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	3	PA BvD

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TROPHAMINE INJECTION 0.54GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.32GM/100ML; 0; 0; 0.5GM/100ML; 0.36GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.82GM/100ML; 1.4GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.34GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.68GM/100ML; 0.38GM/100ML; 5MEQ/L; 0.025GM/100ML; 0.42GM/100ML; 0.2GM/100ML; 0.24GM/100ML; 0.78GM/100ML	3	PA BvD
Vitaminas		
<i>prenatal tablet 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	2	
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		
<i>aminocaproic acid injection 250mg/ml</i>	2	
<i>aminocaproic acid oral solution 0.25gm/ml</i>	4	
<i>aminocaproic acid tablet 500mg</i>	2	
<i>tranexamic acid tablet 650mg</i>	3	
Agentes modificadores de plaquetas		
<i>aspirin/dipyridamole er capsule extended release 12 hour 25mg; 200mg</i>	4	
CABLIVI INJECTION 11MG	5	NEDS
<i>cilostazol tablet 100mg, 50mg</i>	2	
<i>clopidogrel tablet 300mg, 75mg</i>	1	
DOPTELET TABLET 20MG	5	PA; NEDS; SP
<i>prasugrel hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	3	
<i>ticagrelor tablet 60mg, 90mg</i>	3	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate capsule 110mg, 150mg, 75mg</i>	4	
ELIQUIS STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 5MG	3	
ELIQUIS CAPSULE SPRINKLE 0.15MG	3	
ELIQUIS TABLET SOLUBLE 0.5MG	3	
ELIQUIS TABLET 2.5MG, 5MG	3	
<i>enoxaparin sodium injection 300mg/3ml</i>	3	SP
<i>enoxaparin sodium injection 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml, 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml</i>	4	SP
<i>fondaparinux sodium injection 2.5mg/0.5ml</i>	4	SP
<i>fondaparinux sodium injection 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	5	NEDS; SP
<i>heparin sodium/d5w injection 5%; 40unit/ml</i>	2	
<i>heparin sodium injection 10000unit/ml, 1000unit/ml, 20000unit/ml, 5000unit/0.5ml, 5000unit/ml</i>	3	
<i>jantoven tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg</i>	1	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>rivaroxaban suspension reconstituted 1mg/ml</i>	3	
<i>rivaroxaban tablet 2.5mg</i>	3	
<i>warfarin sodium tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg</i>	1	
XARELTO STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0	3	
XARELTO SUSPENSION RECONSTITUTED 1MG/ML	3	
XARELTO TABLET 10MG, 15MG, 2.5MG, 20MG	3	
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
<i>anagrelide hydrochloride capsule 0.5mg, 1mg</i>	3	
<i>eltrombopag olamine packet 12.5mg, 25mg</i>	5	PA; NEDS; SP
<i>eltrombopag olamine tablet 12.5mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	5	PA; NEDS; SP
MOZOBIL INJECTION 24MG/1.2ML	5	NEDS; SP
NEULASTA ONPRO KIT INJECTION 6MG/0.6ML	5	NEDS; SP
NEULASTA INJECTION 6MG/0.6ML	5	NEDS; SP
<i>plerixafor injection 24mg/1.2ml</i>	5	NEDS; SP
PROCRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	SP
PROCRIT INJECTION 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	5	NEDS; SP
RETACRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	SP
RETACRIT INJECTION 40000UNIT/ML	5	NEDS; SP
UDENYCA ONBODY INJECTION 6MG/0.6ML	5	NEDS; SP
UDENYCA INJECTION 6MG/0.6ML	5	NEDS; SP
ZARXIO INJECTION 300MCG/0.5ML, 480MCG/0.8ML	5	NEDS; SP
Reguladores de la glucemia		
Agentes antidiabéticos		
<i>acarbose tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>glimepiride tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
<i>glipizide er tablet extended release 24 hour 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>glipizide/metformin hydrochloride tablet 2.5mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg</i>	1	
<i>glipizide tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>glyburide micronized tablet 1.5mg, 3mg, 6mg</i>	1	
<i>glyburide/metformin hydrochloride tablet 1.25mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg</i>	1	
<i>glyburide tablet 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
GLYXAMBI TABLET 10MG; 5MG, 25MG; 5MG	3	
JANUMET XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1000MG; 100MG, 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	3	
JANUMET TABLET 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	3	
JANUVIA TABLET 100MG, 25MG, 50MG	3	
JENTADUETO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	3	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
JENTADUETO TABLET 2.5MG; 1000MG, 2.5MG; 500MG, 2.5MG; 850MG	3	
<i>metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg</i>	1	
<i>metformin hydrochloride solution 500mg/5ml</i>	2	
<i>metformin hydrochloride tablet 1000mg, 500mg, 850mg</i>	1	
<i>miglitol tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
MOUNJARO INJECTION 10MG/0.5ML, 12.5MG/0.5ML, 15MG/0.5ML, 2.5MG/0.5ML, 5MG/0.5ML, 7.5MG/0.5ML	3	PA
<i>nateglinide tablet 120mg, 60mg</i>	1	
OZEMPIC INJECTION 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	3	PA
<i>pioglitazone hcl-glimepiride tablet 2mg; 30mg, 4mg; 30mg</i>	1	
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl tablet 500mg; 15mg, 850mg; 15mg</i>	1	
<i>pioglitazone hcl tablet 45mg</i>	1	
<i>pioglitazone hydrochloride tablet 15mg, 30mg</i>	1	
<i>repaglinide tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
RYBELSUS TABLET 1.5MG, 14MG, 3MG, 4MG, 7MG, 9MG	3	PA
<i>saxagliptin hydrochloride tablet 2.5mg, 5mg</i>	1	
SYMLINPEN 120 INJECTION 2700MCG/2.7ML	5	NEDS
SYMLINPEN 60 INJECTION 1500MCG/1.5ML	5	NEDS
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 1000MG, 12.5MG; 1000MG, 25MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	3	
SYNJARDY TABLET 12.5MG; 1000MG, 12.5MG; 500MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	3	
TRADJENTA TABLET 5MG	3	
TRULICITY INJECTION 0.75MG/0.5ML, 1.5MG/0.5ML, 3MG/0.5ML, 4.5MG/0.5ML	3	PA
XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 1000MG, 10MG; 500MG, 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	3	
Agentes antidiabéticos		
BAQSIMI ONE PACK POWDER 3MG/DOSE	3	
BAQSIMI TWO PACK POWDER 3MG/DOSE	3	
<i>diazoxide suspension 50mg/ml</i>	4	
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION 1MG	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR INJECTION 1MG/ML	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR INJECTION 1MG	4	
GLUCAGON EMERGENCY KIT INJECTION 1MG	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GVOKE HYPOPEN 1-PACK INJECTION 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK INJECTION 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	3	
GVOKE KIT INJECTION 1MG/0.2ML	3	
GVOKE PFS INJECTION 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	3	
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH INJECTION 100UNIT/ML	3	
FIASP PENFILL INJECTION 100UNIT/ML	3	
FIASP INJECTION 100UNIT/ML	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
HUMALOG KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJECTION 50UNIT/ML; 50UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 50/50 INJECTION 50UNIT/ML; 50UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJECTION 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 75/25 INJECTION 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	3	
HUMALOG INJECTION 100UNIT/ML	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
HUMULIN 70/30 INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
HUMULIN N KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
HUMULIN N INJECTION 100UNIT/ML	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INJECTION 500UNIT/ML	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN INJECTION 500UNIT/ML	3	
HUMULIN R INJECTION 100UNIT/ML	3	
<i>insulin aspart flexpen injection 100unit/ml</i>	3	
<i>insulin aspart penfill injection 100unit/ml</i>	3	
<i>insulin aspart protamine/insulin aspart injection 30%; 70%</i>	3	
<i>insulin aspart injection 100unit/ml</i>	3	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
INSULIN LISPRO KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
INSULIN LISPRO PROTAMINE/INSULIN LISPRO KWIKPEN INJECTION 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	3	
INSULIN LISPRO INJECTION 100UNIT/ML	3	
LANTUS SOLOSTAR INJECTION 100UNIT/ML	3	
LANTUS INJECTION 100UNIT/ML	3	
<i>novolin 70/30 flexpen injection 30unit/ml; 70unit/ml</i>	3	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>novolin 70/30 injection 30unit/ml; 70unit/ml</i>	3	
<i>novolin n flexpen injection 100unit/ml</i>	3	
<i>novolin n injection 100unit/ml</i>	3	
<i>novolin r flexpen injection 100unit/ml</i>	3	
<i>novolin r injection 100unit/ml</i>	3	
NOVOLOG FLEXPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLOG PENFILL INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLOG INJECTION 100UNIT/ML	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR INJECTION 300UNIT/ML	3	
TOUJEO SOLOSTAR INJECTION 300UNIT/ML	3	
TRESIBA FLEXTOUCH INJECTION 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	3	
TRESIBA INJECTION 100UNIT/ML	3	
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>cyclobenzaprine hydrochloride tablet 7.5mg</i>	4	
<i>methocarbamol tablet 750mg</i>	3	
<i>methocarbamol tablet 500mg</i>	3	SP
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
<i>betaine anhydrous powder 0</i>	5	NEDS; SP
CREON CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000UNIT; 24000UNIT; 76000UNIT, 15000UNIT; 3000UNIT; 9500UNIT, 180000UNIT; 36000UNIT; 114000UNIT, 30000UNIT; 6000UNIT; 19000UNIT, 60000UNIT; 12000UNIT; 38000UNIT	3	
<i>cromolyn sodium concentrate 100mg/5ml</i>	4	
CYSTAGON CAPSULE 150MG, 50MG	4	SP
<i>dichlorphenamide tablet 50mg</i>	5	PA; NEDS; SP
<i>l-glutamine packet 5gm</i>	5	NEDS
<i>nitisinone capsule 10mg, 20mg, 2mg, 5mg</i>	5	PA; NEDS; SP
PROLASTIN-C INJECTION 1000MG/20ML	5	PA; NEDS; SP
REVCovi INJECTION 2.4MG/1.5ML	5	PA; NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride packet 100mg, 500mg</i>	5	PA; NEDS; SP
<i>sapropterin dihydrochloride tablet 100mg</i>	5	PA; NEDS; SP
<i>sodium phenylbutyrate powder 3gm/tsp</i>	5	NEDS; SP
<i>sodium phenylbutyrate tablet 500mg</i>	5	NEDS; SP

