



a Point32Health company

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

Planes de Tufts Medicare Preferred PPO

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

26452 Versión 6

Este formulario se actualizó el 10/01/2025. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred PPO Rx al **1-866-623-0172** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a 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.

Tufts Medicare Preferred PPO Rx

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 PPO Rx.

Este documento incluye la Lista de Medicamentos (formulario) para nuestro plan que estará vigente a partir del 10/01/2025. 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 PPO Rx?

En este documento, usamos los términos Lista de Medicamentos y formulario para denotar lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Tufts Medicare Preferred PPO Rx 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 PPO Rx cubrirá los medicamentos indicados en nuestro formulario siempre y cuando el medicamento sea médicalemente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de Tufts Medicare Preferred PPO Rx 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:

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 daremos 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 PPO Rx?*”.

Es posible que desconozca algunos de estos tipos de medicamento. 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 un 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 a continuación, llamada “*¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred PPO Rx?*”.

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 afectarán y es importante revisar el formulario del nuevo año de beneficios para ver los cambios que podrían haber sufrido los medicamentos.

El formulario adjunto estará vigente a partir del 10/01/2025. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Tufts Medicare Preferred PPO Rx, 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 72. El índice muestra 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 PPO Rx cubre tanto los medicamentos de marca como los 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 habitualmente cuestan menos. Hay sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos normalmente 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 PPO Rx exige que usted o su prescriptor obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener aprobación de Tufts Medicare Preferred PPO Rx antes de que usted pueda surtir sus recetas. Si no consigue esa aprobación, es posible que Tufts Medicare Preferred PPO Rx no cubra los medicamentos.

- **Límites de cantidad:** en el caso de ciertos medicamentos, Tufts Medicare Preferred PPO Rx restringe la cantidad del medicamento que cubrirá Tufts Medicare Preferred PPO Rx. Por ejemplo, Tufts Medicare Preferred PPO Rx proporciona 30 tabletas 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 PPO Rx exige que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su condición médica, es posible que Tufts Medicare Preferred PPO Rx 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 PPO Rx 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 envíemos 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 PPO Rx que haga una excepción a estas restricciones o límites o pedir una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su condición de salud. Consulte la sección “*¿Cómo solicito una excepción al formulario de Tufts Medicare Preferred PPO Rx?*” en la página V 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 PPO Rx no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que sí cubre Tufts Medicare Preferred PPO Rx. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Tufts Medicare Preferred PPO Rx.
- Puede solicitar a Tufts Medicare Preferred PPO Rx 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 PPO Rx?

Puede solicitar a Tufts Medicare Preferred PPO Rx 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 entreguemos el medicamento en un nivel más bajo.
- Puede pedirnos que hagamos 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 PPO Rx 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 cubrir 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 PPO Rx 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 PPO Rx para solicitar una renovación temporal de la receta.

Para obtener más información

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

Si tiene preguntas sobre Tufts Medicare Preferred PPO Rx, 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 PPO Rx

El formulario que comienza en la página 3 proporciona información sobre los medicamentos cubiertos por Tufts Medicare Preferred PPO Rx. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, diríjase al índice que comienza en la página 72.

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 PPO Rx 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.

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

Debido a posibles inquietudes sobre la seguridad y uso, Tufts Medicare Preferred PPO Rx 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 PPO Rx que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Consulte la sección “*¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred PPO Rx?*” en la página V 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 PPO Rx al **1-866-623-0172** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a 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.

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 PPO Rx 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 PPO Rx que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Consulte la sección “*¿Cómo solicito una excepción al formulario de Tufts Medicare Preferred PPO Rx?*” en la página V 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. Esta limitación también puede aplicarse a ciertos medicamentos que no están en el formulario, como Vyndamax y Attruby.