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
WELIREG TABLET 40MG	5	PA NSO; NEDS
<i>zelvysia packet 100mg, 500mg</i>	5	PA; NEDS
ZENPEP CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 105000UNIT; 25000UNIT; 79000UNIT, 14000UNIT; 3000UNIT; 10000UNIT, 168000UNIT; 40000UNIT; 126000UNIT, 24000UNIT; 5000UNIT; 17000UNIT, 252600UNIT; 60000UNIT; 189600UNIT, 42000UNIT; 10000UNIT; 32000UNIT, 63000UNIT; 15000UNIT; 47000UNIT, 84000UNIT; 20000UNIT; 63000UNIT	3	

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026
Última actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Índice de Drogas

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	63	ADEMPAS	35
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	63	ADTHYZA	24
ABELCET	51	AIMOVIG	4
<i>abigale</i>	20	AKEEGA	53
<i>abigale lo</i>	20	<i>albendazole</i>	58
ABILIFY ASIMTUFII	59	<i>albuterol sulfate</i>	37
ABILIFY MAINTENA	59	<i>albuterol sulfate hfa</i>	37
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	59	<i>alcohol prep pads</i>	38
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	59	ALECENSA	54
<i>abiraterone acetate</i>	52	<i>alendronate sodium</i>	11
ABIRTEGA	52	<i>alfuzosin hcl er</i>	19
ABRYSVO	29	<i>aliskiren</i>	6
<i>acamprosate calcium dr</i>	34	<i>allopurinol</i>	11
<i>acarbose</i>	69	ALOCRIL	30
<i>accutane</i>	15	<i>alosetron hydrochloride</i>	17
<i>acebutolol hydrochloride</i>	5	<i>alprazolam</i>	41
<i>acetaminophen/codeine</i>	39	ALUNBRIG	54
<i>acetaminophen/codeine phosphate</i>	39	<i>alyq</i>	35
<i>acetazolamide</i>	31	<i>amabelz</i>	20
<i>acetazolamide er</i>	31	<i>amantadine hcl</i>	62
<i>acetic acid</i>	38	<i>amantadine hydrochloride</i>	62
<i>acetic acid 0.25%</i>	19	<i>ambrisentan</i>	35
<i>acetylcysteine</i>	34	<i>amikacin sulfate</i>	41
<i>acitretin</i>	15	<i>amiloride hcl</i>	9
ACTHIB	29	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	6
ACTIMMUNE	27	<i>aminocaproic acid</i>	68
<i>acyclovir</i>	62	AMINOSYN II	65
<i>acyclovir sodium</i>	62	AMINOSYN-PF	65
ADACEL	29	AMINOSYN-PF 7%	65
<i>adalimumab-aaty 1-pen kit</i>	27	<i>amiodarone hydrochloride</i>	8
<i>adalimumab-aaty 2-pen kit</i>	27	<i>amitriptyline hcl</i>	49
<i>adalimumab-aaty 2-syringe</i>	27	<i>amitriptyline hydrochloride</i>	49
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs starter</i>	27	<i>amlodipine besylate</i>	5
<i>adalimumab-adbm</i>	28	<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	6
<i>adalimumab-adbm crohns/uc/hs starter</i>	27	<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	6
<i>adalimumab-adbm psoriasis/uveitis starter</i>	27	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	6
<i>adalimumab-adbm starter package for crohns disease/uc/hs</i>	27	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	7
<i>adalimumab-adbm starter package for psoriasis/uveitis</i>	28	<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	7
<i>adapalene</i>	15	<i>ammonium lactate</i>	15
<i>adefovir dipivoxil</i>	64	<i>amnesteam</i>	15
		<i>amoxapine</i>	49
		<i>amoxicillin</i>	43
		<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	43
		<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	43

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	12	<i>aviane</i>	20
<i>amphotericin b</i>	51	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	54
<i>amphotericin b liposome</i>	51	AVONEX	12
<i>ampicillin</i>	44	AVONEX PEN	12
<i>ampicillin sodium</i>	44	AYVAKIT	54
<i>ampicillin/sulbactam</i>	44	<i>azathioprine</i>	28
<i>ampicillin-sulbactam</i>	44	<i>azelaic acid</i>	15
<i>anagrelide hydrochloride</i>	69	<i>azelastine hcl</i>	30
<i>anastrozole</i>	54	<i>azelastine hcl</i>	36
ANORO ELLIPTA	34	<i>azelastine hydrochloride</i>	36
<i>apraclonidine</i>	31	<i>azithromycin</i>	44
<i>aprepitant</i>	50	<i>aztreonam</i>	41
<i>apri</i>	20	<i>azurette</i>	20
APTIVUS	61	<i>bacitracin</i>	32
ARCALYST	25	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	31
AREXVY	29	<i>baclofen</i>	3
<i>arformoterol tartrate</i>	37	<i>balsalazide disodium</i>	11
ARIKAYCE	41	BALVERSA	54
<i>aripiprazole</i>	59	<i>balziva</i>	20
<i>aripiprazole odt</i>	59	BAQSIMI ONE PACK	70
ARISTADA	59	BAQSIMI TWO PACK	70
ARISTADA INITIO	59	BCG VACCINE	29
<i>armodafinil</i>	14	<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x</i>	38
ARMOUR THYROID	24	<i>1/2"</i>	
<i>asenapine maleate sl</i>	59	<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x</i>	38
<i>ashlyna</i>	20	<i>5/16"</i>	
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	68	<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x</i>	38
<i>atazanavir</i>	61	<i>12.7mm</i>	
<i>atazanavir sulfate</i>	61	<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	38
<i>atenolol</i>	5	<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x</i>	38
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	7	<i>12.7mm</i>	
<i>atomoxetine</i>	13	BELSOMRA	14
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	13	<i>benazepril hydrochloride</i>	10
<i>atorvastatin calcium</i>	9	<i>benazepril</i>	7
<i>atovaquone</i>	58	<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	58	BENLYSTA	25
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	58	<i>benztropine mesylate</i>	4
<i>atropine sulfate</i>	31	BERINERT	26
<i>atrovent hfa</i>	37	BESIVANCE	32
AUGTYRO	54	BESREMI	27
AUSTEDO	14	<i>betaine anhydrous</i>	72
AUSTEDO XR	13	<i>betamethasone dipropionate</i>	16
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT	13	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	16
AUVELITY	48	<i>betamethasone valerate</i>	16
		BETASERON	12

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>betaxolol hcl</i>	31	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	48
<i>bethanechol chloride</i>	19	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	48
BEVESPI AEROSPHERE	34	<i>buspirone hcl</i>	41
<i>bexarotene</i>	58	<i>bupirone hydrochloride</i>	41
BEXSERO	29	<i>butorphanol tartrate</i>	39
<i>bicalutamide</i>	52	<i>cabergoline</i>	25
BICILLIN L-A	44	CABLIVI	68
BIKTARVY	62	CABOMETYX	54
<i>bimatoprost</i>	33	<i>calcipotriene</i>	15
<i>bisoprolol fumarate</i>	5	<i>calcitonin salmon</i>	11
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	7	<i>calcitonin-salmon</i>	11
BIVIGAM	27	<i>calcitriol</i>	11
BONSITY	11	<i>calcitriol</i>	15
BOOSTRIX	29	<i>calcium acetate</i>	64
<i>bortezomib</i>	53	CALQUENCE	54
<i>boruzu</i>	53	<i>camila</i>	23
<i>bosentan</i>	35	<i>candesartan cilexetil</i>	8
BOSULIF	54	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	7
BRAFTOVI	54	CAPLYTA	59
BREO ELLIPTA	34	CAPRELSA	54
BREYNA	34	<i>captopril</i>	10
BREZTRI AEROSPHERE	34	<i>carbamazepine</i>	46
<i>briellyn</i>	20	<i>carbamazepine er</i>	46
<i>brimonidine tartrate</i>	31	<i>carbidopa</i>	5
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	31	<i>carbidopa/levodopa</i>	5
<i>brinzolamide</i>	31	<i>carbidopa/levodopa er</i>	5
<i>brivaracetam</i>	47	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	5
BRIVIACT	47	<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	4
<i>bromfenac</i>	32	<i>carglumic acid</i>	65
<i>bromfenac sodium</i>	32	<i>carteolol hcl</i>	31
<i>bromocriptine mesylate</i>	4	<i>cartia xt</i>	5
BRONCHITOL	34	<i>carvedilol</i>	5
BRUKINSA	54	CAYSTON	35
<i>budesonide</i>	11	<i>cefaclor</i>	42
<i>budesonide</i>	36	<i>cefadroxil</i>	42
<i>budesonide er</i>	11	<i>cefazolin</i>	42
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	34	<i>cefazolin sodium</i>	42
<i>bumetanide</i>	10	<i>cefazolin sodium/dextrose</i>	42
<i>buprenorphine</i>	39	<i>cefazolin/dextrose</i>	42
<i>buprenorphine hcl</i>	34	<i>cefdinir</i>	43
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	33	<i>cefepime</i>	43
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	34	<i>cefepime hydrochloride</i>	43
<i>bupropion hydrochloride</i>	48	<i>cefepime/dextrose</i>	43
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	33	<i>cefixime</i>	43
		<i>cefotetan</i>	43

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>cefoxitin sodium</i>	43	<i>clindamycin phosphate (twice-daily)</i>	17
<i>cefpodoxime proxetil</i>	43	<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	15
<i>cefprozil</i>	43	<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	15
<i>ceftaroline fosamil</i>	43	CLINIMIX 6/5	65
<i>ceftazidime</i>	43	CLINIMIX 8/10	65
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	43	CLINIMIX E 8/10	66
<i>ceftriaxone sodium</i>	43	<i>clobazam</i>	45
<i>ceftriaxone/dextrose</i>	43	<i>clobetasol propionate</i>	16
<i>cefuroxime axetil</i>	43	<i>clobetasol propionate e</i>	16
<i>cefuroxime sodium</i>	43	<i>clodan</i>	16
<i>celecoxib</i>	40	<i>clomipramine hydrochloride</i>	49
<i>cephalexin</i>	43	<i>clonazepam</i>	45
<i>cevimeline hydrochloride</i>	14	<i>clonazepam odt</i>	45
CHEMET	64	<i>clonidine</i>	8
<i>chlorhexidine gluconate</i>	14	<i>clonidine hydrochloride</i>	8
<i>chloroquine phosphate</i>	58	<i>clonidine hydrochloride er</i>	13
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	58	<i>clopidogrel</i>	68
<i>chlorthalidone</i>	10	<i>clorazepate dipotassium</i>	41
<i>cholestyramine</i>	9	<i>clotrimazole</i>	51
<i>cholestyramine light</i>	9	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	15
<i>ciclopirox</i>	17	<i>clozapine</i>	59
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	17	<i>clozapine odt</i>	59
<i>ciclopirox olamine</i>	17	COARTEM	58
<i>cidofovir</i>	62	COBENFY	14
<i>cilostazol</i>	68	COBENFY STARTER PACK	14
CIMDUO	63	<i>colchicine</i>	11
<i>cimetidine</i>	18	<i>colestipol hydrochloride</i>	9
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	11	<i>colistimethate sodium</i>	42
<i>ciprofloxacin</i>	38	COMBIVENT RESPIMAT	34
<i>ciprofloxacin hcl</i>	44	COMETRIQ	54
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	32	<i>conjugated estrogens</i>	20
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	45	<i>constulose</i>	17
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	45	COPIKTRA	54
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	38	CORLANOR	7
<i>citalopram hydrobromide</i>	49	CORTIFOAM	11
<i>claravis</i>	15	CORTISPORIN-TC	38
<i>clarithromycin</i>	44	COSENTYX	25
<i>clarithromycin er</i>	44	COSENTYX SENSOREADY PEN	25
CLENPIQ	18	COSENTYX UNOREADY	25
<i>clindamycin hcl</i>	41	COTELLIC	55
<i>clindamycin hydrochloride</i>	41	CREON	72
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	41	CRESEMBA	51
<i>clindamycin phosphate</i>	17	<i>cromolyn sodium</i>	31
<i>clindamycin phosphate</i>	41	<i>cromolyn sodium</i>	37
<i>clindamycin phosphate (once-daily)</i>	17	<i>cromolyn sodium</i>	72

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	38	<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	13
CUVITRU	27	<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	13
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	72	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	13
<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	31	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	12
<i>cyclophosphamide</i>	52	<i>dextrose 10%</i>	66
<i>cyclosporine</i>	28	<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	66
<i>cyclosporine modified</i>	28	<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	66
<i>cyproheptadine hcl</i>	36	<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	66
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	36	<i>dextrose 5%</i>	66
CYSTAGON	72	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	66
CYSTARAN	31	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	66
<i>dabigatran etexilate</i>	68	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	66
<i>dalfampridine er</i>	12	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	66
<i>danazol</i>	20	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	66
<i>dantrolene sodium</i>	3	<i>dextrose 50%</i>	66
DANZITEN	55	<i>dextrose 70%</i>	66
<i>dapagliflozin propanediol</i>	10	<i>dextrose/sodium chloride</i>	66
<i>dapsone</i>	51	DIACOMIT	46
DAPTACEL	29	<i>diazepam</i>	41
<i>daptomycin</i>	42	<i>diazepam</i>	46
<i>daptomycin/sodium chloride</i>	42	<i>diazepam intensol</i>	41
<i>darunavir</i>	61	<i>diazoxide</i>	70
DARZALEX	52	<i>dichlorphenamide</i>	72
<i>dasatinib</i>	55	<i>diclofenac potassium</i>	40
DAURISMO	55	<i>diclofenac sodium</i>	15
<i>deblitane</i>	23	<i>diclofenac sodium</i>	32
<i>deferasirox</i>	64	<i>diclofenac sodium</i>	40
DELSTRIGO	63	<i>diclofenac sodium dr</i>	40
DENGVAXIA	29	<i>diclofenac sodium er</i>	40
DEPO-MEDROL	23	<i>dicloxacillin sodium</i>	44
DEPO-SUBQ PROVERA 104	23	<i>dicyclomine hcl</i>	18
DESCOVY	63	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	18
<i>desipramine hydrochloride</i>	49	DIFICID	44
<i>desloratadine</i>	36	<i>diflunisal</i>	40
<i>desmopressin acetate</i>	20	<i>difluprednate</i>	33
<i>desonide</i>	16	<i>digoxin</i>	8
<i>desoximetasone</i>	16	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	4
<i>desvenlafaxine er</i>	49	DILANTIN	47
<i>dexamethasone</i>	23	<i>diltiazem hcl</i>	6
<i>dexamethasone intensol</i>	23	<i>diltiazem hcl cd</i>	6
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	23	<i>diltiazem hcl er</i>	6
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	32	<i>diltiazem hydrochloride</i>	6
<i>dexamethasone sodium phosphate +rfid</i>	23	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	6
DEXLANSOPRAZOLE	19	<i>dilt-xr</i>	5
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	13	<i>dimethyl fumarate</i>	12