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 24 horas al día, 7 días a 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:

- 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. Entre algunos medicamentos orales contra el cáncer cubiertos por Part B se incluyen los siguientes:

- Tabletas de Alkeran
- Tabletas de capecitabina
- Cápsulas de etopósido
- Cápsulas de Hycamtin
- Tabletas de melfalán
- Tabletas de Myleran
- Cápsulas de temozolomide

Beneficios de medicamentos recetados: Deducible (para los medicamentos recetados de Part D)	Tufts Medicare Preferred PPO Rx		
	\$615 por año para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.		
Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Medicare Preferred PPO Rx		
Nota: Los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 incluyen una cobertura mejorada de medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil (ED, por sus siglas en inglés).	Después de pagar su deducible anual de \$615 para los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, usted paga los copagos de Nivel 3, Nivel 4 o Nivel 5 siguientes 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.		
Costos compartidos en farmacia: farmacia preferida			
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$2	\$4	\$6
Nivel 3 (Marca preferida)	20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$105)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	25% del costo (insulina: \$35)	25% del costo (insulina: \$70)	25% del costo (insulina: \$105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	25% del costo	N/C	N/C
Nivel 6 (Vacunas)	\$0	N/C	N/C
Costos compartidos en farmacia: farmacia no preferida			
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$5	\$10	\$15
Nivel 2 (Genérico)	\$12	\$24	\$36
Nivel 3 (Marca preferida)	20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$105)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	25% del costo (insulina: \$35)	25% del costo (insulina: \$70)	25% del costo (insulina: \$105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	25% del costo	N/C	N/C
Nivel 6 (Vacunas)	\$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
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$2	\$4	\$4
Nivel 3 (Marca preferida)	20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$70)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	25% del costo (insulina: \$35)	25% del costo (insulina: \$70)	25% del costo (insulina: \$70)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	25% del costo	N/C	N/C
Nivel 6 (Vacunas)	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.			

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura catastrófica	Tufts Medicare Preferred PPO Rx
	<p>Después de que sus desembolsos anuales para medicamentos (entre los que se incluyen los medicamentos adquiridos en su farmacia minorista 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.</p>

Tabla de contenidos

Agentes antidepresivos.....	3
Agentes antiespásticos.....	3
Agentes antijaquecosos	3
Agentes antimastéticos.....	4
Agentes antiparkinsonianos	4
Agentes cardiovasculares	5
Agentes de antigout	10
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal	10
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas	10
Agentes del sistema nervioso central	11
Agentes del trastorno del sueño	13
Agentes dentales y orales	13
Agentes dermatológicos	14
Agentes gastrointestinales	16
Agentes genitourinarios.....	18
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis).....	19
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)	19
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)	22
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)	23
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides).....	23
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria).....	23
Agentes inmunológicos	24
Agentes oftálmicos	30
Agentes para la bipolaridad.....	32
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción	32
Agentes para vías respiratorias/pulmonares.....	33
Agentes Terapéuticos, Misceláneos	36
Agentes óticos.....	37
Analgésicos	37
Anestésicos.....	39
Ansiolíticos	39
Antibacterianos	40
Anticonvulsivos	44
Antidepresivos	46
Antidepressants.....	47
Antieméticos	48
Antimicobacterianos.....	48
Antimicóticos	48
Antineoplásicos.....	49
Antiparasitarios	57
Antipsicóticos	57
Antivírico	59

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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	63
Productos y modificadores sanguíneos	66
Reguladores de la glucemia	67
Relajantes musculares esqueléticos	70
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento	70

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026
Última actualización: 10/01/2025