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	36	<i>eltrombopag olamine</i>	69
<i>disulfiram</i>	34	<i>eluryng</i>	21
<i>divalproex sodium dr</i>	46	EMCYT	53
<i>divalproex sodium er</i>	46	EMGALITY	4
<i>docetaxel</i>	53	EMPAVELI	25
<i>dofetilide</i>	8	EMSAM	49
<i>donepezil hcl</i>	3	<i>emtricitabine</i>	63
<i>donepezil hydrochloride</i>	3	<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	63
DOPTELET	68	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	63
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	31	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	63
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	31	EMTRIVA	63
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	31	<i>enalapril maleate</i>	10
<i>dotti</i>	20	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	7
DOVATO	62	ENBREL	28
<i>doxazosin mesylate</i>	19	ENBREL MINI	28
<i>doxepin hcl</i>	49	ENBREL SURECLICK	28
<i>doxepin hydrochloride</i>	49	<i>endocet</i>	39
<i>doxycycline</i>	45	ENGERIX-B	29
<i>doxycycline hyclate</i>	45	<i>enilloring</i>	21
<i>doxycycline monohydrate</i>	45	<i>enoxaparin sodium</i>	68
DRIZALMA SPRINKLE	49	ENSACOVE	55
<i>dronabinol</i>	50	<i>entacapone</i>	4
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	21	<i>entecavir</i>	64
DROXIA	53	ENTRESTO	7
<i>droxidopa</i>	8	<i>enulose</i>	17
<i>duloxetine hydrochloride dr</i>	49	ENVARBUS XR	28
DUPIXENT	25	EPIDIOLEX	47
<i>dutasteride</i>	19	<i>epinastine hcl</i>	31
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	19	<i>epinephrine</i>	37
<i>ec-naproxen</i>	40	<i>epitol</i>	47
<i>econazole nitrate</i>	51	<i>eplerenone</i>	8
EDURANT	63	EPRONTIA	47
EDURANT PED	63	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	4
<i>efavirenz</i>	63	ERIVEDGE	55
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	63	ERLEADA	52
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	63	<i>erlotinib hydrochloride</i>	55
<i>effe-r-k</i>	66	<i>errin</i>	23
ELIGARD	25	<i>ertapenem sodium</i>	44
ELIQUIS	68	<i>ery</i>	17
ELIQUIS STARTER PACK	68	<i>erythromycin</i>	17
<i>elixophyllin</i>	37	<i>erythromycin</i>	32
ELMIRON	19	<i>erythromycin dr</i>	44
		<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	44
		<i>escitalopram oxalate</i>	49

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>eslicarbazepine acetate</i>	47	FETZIMA	50
<i>esomeprazole magnesium</i>	19	FETZIMA TITRATION PACK	50
<i>estradiol</i>	21	FIASP	71
<i>estradiol valerate</i>	21	FIASP FLEXTOUCH	71
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	21	FIASP PENFILL	71
ESTRING	21	<i>fidaxomicin</i>	44
<i>eszopiclone</i>	14	<i>finasteride</i>	19
<i>ethacrynic acid</i>	10	<i> fingolimod hydrochloride</i>	12
<i>ethambutol hydrochloride</i>	51	FINTEPLA	47
<i>ethosuximide</i>	45	<i>finzala</i>	21
<i>etodolac</i>	40	FIRMAGON	25
<i>etodolac er</i>	40	<i>flac</i>	38
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	21	FLAREX	33
<i>etravirine</i>	63	FLEBOGAMMA DIF	27
EUCRISA	16	<i>flecainide acetate</i>	8
EULEXIN	52	<i>fluconazole</i>	51
<i>euthyrox</i>	24	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	51
<i>everolimus</i>	28	<i>flucytosine</i>	51
<i>everolimus</i>	55	<i>fludrocortisone acetate</i>	23
EVOTAZ	61	<i>flunisolide</i>	36
<i>exemestane</i>	54	<i>fluocinolone acetonide</i>	16
EXKIVITY	55	<i>fluocinolone acetonide</i>	38
EXXUA	48	<i>fluocinolone acetonide body</i>	16
EXXUA TITRATION PACK	48	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	16
<i>ezetimibe</i>	9	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	16
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	9	<i>fluocinonide</i>	16
<i>falmina</i>	21	<i>fluocinonide emulsified base</i>	16
<i>famciclovir</i>	62	<i>fluorometholone</i>	33
<i>famotidine</i>	18	<i>fluorouracil</i>	15
FANAPT	60	<i>fluoxetine dr</i>	50
FANAPT TITRATION PACK A	59	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	50
FANAPT TITRATION PACK B	59	<i>fluphenazine decanoate</i>	59
FANAPT TITRATION PACK C	59	<i>fluphenazine hcl</i>	59
FARXIGA	10	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	59
FASENRA	34	<i>flurbiprofen</i>	40
FASENRA PEN	34	<i>flurbiprofen sodium</i>	33
FEIRZA 1.5/30	21	<i>fluticasone propionate</i>	16
FEIRZA 1/20	21	<i>fluticasone propionate</i>	36
<i>felbamate</i>	47	<i>fluticasone propionate diskus</i>	36
<i>felodipine er</i>	5	<i>fluticasone propionate hfa</i>	36
<i>fenofibrate</i>	9	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	34
<i>fenofibrate micronized</i>	9	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	34
<i>fenofibric acid dr</i>	9	<i>fluvastatin</i>	9
<i>fentanyl</i>	39	<i>fluvastatin sodium er</i>	9
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	39	<i>fluvoxamine maleate</i>	50

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>fondaparinux sodium</i>	68	GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	70
<i>formoterol fumarate</i>	37	LOW BLOOD SUGAR	
<i>fosamprenavir calcium</i>	61	<i>glucose (dextrose) 50%</i>	66
<i>fosfomycin tromethamine</i>	42	<i>glucose (dextrose) 70%</i>	66
<i>fosinopril sodium</i>	10	<i>glyburide</i>	69
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	7	<i>glyburide micronized</i>	69
FOTIVDA	55	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	69
FRUZAQLA	55	<i>glycopyrrolate</i>	18
<i>furosemide</i>	10	<i>glydo</i>	40
FUZEON	61	GLYXAMBI	69
<i>fyavolv</i>	21	GOMEKLI	55
FYCOMPA	47	<i>granisetron hydrochloride</i>	50
<i>gabapentin</i>	46	<i>griseofulvin microsize</i>	51
<i>galantamine hydrobromide</i>	3	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	51
<i>galantamine hydrobromide er</i>	3	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	13
<i>galbriela</i>	21	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	71
<i>gallifrey</i>	23	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	71
GAMMAGARD LIQUID	27	GVOKE KIT	71
GAMMAPLEX	27	GVOKE PFS	71
GARDASIL 9	29	HAEGARDA	27
<i>gatifloxacin</i>	32	<i>hailey fe 1/20</i>	21
<i>gavilyte-c</i>	18	<i>halobetasol propionate</i>	16
<i>gavilyte-g</i>	18	<i>haloette</i>	21
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	18	<i>haloperidol</i>	59
GAVRETO	55	<i>haloperidol decanoate</i>	59
<i>gefitinib</i>	55	<i>haloperidol lactate</i>	59
<i>gemfibrozil</i>	9	HAVRIX	29
GEMTESA	19	<i>heather</i>	23
<i>generlac</i>	17	<i>heparin sodium</i>	68
GENGRAF	28	<i>heparin sodium/d5w</i>	68
GENOTROPIN	20	HEPLISAV-B	29
GENOTROPIN MINIQUICK	20	HERNEXEOS	55
<i>gentamicin sulfate</i>	32	HIBERIX	29
<i>gentamicin sulfate</i>	41	HIZENTRA	27
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	41	HUMALOG	71
GENVOYA	62	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	71
GILOTRIF	55	HUMALOG KWIKPEN	71
<i>glatiramer acetate</i>	12	HUMALOG MIX 50/50	71
GLEOSTINE	52	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	71
<i>glimepiride</i>	69	HUMALOG MIX 75/25	71
<i>glipizide</i>	69	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	71
<i>glipizide er</i>	69	HUMIRA	28
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	69	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	28
GLUCAGEN HYPOKIT	70	DISEASE STARTER PACK	
GLUCAGON EMERGENCY KIT	70	HUMIRA PEN	28

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	28	IMKELDI	55
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	28	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	29
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	28	IMPAVIDO	42
HUMULIN 70/30	71	IMVEXXY MAINTENANCE PACK	21
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	71	IMVEXXY STARTER PACK	21
HUMULIN N	71	INCRELEX	20
HUMULIN N KWIKPEN	71	INCRUSE ELLIPTA	37
HUMULIN R	71	<i>indapamide</i>	10
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	71	<i>indomethacin</i>	40
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	71	INFANRIX	29
<i>hydralazine hydrochloride</i>	10	INLURIYO	53
<i>hydrochlorothiazide</i>	10	INLYTA	55
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	39	INQOVI	55
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	39	INREBIC	53
<i>hydrocortisone</i>	11	<i>insulin aspart</i>	71
<i>hydrocortisone</i>	16	<i>insulin aspart flexpen</i>	71
<i>hydrocortisone</i>	23	<i>insulin aspart penfill</i>	71
<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	23	<i>insulin aspart protamine/insulin aspart</i>	71
<i>hydrocortisone valerate</i>	16	INSULIN LISPRO	71
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	38	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	71
<i>hydromorphone hcl</i>	39	INSULIN LISPRO KWIKPEN	71
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	58	INSULIN LISPRO	71
<i>hydroxyurea</i>	53	PROTAMINE/INSULIN LISPRO KWIKPEN	
<i>hydroxyzine hcl</i>	36	INTELENCE	63
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	36	INTRALIPID	38
<i>hydroxyzine pamoate</i>	36	<i>introvale</i>	21
HYRNUO	55	INVEGA HAFYERA	60
IBRANCE	53	INVEGA SUSTENNA	60
IBRANCE	55	INVEGA TRINZA	60
IBTROZI	55	IPOL INACTIVATED IPV	29
<i>ibu</i>	40	<i>ipratropium bromide</i>	37
<i>ibuprofen</i>	40	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	34
<i>icatibant acetate</i>	27	<i>irbesartan</i>	8
<i>iclevia</i>	21	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	7
ICLUSIG	55	ISENTRESS	62
<i>icosapent ethyl</i>	9	ISENTRESS HD	62
IDHIFA	55	<i>isoniazid</i>	51
ILEVRO	33	<i>isosorbide dinitrate</i>	10
<i>imatinib mesylate</i>	55	<i>isosorbide mononitrate</i>	10
IMBRUVICA	55	<i>isosorbide mononitrate er</i>	10
<i>imipenem/cilastatin</i>	44	<i>isotonic gentamicin</i>	41
<i>imipramine hcl</i>	49	<i>isotretinoin</i>	15
<i>imipramine hydrochloride</i>	49	ITOVEBI	53
<i>imiquimod</i>	15	<i>itraconazole</i>	51

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>ivabradine hydrochloride</i>	7	KISQALI	55
<i>ivermectin</i>	58	KISQALI FEMARA 200 DOSE	53
IWILFIN	53	KISQALI FEMARA 400 DOSE	53
IXCHIQ	29	KISQALI FEMARA 600 DOSE	53
IXIARO	29	<i>klayesta</i>	51
<i>jaimiess</i>	21	<i>klor-con</i>	66
JAKAFI	55	<i>klor-con 10</i>	66
<i>jantoven</i>	68	<i>klor-con 8</i>	66
JANUMET	69	<i>klor-con m10</i>	66
JANUMET XR	69	<i>klor-con m15</i>	66
JANUVIA	69	<i>klor-con m20</i>	66
JARDIANCE	10	<i>klor-con/ef</i>	66
JAYPIRCA	55	KLOXXADO	33
JENTADUETO	70	KOSELUGO	55
JENTADUETO XR	69	<i>kourzeq</i>	14
<i>jinteli</i>	21	<i>k-prime</i>	66
JOURNAVX	40	KRAZATI	55
JUBBONTI	11	KYPROLIS	54
JULUCA	63	<i>labetalol hydrochloride</i>	5
<i>junel 1.5/30</i>	21	<i>lacosamide</i>	47
<i>junel 1/20</i>	21	<i>lactated ringers</i>	66
<i>junel fe 1.5/30</i>	21	<i>lactulose</i>	17
<i>junel fe 1/20</i>	21	LAGEVRIO	64
<i>junel fe 24</i>	21	<i>lamivudine</i>	63
JYLAMVO	29	<i>lamivudine</i>	64
JYNARQUE	64	<i>lamivudine/zidovudine</i>	63
JYNNEOS	29	<i>lamotrigine</i>	47
KALETRA	61	<i>lamotrigine er</i>	47
KALYDECO	35	<i>lamotrigine odt</i>	47
<i>kariva</i>	21	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	47
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	66	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	47
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	66	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	47
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.225%</i>	66	<i>lanreotide acetate</i>	25
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%</i>	66	<i>lansoprazole</i>	19
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	66	LANTUS	71
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	66	LANTUS SOLOSTAR	71
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	66	<i>lapatinib ditosylate</i>	56
<i>kelnor 1/35</i>	21	<i>larin 1.5/30</i>	21
<i>kenalog-10</i>	23	<i>larin 1/20</i>	21
KERENDIA	8	<i>larin fe 1.5/30</i>	21
KESIMPTA	12	<i>larin fe 1/20</i>	21
<i>ketoconazole</i>	51	<i>latanoprost</i>	33
<i>ketorolac tromethamine</i>	33	LAZCLUZE	53
KINERET	25	<i>leflunomide</i>	29
KINRIX	30	<i>lenalidomide</i>	52

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	56	<i>liomny</i>	24
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	56	<i>liothyronine sodium</i>	24
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	56	<i>lisinopril</i>	10
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	56	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	7
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	56	<i>lithium</i>	33
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	56	<i>lithium carbonate</i>	33
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	56	<i>lithium carbonate er</i>	33
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	56	LIVTENCITY	62
<i>lessina</i>	21	<i>lojaimiess</i>	22
<i>letrozole</i>	54	LOKELMA	64
<i>leucovorin calcium</i>	53	<i>lomustine</i>	52
LEUKERAN	52	LONSURF	53
<i>leuprolide acetate</i>	25	<i>loperamide hydrochloride</i>	17
<i>levalbuterol</i>	37	<i>lopinavir/ritonavir</i>	61
<i>levalbuterol hcl</i>	37	<i>lorazepam</i>	41
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	37	<i>lorazepam intensol</i>	41
<i>levetiracetam</i>	48	LORBRENA	56
<i>levetiracetam er</i>	48	<i>losartan potassium</i>	8
<i>levobunolol hcl</i>	31	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	7
<i>levocarnitine</i>	38	LOTEMAX	33
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	36	<i>loteprednol etabonate</i>	33
<i>levofloxacin</i>	32	<i>lovastatin</i>	9
<i>levofloxacin</i>	45	<i>loxapine</i>	59
<i>levofloxacin in d5w</i>	45	<i>lubiprostone</i>	17
<i>levonest</i>	22	<i>luizza 1.5/30</i>	22
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	22	<i>luizza 1/20</i>	22
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	22	LUMAKRAS	56
<i>levora 0.15/30-28</i>	22	LUMIGAN	33
<i>levo-t</i>	24	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	25
<i>levothyroxine sodium</i>	24	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	25
<i>levoxyl</i>	24	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	25
LEXIVA	61	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	25
<i>l-glutamine</i>	72	<i>lurasidone hydrochloride</i>	60
LIBERVANT	46	LYBALVI	60
<i>lidocaine</i>	41	LYNPARZA	56
<i>lidocaine hcl</i>	40	LYSODREN	53
<i>lidocaine hcl jelly</i>	40	LYTGOBI	56
<i>lidocaine hydrochloride</i>	41	<i>magnesium sulfate</i>	66
<i>lidocaine hydrochloride jelly</i>	41	<i>malathion</i>	17
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	14	<i>maraviroc</i>	61
<i>lidocaine viscous</i>	14	<i>marlissa</i>	22
<i>lidocaine/prilocaine</i>	41	MARPLAN	49
LILETTA	23	MATULANE	52
<i>linezolid</i>	42	<i>matzim la</i>	6
LINZESS	17	MAVYRET	62