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		
Agentes antidemencia, otros		
memantine/donepezil hydrochloride er cp24 10mg; 14mg, 10mg; 21mg, 10mg; 28mg	3	
NAMZARIC C4PK 10MG; 0	3	
NAMZARIC CP24 10MG; 7MG	3	
Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspártico (NMDA)		
memantine hcl titration pak tabs 0	2	
memantine hydrochloride er cp24 14mg, 21mg, 28mg, 7mg	3	
memantine hydrochloride soln 2mg/ml	3	
memantine hydrochloride tabs 10mg, 5mg	2	
Inhibidores de la colinesterasa		
donepezil hcl tabs 10mg	2	
donepezil hcl tabs 23mg	3	
donepezil hcl tbdp 10mg, 5mg	3	
donepezil hydrochloride tabs 5mg	2	
galantamine hydrobromide er cp24 16mg, 24mg, 8mg	3	
galantamine hydrobromide soln 4mg/ml	4	
galantamine hydrobromide tabs 12mg, 4mg, 8mg	3	
rivastigmine tartrate caps 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	3	
rivastigmine transdermal system pt24 13.3mg/24hr, 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr	4	
Agentes antiespásticos		
Agentes antiespásticos		
baclofen tabs 10mg, 20mg, 5mg	2	
dantrolene sodium caps 100mg, 25mg, 50mg	4	
tizanidine hcl tabs 2mg	2	
tizanidine hydrochloride tabs 4mg	2	
Agentes antijaquecosos		
Agonista de receptores de serotonina (5-HT)		
naratriptan hcl tabs 1mg, 2.5mg	2	
rizatriptan benzoate odt tbdp 10mg, 5mg	2	
rizatriptan benzoate tabs 10mg, 5mg	2	
sumatriptan succinate refill inj 6mg/0.5ml	3	
sumatriptan succinate inj 6mg/0.5ml	3	
sumatriptan succinate inj 4mg/0.5ml, 6mg/0.5ml	4	
sumatriptan succinate tabs 100mg, 25mg, 50mg	2	
sumatriptan soln 20mg/act, 5mg/act	4	
Alcaloides del cornezuelo		
dihydroergotamine mesylate soln 4mg/ml	5	QL(8 ML por 30 días); NEDS
ergotamine tartrate/caffeine tabs 100mg; 1mg	3	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>Antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene)</i>		
AIMOVIG INJ 140MG/ML, 70MG/ML	3	QL(1 ML por 30 días); PA
EMGALITY INJ 120MG/ML	3	QL(2 ML por 30 días); PA
EMGALITY INJ 100MG/ML	3	QL(3 ML por 30 días); PA
NURTEC TBDP 75MG	4	PA
QULIPTA TABS 10MG, 30MG, 60MG	4	PA
UBRELVY TABS 100MG, 50MG	4	PA
<i>Profiláctico</i>		
<i>timolol maleate tabs 10mg, 5mg</i>	3	
<i>timolol maleate tabs 20mg</i>	4	
Agentes antimastiéticos		
<i>Parasimpaticomiméticos</i>		
<i>pyridostigmine bromide er tbcr 180mg</i>	4	
<i>pyridostigmine bromide tabs 60mg</i>	3	
Agentes antiparkinsonianos		
<i>Agentes antiparkinsonianos, otros</i>		
<i>carbidopa/levodopa/entacapone tabs 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 tabs 200mg</i>	3	
<i>Agonistas de la dopamina</i>		
<i>bromocriptine mesylate caps 5mg</i>	4	
<i>bromocriptine mesylate tabs 2.5mg</i>	4	
<i>pramipexole dihydrochloride tabs 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg</i>	2	
<i>ropinirole er tb24 12mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg</i>	4	
<i>ropinirole hcl tabs 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	2	
<i>ropinirole hydrochloride tabs 0.25mg, 3mg</i>	2	
<i>Anticolinérgicos</i>		
<i>benztropine mesylate tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hcl soln 0.4mg/ml</i>	3	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride tabs 2mg, 5mg</i>	2	
<i>Inhibidores de la monoaminooxidasa B (MAO-B)</i>		
<i>rasagiline mesylate tabs 0.5mg, 1mg</i>	4	
<i>selegiline hcl caps 5mg</i>	3	
<i>selegiline hcl tabs 5mg</i>	4	
<i>Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos</i>		
<i>carbidopa/levodopa er tbcr 25mg; 100mg</i>	3	
<i>carbidopa/levodopa er tbcr 50mg; 200mg</i>	4	
<i>carbidopa/levodopa odt tbdp 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg</i>	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>carbidopa/levodopa tabs 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg</i>	2	
<i>carbidopa tabs 25mg</i>	4	
Agentes cardiovasculares		
Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa		
<i>prazosin hydrochloride caps 1mg, 2mg, 5mg</i>	2	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		
<i>acebutolol hydrochloride caps 200mg, 400mg</i>	3	
<i>atenolol tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate tabs 10mg, 5mg</i>	3	
<i>carvedilol tabs 12.5mg, 25mg, 3.125mg, 6.25mg</i>	1	
<i>labetalol hydrochloride tabs 100mg, 200mg, 300mg</i>	3	
<i>metoprolol succinate er tb24 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>metoprolol tartrate tabs 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tabs 75mg</i>	3	
<i>nadolol tabs 20mg, 40mg, 80mg</i>	2	
<i>nebivolol hydrochloride tabs 10mg, 2.5mg, 20mg, 5mg</i>	3	
<i>pindolol tabs 10mg, 5mg</i>	4	
<i>propranolol hcl soln 40mg/5ml</i>	3	
<i>propranolol hcl tabs 40mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride er cp24 120mg, 160mg, 60mg, 80mg</i>	3	
<i>propranolol hydrochloride soln 20mg/5ml</i>	3	
<i>propranolol hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	2	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>felodipine er tb24 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	2	
<i>nifedipine er tb24 30mg, 60mg, 90mg</i>	3	
<i>nimodipine caps 30mg</i>	4	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