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>meclizine hcl</i>	50	<i>metolazone</i>	10
<i>meclizine hydrochloride</i>	50	<i>metoprolol succinate er</i>	5
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	23	<i>metoprolol tartrate</i>	5
<i>mefloquine hydrochloride</i>	58	<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	7
<i>megestrol acetate</i>	23	<i>metronidazole</i>	15
MEKINIST	56	<i>metronidazole</i>	42
MEKTOVI	56	<i>metronidazole vaginal</i>	42
<i>meleya</i>	23	<i>metyrosine</i>	7
<i>meloxicam</i>	40	<i>mexiletine hydrochloride</i>	8
<i>memantine hcl titration pak</i>	3	<i>mibelas 24 fe</i>	22
<i>memantine hydrochloride</i>	3	<i>micafungin</i>	51
<i>memantine hydrochloride er</i>	3	<i>miconazole 3</i>	51
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	3	<i>microgestin 1.5/30</i>	22
MENACTRA	30	<i>microgestin 1/20</i>	22
MENQUADFI	30	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	22
MENVEO	30	<i>microgestin fe 1/20</i>	22
<i>mercaptapurine</i>	53	<i>midodrine hydrochloride</i>	8
<i>meropenem</i>	44	MIEBO	31
<i>mesalamine</i>	11	<i>mifepristone</i>	25
<i>mesalamine dr</i>	11	<i>miglitol</i>	70
<i>mesalamine er</i>	11	<i>minocycline hcl</i>	45
<i>mesna</i>	54	<i>minocycline hydrochloride</i>	45
<i>metformin hydrochloride</i>	70	<i>minoxidil</i>	10
<i>metformin hydrochloride er</i>	70	<i>minzoya</i>	22
<i>methadone hcl</i>	39	<i>mirtazapine</i>	48
<i>methadone hydrochloride</i>	39	<i>mirtazapine odt</i>	48
<i>methazolamide</i>	31	<i>misoprostol</i>	19
<i>methenamine hippurate</i>	42	M-M-R II	30
<i>methenamine mandelate</i>	42	<i>modafinil</i>	14
<i>methimazole</i>	24	MODEYSO	53
<i>methocarbamol</i>	72	<i>moexipril hydrochloride</i>	10
<i>methotrexate</i>	29	<i>molindone hydrochloride</i>	59
<i>methotrexate sodium</i>	29	<i>mometasone furoate</i>	17
<i>methsuximide</i>	45	<i>mometasone furoate</i>	36
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	13	<i>montelukast sodium</i>	36
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	13	<i>morphine sulfate</i>	39
<i>methylphenidate hydrochloride er (cd)</i>	13	<i>morphine sulfate er</i>	39
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	13	MOUNJARO	70
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm)</i>	13	MOVANTIK	17
<i>methylprednisolone</i>	23	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	45
<i>methylprednisolone acetate</i>	23	<i>hydrochloride</i>	
<i>methylprednisolone dose pack</i>	23	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	32
<i>metoclopramide hcl</i>	18	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	45
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	18	MOZOBIL	69
<i>metoclopramide hydrochloride +rfid</i>	18	MRESVIA	30

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
MULTAQ	8	NICOTROL NS	33
<i>mupirocin</i>	17	<i>nifedipine er</i>	5
<i>mycophenolate mofetil</i>	29	<i>nikki</i>	22
<i>mycophenolic acid dr</i>	29	<i>nilotinib d-tartrate</i>	56
MYRBETRIQ	19	<i>nilotinib hydrochloride</i>	56
<i>nabumetone</i>	40	<i>nilutamide</i>	52
<i>nadolol</i>	5	<i>nimodipine</i>	5
<i>nafcillin sodium</i>	44	NINLARO	56
<i>naftifine hydrochloride</i>	51	<i>nitazoxanide</i>	58
<i>naloxone hcl</i>	33	<i>nitisinone</i>	72
<i>naloxone hydrochloride</i>	33	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	42
<i>naltrexone hydrochloride</i>	34	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	42
NAMZARIC	3	<i>nitroglycerin</i>	10
<i>naproxen</i>	40	<i>nitroglycerin</i>	18
<i>naproxen dr</i>	40	<i>nitroglycerin transdermal</i>	10
<i>naproxen sodium</i>	40	NIVA THYROID	24
<i>naratriptan hcl</i>	3	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	22
NATACYN	32	<i>norethindrone acetate</i>	23
<i>nateglinide</i>	70	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	22
NAYZILAM	48	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	22
<i>nebivolol hydrochloride</i>	5	<i>nortrel 1/35</i>	22
<i>necon 0.5/35-28</i>	22	<i>nortrel 7/7/7</i>	22
<i>nefazodone hydrochloride</i>	50	<i>nortriptyline hcl</i>	49
<i>neomycin sulfate</i>	41	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	49
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	32	NORVIR	61
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc</i>	31	<i>novolin 70/30</i>	72
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis</i>	31	<i>novolin 70/30 flexpen</i>	71
<i>one</i>		<i>novolin n</i>	72
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	32	<i>novolin n flexpen</i>	72
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	32	<i>novolin r</i>	72
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	38	<i>novolin r flexpen</i>	72
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	32	NOVOLOG	72
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	39	NOVOLOG FLEXPEN	72
<i>neo-polycin</i>	31	NOVOLOG MIX 70/30	72
<i>neo-polycin hc</i>	31	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	72
NERLYNX	56	FLEXPEN	
NEULASTA	69	NOVOLOG PENFILL	72
NEULASTA ONPRO KIT	69	<i>np thyroid 120</i>	24
<i>nevirapine</i>	63	<i>np thyroid 15</i>	24
<i>nevirapine er</i>	63	<i>np thyroid 30</i>	24
NEXLETOL	9	<i>np thyroid 60</i>	24
NEXLIZET	9	<i>np thyroid 90</i>	24
NEXPLANON	23	NUBEQA	52
<i>niacin er</i>	9	NUEDEXTA	14
NICOTROL INHALER	33	NULOJIX	29

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
NUPLAZID	60	OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	38
NURTEC	4	OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	38
NUTRILIPID	38	OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	38
NUVESSA	42	OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	38
<i>nyamyc</i>	51	<i>ondansetron hcl</i>	50
<i>nystatin</i>	51	<i>ondansetron hydrochloride</i>	50
<i>nystatin/triamcinolone</i>	15	<i>ondansetron odt</i>	50
<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	15	ONUREG	53
<i>nystop</i>	52	OPDIVO	52
OCTAGAM	27	OPIPZA	60
<i>octreotide acetate</i>	25	<i>opium</i>	18
ODEFSEY	64	<i>opium tincture</i>	18
ODOMZO	56	OPSUMIT	35
OFEV	35	OPVEE	33
<i>ofloxacin</i>	32	<i>oralone dental paste</i>	14
<i>ofloxacin</i>	39	ORENCIA	25
OGSIVEO	53	ORENCIA CLICKJECT	25
OJEMDA	53	ORENITRAM	36
OJJAARA	56	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	35
<i>olanzapine</i>	60	1	
<i>olanzapine odt</i>	60	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	36
<i>olmesartan medoxomil</i>	8	2	
<i>olmesartan</i>	7	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	36
<i>medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>		3	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	7	ORGOVYX	25
<i>olopatadine hydrochloride</i>	31	ORKAMBI	35
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	9	<i>orquidea</i>	23
<i>omeprazole</i>	19	ORSERDU	53
<i>omeprazole dr</i>	19	<i>oseltamivir phosphate</i>	62
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT	38	OSPHENA	20
(GEN 5)		OTEZLA	15
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS	38	OTEZLA	26
(GEN 5)		<i>oxacillin sodium</i>	44
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	38	<i>oxaprozin</i>	40
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	38	<i>oxcarbazepine</i>	47
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO	38	<i>oxybutynin chloride</i>	19
GEN 5		<i>oxybutynin chloride er</i>	19
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	38	<i>oxycodone hydrochloride</i>	39
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	38	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	40
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	38	OZEMPIC	70
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	38	<i>paclitaxel</i>	53
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	38	<i>paliperidone er</i>	60
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	38	PANRETIN	58
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	38	<i>pantoprazole sodium</i>	19
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	38	<i>paricalcitol</i>	11