<i>cartia xt cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	3	
<i>dilt-xr cp24 120mg, 180mg, 240mg</i>	3	
<i>diltiazem hcl cd cp24 360mg</i>	3	
<i>diltiazem hcl er cp12 120mg, 60mg, 90mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	3	
<i>diltiazem hcl er tb24 300mg, 360mg, 420mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl tabs 30mg, 60mg</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	3	
<i>diltiazem hydrochloride er tb24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	4	
<i>diltiazem hydrochloride tabs 120mg, 90mg</i>	2	
<i>matzim la tb24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	4	
<i>taztia xt cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	3	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>tiadylt er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	3	
<i>verapamil hcl er cp24 100mg, 300mg</i>	4	
<i>verapamil hcl er tbcr 120mg</i>	2	
<i>verapamil hcl sr cp24 120mg, 180mg, 240mg, 360mg</i>	4	
<i>verapamil hcl tabs 40mg, 80mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride er cp24 100mg, 200mg, 300mg</i>	4	
<i>verapamil hydrochloride er tbcr 180mg, 240mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride tabs 120mg</i>	2	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>aliskiren tabs 150mg, 300mg</i>	1	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide tabs 5mg; 50mg</i>	2	
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium tabs 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 caps 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 2.5mg; 10mg, 5mg; 10mg, 5mg; 20mg, 5mg; 40mg</i>	1	
<i>amlodipine besylate/valsartan tabs 10mg; 160mg, 10mg; 320mg, 5mg; 160mg, 5mg; 320mg</i>	1	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil tabs 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 5mg; 20mg, 5mg; 40mg</i>	1	
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg; 160mg, 10mg; 25mg; 160mg, 5mg; 12.5mg; 160mg, 5mg; 25mg; 160mg</i>	1	
<i>atenolol/chlorthalidone tabs 100mg; 25mg, 50mg; 25mg</i>	3	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg, 20mg; 12.5mg, 20mg; 25mg, 5mg; 6.25mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 6.25mg, 2.5mg; 6.25mg, 5mg; 6.25mg</i>	3	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tabs 16mg; 12.5mg, 32mg; 12.5mg, 32mg; 25mg</i>	1	
CORLANOR SOLN 5MG/5ML	4	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 25mg, 5mg; 12.5mg</i>	1	
ENTRESTO CPSP 15MG; 16MG, 6MG; 6MG	3	
ENTRESTO TABS 24MG; 26MG, 49MG; 51MG, 97MG; 103MG	3	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg, 20mg; 12.5mg</i>	3	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 150mg, 12.5mg; 300mg</i>	1	
<i>ivabradine hydrochloride tabs 5mg, 7.5mg</i>	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>lisinopril/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 10mg, 12.5mg; 20mg, 25mg; 20mg</i>	1	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 100mg, 12.5mg; 50mg, 25mg; 100mg</i>	1	
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide tabs 25mg; 100mg, 25mg; 50mg, 50mg; 100mg</i>	3	
<i>metyrosine caps 250mg</i>	5	NEDS
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg; 40mg, 10mg; 25mg; 40mg, 5mg; 12.5mg; 20mg, 5mg; 12.5mg; 40mg, 5mg; 25mg; 40mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 20mg, 12.5mg; 40mg, 25mg; 40mg</i>	1	
<i>pentoxifylline er tbcr 400mg</i>	4	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 10mg, 12.5mg; 20mg, 25mg; 20mg</i>	1	
<i>ranolazine er tb12 1000mg, 500mg</i>	3	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide tabs 25mg; 25mg</i>	2	
<i>telmisartan/amlodipine tabs 10mg; 40mg, 10mg; 80mg, 5mg; 40mg, 5mg; 80mg</i>	1	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 40mg, 12.5mg; 80mg, 25mg; 80mg</i>	1	
<i>trandolapril/verapamil hcl er tbcr 1mg; 240mg, 2mg; 180mg, 2mg; 240mg, 4mg; 240mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide caps 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tabs 25mg; 37.5mg, 50mg; 75mg</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 160mg, 12.5mg; 320mg, 12.5mg; 80mg, 25mg; 160mg, 25mg; 320mg</i>	1	
Agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine hydrochloride tabs 0.1mg, 0.2mg, 0.3mg</i>	1	
<i>clonidine ptwk 0.1mg/24hr, 0.2mg/24hr, 0.3mg/24hr</i>	4	
<i>droxidopa caps 100mg</i>	4	PA
<i>droxidopa caps 200mg, 300mg</i>	5	PA; NEDS
<i>midodrine hydrochloride tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	3	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil tabs 16mg, 32mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>irbesartan tabs 150mg, 300mg, 75mg</i>	1	
<i>losartan potassium tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil tabs 20mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>telmisartan tabs 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>valsartan tabs 160mg, 320mg, 40mg, 80mg</i>	1	
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides		
<i>eplerenone tabs 25mg, 50mg</i>	3	
<i>KERENDIA TABS 10MG, 20MG, 40MG</i>	3	PA