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>paroxetine hcl</i>	50	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	44
<i>paroxetine hydrochloride</i>	50	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	56
PAXLOVID	DisplayT	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	56
<i>pazopanib hydrochloride</i>	56	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	56
PEDIARIX	30	<i>pirfenidone</i>	35
PEDVAX HIB	30	<i>piroxicam</i>	40
<i>peg-3350/electrolytes</i>	18	<i>pitavastatin calcium</i>	9
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	18	PLEGRIDY	12
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	18	PLEGRIDY STARTER PACK	12
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic</i>	18	PLENAMINE	67
PEGASYS	27	<i>plerixafor</i>	69
PEGASYS	29	<i>podofilox</i>	15
PEMAZYRE	56	<i>polycin</i>	32
PENBRAYA	30	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	32
<i>penicillamine</i>	64	<i>pomalidomide</i>	52
<i>penicillin g potassium</i>	44	POMALYST	52
<i>penicillin g sodium</i>	44	<i>portia-28</i>	22
<i>penicillin v potassium</i>	44	<i>posaconazole</i>	52
PENMENVY	30	<i>posaconazole dr</i>	52
PENTACEL	30	<i>potassium chloride</i>	67
<i>pentamidine isethionate</i>	58	<i>potassium chloride er</i>	67
<i>pentoxifylline er</i>	7	<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride</i>	67
<i>perampanel</i>	48	<i>potassium citrate er</i>	67
<i>perindopril erbumine</i>	10	PRALUENT	9
<i>periogard</i>	14	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	4
<i>permethrin</i>	17	<i>prasugrel hydrochloride</i>	68
<i>perphenazine</i>	59	<i>pravastatin sodium</i>	9
PERSERIS	60	<i>praziquantel</i>	58
<i>phenelzine sulfate</i>	49	<i>prazosin hydrochloride</i>	5
<i>phenobarbital</i>	46	<i>prednisolone</i>	24
<i>phenytek</i>	47	<i>prednisolone acetate</i>	33
<i>phenytoin</i>	47	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	23
<i>phenytoin sodium extended</i>	47	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	33
PIFELTRO	63	<i>prednisone</i>	24
<i>pilocarpine hcl</i>	31	<i>pregabalin</i>	46
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	14	PREHEVBRIO	30
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	31	PREMARIN	22
<i>pimecrolimus</i>	17	PREMASOL	67
<i>pimozide</i>	59	<i>premium lidocaine</i>	41
<i>pindolol</i>	5	PREMPHASE	22
<i>pioglitazone hcl</i>	70	<i>prenatal</i>	68
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	70	<i>prevalite</i>	9
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	70	PREVYMIS	62
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	70	PREZCOBIX	61

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
PREZISTA	61	QVAR REDIHALER	36
PRIFTIN	51	RABAVERT	30
<i>primaquine phosphate</i>	58	<i>rabeprazole sodium</i>	19
<i>primidone</i>	46	RADICAVA ORS	14
PRIORIX	30	RADICAVA ORS STARTER KIT	14
PRIVIGEN	27	RALDESY	50
PROAIR RESPICLICK	37	<i>raloxifene hydrochloride</i>	20
<i>probenecid</i>	11	<i>ramelteon</i>	14
<i>probenecid/colchicine</i>	11	<i>ramipril</i>	10
<i>prochlorperazine</i>	50	<i>ranolazine er</i>	7
<i>prochlorperazine edisylate</i>	50	<i>rasagiline mesylate</i>	4
<i>prochlorperazine maleate</i>	50	RAYALDEE	11
PROCRIT	69	REBIF	12
<i>procto-med hc</i>	11	REBIF REBIDOSE	12
<i>proctosol hc</i>	11	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	12
<i>proctozone-hc</i>	11	REBIF TITRATION PACK	12
<i>progesterone</i>	23	RECOMBIVAX HB	30
PROGRAF	29	RELENZA DISKHALER	62
PROLASTIN-C	72	<i>repaglinide</i>	70
<i>promethazine hcl</i>	50	REPATHA	9
<i>promethazine hydrochloride</i>	50	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	9
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	50	REPATHA SURECLICK	9
<i>propafenone hcl</i>	8	RESTASIS	32
<i>propafenone hydrochloride</i>	8	RESTASIS MULTIDOSE	32
<i>propafenone hydrochloride er</i>	8	RETACRIT	69
<i>propranolol hcl</i>	5	RETEVMO	56
<i>propranolol hydrochloride</i>	5	REVCOVI	72
<i>propranolol hydrochloride er</i>	5	REVUFORJ	54
<i>propylthiouracil</i>	25	REXULTI	60
PROQUAD	30	REYATAZ	61
PROSOL	67	REZDIFFRA	24
<i>protriptyline hcl</i>	49	REZLIDHIA	57
PULMOZYME	35	REZUROCK	29
<i>pyrazinamide</i>	51	RHOPRESSA	31
<i>pyridostigmine bromide</i>	4	<i>ribavirin</i>	62
<i>pyridostigmine bromide er</i>	4	<i>rifabutin</i>	51
<i>pyrimethamine</i>	58	<i>rifampin</i>	51
QINLOCK	56	<i>rilpivirine hydrochloride</i>	63
QUADRACEL	30	<i>riluzole</i>	14
<i>quetiapine fumarate</i>	60	<i>rimantadine hydrochloride</i>	62
<i>quinapril hydrochloride</i>	10	RINVOQ	26
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	7	RINVOQ LQ	26
<i>quinidine sulfate</i>	8	<i>risedronate sodium</i>	11
<i>quinine sulfate</i>	58	<i>risedronate sodium dr</i>	11
QULIPTA	4	<i>risperidone</i>	60

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>risperidone er</i>	60	SIGNIFOR	25
<i>risperidone odt</i>	60	<i>sildenafil</i>	19
<i>ritonavir</i>	61	<i>sildenafil citrate</i>	19
<i>rivaroxaban</i>	69	<i>sildenafil citrate</i>	36
<i>rivastigmine tartrate</i>	3	<i>silver sulfadiazine</i>	15
<i>rivastigmine transdermal system</i>	3	SIMBRINZA	32
<i>rizatriptan benzoate</i>	3	<i>simvastatin</i>	9
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	3	<i>sirolimus</i>	29
ROCKLATAN	32	SIRTURO	51
<i>roflumilast</i>	37	SKYRIZI	26
ROMVIMZA	57	SKYRIZI PEN	26
<i>ropinirole er</i>	4	<i>sodium chloride</i>	67
<i>ropinirole hcl</i>	4	<i>sodium chloride 0.45%</i>	67
<i>ropinirole hydrochloride</i>	4	<i>sodium chloride 0.9%</i>	38
<i>rosuvastatin calcium</i>	9	<i>sodium fluoride</i>	14
<i>rosyrah</i>	22	<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	14
ROTARIX	30	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	14
ROTATEQ	30	<i>sodium oxybate</i>	14
<i>roweepa</i>	48	<i>sodium phenylbutyrate</i>	72
ROZLYTREK	57	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	64
RUBRACA	57	<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	18
<i>rufinamide</i>	47	<i>solifenacin succinate</i>	20
RUKOBIA	61	SOLTAMOX	53
RYBELSUS	70	SOMATULINE DEPOT	25
RYDAPT	57	SOMAVERT	25
<i>sacubitril/valsartan</i>	7	<i>sorafenib</i>	57
<i>salsalate</i>	40	<i>sorafenib tosylate</i>	57
SANTYL	15	<i>sotalol hcl</i>	8
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	72	<i>sotalol hydrochloride</i>	9
SAVELLA	12	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	9
SAVELLA TITRATION PACK	12	SPIRIVA RESPIMAT	37
<i>saxagliptin hydrochloride</i>	70	<i>spironolactone</i>	8
SCEMBLIX	57	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	7
<i>scopolamine</i>	51	SPRITAM	48
SECUADO	60	<i>sps</i>	64
<i>selegiline hcl</i>	4	<i>ssd</i>	15
<i>selenium sulfide</i>	17	STAMARIL	30
SELZENTRY	61	STELARA	26
SEREVENT DISKUS	37	STEQEYMA	26
<i>sertraline hcl</i>	50	<i>sterile water for irrigation</i>	38
<i>sertraline hydrochloride</i>	50	STIOLTO RESPIMAT	34
<i>sevelamer carbonate</i>	64	STIVARGA	57
<i>sf 5000 plus</i>	14	<i>streptomycin sulfate</i>	41
<i>sharobel</i>	23	STRIBILD	63
SHINGRIX	30		