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>spironolactone tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hydrochloride tabs 200mg</i>	2	
<i>amiodarone hydrochloride tabs 100mg, 400mg</i>	3	
<i>digoxin inj 0.25mg/ml</i>	2	
<i>digoxin oral soln 0.05mg/ml</i>	2	
<i>digoxin tabs 125mcg, 250mcg</i>	2	
<i>dofetilide caps 125mcg, 250mcg, 500mcg</i>	3	
<i>flecainide acetate tabs 100mg, 150mg, 50mg</i>	2	
<i>mexiletine hydrochloride caps 150mg, 200mg, 250mg</i>	3	
<i>MULTAQ TABS 400MG</i>	3	
<i>propafenone hcl tabs 150mg, 225mg, 300mg</i>	3	
<i>propafenone hydrochloride er cp12 225mg, 325mg, 425mg</i>	4	
<i>propafenone hydrochloride tabs 225mg, 300mg</i>	3	
<i>quinidine sulfate tabs 200mg, 300mg</i>	4	
<i>sotalol hcl tabs 120mg, 160mg, 240mg</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride (af) tabs 120mg, 160mg, 80mg</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride tabs 80mg</i>	2	
Dislipidémicos, derivados del ácido fíbrico		
<i>fenofibrate micronized caps 134mg, 200mg, 67mg</i>	3	
<i>fenofibrate caps 130mg, 43mg</i>	3	
<i>fenofibrate caps 50mg</i>	4	
<i>fenofibrate tabs 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	2	
<i>fenofibric acid dr cpdr 135mg, 45mg</i>	3	
<i>gemfibrozil tabs 600mg</i>	3	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium tabs 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>fluvastatin sodium er tb24 80mg</i>	1	
<i>fluvastatin caps 20mg, 40mg</i>	1	
<i>lovastatin tabs 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>pitavastatin calcium tabs 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
<i>pravastatin sodium tabs 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>rosuvastatin calcium tabs 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>simvastatin tabs 10mg, 20mg, 40mg, 5mg, 80mg</i>	1	
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light pack 4gm</i>	4	
<i>cholestyramine light powd 4gm/dose</i>	3	
<i>cholestyramine pack 4gm</i>	4	
<i>cholestyramine powd 4gm/dose</i>	3	
<i>colestipol hydrochloride gran 5gm</i>	4	
<i>colestipol hydrochloride pack 5gm</i>	4	
<i>colestipol hydrochloride tabs 1gm</i>	4	
<i>ezetimibe/simvastatin tabs 10mg; 10mg, 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 10mg; 80mg</i>	1	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>ezetimibe tabs 10mg</i>	2	
<i>icosapent ethyl caps 0.5gm, 1gm</i>	4	
NEXLETOL TABS 180MG	3	PA
NEXLIZET TABS 180MG; 10MG	3	PA
<i>niacin er tbcr 1000mg, 500mg, 750mg</i>	4	
<i>omega-3-acid ethyl esters caps 375mg; 465mg; 1gm</i>	3	
PRALUENT INJ 150MG/ML, 75MG/ML	3	PA
<i>prevalite pack 4gm</i>	4	
<i>prevalite powd 4gm/dose</i>	3	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM INJ 420MG/3.5ML	3	PA
REPATHA SURECLICK INJ 140MG/ML	3	PA
REPATHA INJ 140MG/ML	3	PA
Diuréticos, ahorrador de potasio		
<i>amiloride hcl tabs 5mg</i>	2	
<i>triamterene caps 100mg, 50mg</i>	4	
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide inj 0.25mg/ml</i>	2	
<i>bumetanide tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	3	
<i>ethacrynic acid tabs 25mg</i>	4	
<i>furosemide inj 10mg/ml</i>	4	
<i>furosemide oral soln 10mg/ml, 40mg/5ml</i>	2	