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
STRIVERDI RESPIMAT	37	<i>taztia xt</i>	6
SUBVENITE	48	TAZVERIK	57
<i>subvenite starter kit/blue</i>	48	TDVAX	30
<i>subvenite starter kit/green</i>	48	TEFLARO	43
<i>subvenite starter kit/orange</i>	48	<i>telmisartan</i>	8
<i>sucralfate</i>	19	<i>telmisartan/amlodipine</i>	7
<i>sulfacetamide sodium</i>	32	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	8
<i>sulfacetamide sodium</i>	45	<i>temazepam</i>	14
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	32	TENIVAC	30
<i>phosphate</i>		<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	64
<i>sulfadiazine</i>	45	TEPMETKO	57
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	45	<i>terazosin hcl</i>	19
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	45	<i>terazosin hydrochloride</i>	19
SULFAMYLON	17	<i>terbinafine hcl</i>	52
<i>sulfasalazine</i>	11	<i>terconazole</i>	52
<i>sulindac</i>	40	<i>teriflunomide</i>	12
<i>sumatriptan</i>	3	<i>teriparatide</i>	11
<i>sumatriptan succinate</i>	3	<i>testosterone</i>	20
<i>sumatriptan succinate refill</i>	3	<i>testosterone cypionate</i>	20
<i>sunitinib malate</i>	57	<i>testosterone enanthate</i>	20
SUNLENCA	61	<i>testosterone pump</i>	20
SYMLINPEN 120	70	TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT	30
SYMLINPEN 60	70	<i>tetrabenazine</i>	14
SYMPAZAN	46	<i>tetracycline hydrochloride</i>	45
SYMTUZA	61	THALOMID	52
SYNAREL	25	<i>theophylline</i>	37
SYNJARDY	70	<i>theophylline er</i>	37
SYNJARDY XR	70	<i>thioridazine hydrochloride</i>	59
SYNTHROID	24	<i>thiothixene</i>	59
TABLOID	53	THYROID	24
TABRECTA	57	<i>tiadylt er</i>	6
<i>tacrolimus</i>	17	<i>tiagabine hydrochloride</i>	46
<i>tacrolimus</i>	29	TIBSOVO	57
<i>tadalafil</i>	19	<i>ticagrelor</i>	68
<i>tadalafil</i>	36	TICOVAC	30
TAFINLAR	57	<i>tigecycline</i>	42
TAGRISO	57	<i>timolol hemihydrate</i>	31
TALZENNA	57	<i>timolol maleate</i>	4
<i>tamoxifen citrate</i>	53	<i>timolol maleate</i>	31
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	19	<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	31
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	22	<i>tinidazole</i>	42
<i>tasimelteon</i>	14	<i>tiopronin dr</i>	19
TAVNEOS	26	TIVICAY	63
<i>tazarotene</i>	15	TIVICAY PD	63
<i>tazicef</i>	43		

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>tizanidine hcl</i>	3	<i>trimipramine maleate</i>	49
<i>tizanidine hydrochloride</i>	3	TRINTELLIX	50
TOBI PODHALER	35	<i>tri-sprintec</i>	22
TOBRADEX ST	32	TRIUMEQ	64
<i>tobramycin</i>	32	TRIUMEQ PD	64
<i>tobramycin sulfate</i>	41	<i>trivora-28</i>	22
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	32	TROPHAMINE	68
<i>tolterodine tartrate</i>	20	<i>trospium chloride</i>	20
<i>tolterodine tartrate er</i>	20	TRULICITY	70
<i>tolvaptan</i>	64	TRUMENBA	30
<i>topiramate</i>	48	TRUQAP	57
<i>toremifene citrate</i>	53	TUKYSA	57
<i>torseamide</i>	10	TURALIO	57
TOUJEO MAX SOLOSTAR	72	<i>turqoz</i>	22
TOUJEO SOLOSTAR	72	TWINRIX	30
TRADJENTA	70	TYBOST	61
<i>tramadol hydrochloride</i>	40	<i>tydemy</i>	22
<i>tramadol hydrochloride er</i>	39	TYENNE	26
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	40	TYPHIM VI	30
<i>trandolapril</i>	10	TYRVAYA	33
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	8	UBRELVY	4
<i>tranexamic acid</i>	68	UDENYCA	69
<i>tranylcyromine sulfate</i>	49	UDENYCA ONBODY	69
TRAVASOL	67	<i>unithroid</i>	24
<i>travoprost</i>	33	<i>ursodiol</i>	18
<i>trazodone hydrochloride</i>	50	<i>ustekinumab</i>	26
TRECTOR	51	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	62
TRELEGY ELLIPTA	35	VALCHLOR	52
TRESIBA	72	<i>valganciclovir</i>	62
TRESIBA FLEXTOUCH	72	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	62
<i>tretinoin</i>	15	<i>valproic acid</i>	48
<i>tretinoin</i>	58	<i>valsartan</i>	8
<i>triamcinolone acetonide</i>	17	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	8
<i>triamcinolone acetonide</i>	24	VALTOCO 10 MG DOSE	46
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	14	VALTOCO 15 MG DOSE	46
<i>triamterene</i>	9	VALTOCO 20 MG DOSE	46
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	8	VALTOCO 5 MG DOSE	46
<i>trientine hydrochloride</i>	64	<i>valtya 1/35</i>	22
<i>trifluoperazine hcl</i>	59	<i>valtya 1/50</i>	22
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	59	<i>vancomycin</i>	42
<i>trifluridine</i>	32	<i>vancomycin hcl</i>	42
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	4	<i>vancomycin hydrochloride</i>	42
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	4	VANFLYTA	57
TRIKAFTA	35	VAQTA	30
<i>trimethoprim</i>	42	<i>varenicline starting month</i>	33

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>varenicline tartrate</i>	33	VYZULTA	33
VARIVAX	30	<i>warfarin sodium</i>	69
VAXCHORA	30	WELIREG	73
<i>velivet</i>	22	WINREVAIR	36
VELPHORO	65	<i>wixela inhub</i>	35
VEMLIDY	64	WYOST	11
VENCLEXTA	57	XALKORI	58
VENCLEXTA STARTING PACK	57	XARAH FE	22
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	50	XARELTO	69
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	50	XARELTO STARTER PACK	69
VENTAVIS	36	XATMEP	29
VEOZAH	14	XCOPRI	47
<i>verapamil hcl</i>	6	XDEMVI	32
<i>verapamil hcl er</i>	6	XELJANZ	26
<i>verapamil hcl sr</i>	6	XELJANZ XR	26
<i>verapamil hydrochloride</i>	6	<i>xelria fe</i>	22
<i>verapamil hydrochloride er</i>	6	XERMELO	17
<i>verapamil hydrochloride sr</i>	6	XIFAXAN	18
VERQUVO	10	XIGDUO XR	70
VERSACLOZ	59	XIIDRA	32
VERZENIO	57	XOFLUZA	62
<i>vigabatrin</i>	46	XOLAIR	26
VIGAFYDE	46	XOSPATA	58
<i>vigpoder</i>	46	XPOVIO	58
<i>vilazodone hydrochloride</i>	50	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	58
VIMKUNYA	30	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	58
<i>viorele</i>	22	XTANDI	52
VIRACEPT	61	<i>xulane</i>	22
VIREAD	64	YERVOY	52
VITRAKVI	57	YESINTEK	26
VIVITROL	34	YF-VAX	30
VIVOTIF	30	YONSA	52
VIZIMPRO	57	<i>yuvafem</i>	22
VONJO	54	<i>zafemy</i>	23
VOQUEZNA	18	<i>zafirlukast</i>	37
VOQUEZNA DUAL PAK	42	<i>zaleplon</i>	14
VOQUEZNA TRIPLE PAK	42	ZARXIO	69
VORANIGO	54	ZEJULA	58
<i>voriconazole</i>	52	ZELBORAF	58
VOSEVI	62	<i>zelvysia</i>	73
VOWST	18	ZENATANE	15
VRAYLAR	60	ZENPEP	73
VUMERITY	12	ZEPOSIA	12
<i>vyfemla</i>	22	ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	12
VYNDAMAX	8	<i>zidovudine</i>	64

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página
<i>ziprasidone hcl</i>	60
<i>ziprasidone mesylate</i>	61
ZIRGAN	32
<i>zoledronic acid</i>	12
ZOLINZA	54
<i>zolpidem tartrate</i>	14
ZONISADE	47
<i>zonisamide</i>	47
ZOSYN	44
<i>zovia 1/35</i>	23
ZTALMY	46
ZURZUVAE	48
ZYDELIG	58
ZYKADIA	58
ZYPREXA RELPREVV	61

ID de formulario: 26452, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2026
 Última actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Aviso sobre la disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares

English ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) or speak to your provider.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala Português, estão disponíveis para si serviços gratuitos de assistência linguística. Estão também disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY - Dispositivo das telecomunicações para surdos: 711) ou fale com o seu prestador.

中文 (Simplified Chinese) 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (文本电话: 711) 或咨询您的服务提供商。

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

Việt (Vietnamese) LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

(Arabic) العربية تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 711 (1-800-701-9000) (PPO) 1-866-623-0172 (HMO) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

ភាសាខ្មែរ (Khmer) សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliares appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

Italiano (Italian) ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.

한국어 (Korean) 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

POLSKI (Polish) UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

हिंदी (Hindi) न दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

ગુજરાતી (Gujarati) ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓક્ઝિલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.



Este formulario se actualizó el 04/01/2026. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred HMO al **1-800-701-9000** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o visite **www.thpmp.org**.



1 Wellness Way
Canton, MA 02021

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad ni sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-670-5934 (TTY:711).