<i>furosemide tabs 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>torsemide tabs 100mg, 10mg, 20mg, 5mg</i>	3	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide caps 12.5mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide tabs 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>indapamide tabs 1.25mg, 2.5mg</i>	2	
<i>metolazone tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	2	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
<i>benazepril hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>captopril tabs 100mg, 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>enalapril maleate tabs 10mg, 2.5mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium tabs 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>lisinopril tabs 10mg, 2.5mg, 20mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>moexipril hydrochloride tabs 15mg, 7.5mg</i>	1	
<i>perindopril erbumine tabs 2mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>quinapril hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>ramipril caps 1.25mg, 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>trandolapril tabs 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT		
<i>dapagliflozin propanediol tabs 10mg, 5mg</i>	3	
FARXIGA TABS 10MG, 5MG	3	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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
JARDIANCE TABS 10MG, 25MG	3	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso		
isosorbide dinitrate tabs 10mg, 20mg, 30mg, 5mg	3	
isosorbide dinitrate tabs 40mg	4	
isosorbide mononitrate er tb24 120mg, 30mg, 60mg	2	
isosorbide mononitrate tabs 10mg, 20mg	2	
nitroglycerin transdermal pt24 0.1mg/hr, 0.2mg/hr, 0.4mg/hr, 0.6mg/hr	3	
nitroglycerin soln 0.4mg/spray	4	
nitroglycerin subl 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg	2	
VERQUVO TABS 10MG, 2.5MG, 5MG	4	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial		
hydralazine hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg	2	
minoxidil tabs 10mg, 2.5mg	2	
Agentes de antigout		
Agentes de antigout		
allopurinol tabs 100mg, 300mg	2	
colchicine tabs 0.6mg	3	
probenecid/colchicine tabs 0.5mg; 500mg	3	
probenecid tabs 500mg	3	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
Aminosalicilatos		
balsalazide disodium caps 750mg	4	
mesalamine dr cpdr 400mg	4	
mesalamine dr tbec 1.2gm, 800mg	4	
mesalamine er cp24 0.375gm	4	
mesalamine er cpcr 500mg	4	
mesalamine enem 4gm	4	
mesalamine kit 4gm	4	
mesalamine supp 1000mg	4	
sulfasalazine tabs 500mg	2	
sulfasalazine tbec 500mg	2	
Glucocorticoides		
budesonide er tb24 9mg	5	NEDS
budesonide cpep 3mg	4	
CORTIFOAM FOAM 10%	4	
hydrocortisone crea 1%, 2.5%	2	
hydrocortisone enem 100mg/60ml	4	
procto-med hc crea 2.5%	2	
proctosol hc crea 2.5%	2	
proctozone-hc crea 2.5%	2	
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
alendronate sodium soln 70mg/75ml	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>alendronate sodium tabs 10mg, 35mg, 70mg</i>	1	
BONSITY INJ 560MCG/2.24ML	5	PA; NEDS
<i>calcitonin salmon inj 200unit/ml</i>	4	
<i>calcitonin-salmon soln 200unit/act</i>	3	
<i>calcitriol caps 0.25mcg, 0.5mcg</i>	2	
<i>calcitriol soln 1mcg/ml</i>	4	
<i>cinacalcet hydrochloride tabs 30mg, 60mg, 90mg</i>	4	
JUBBONTI INJ 60MG/ML	4	PA
<i>paricalcitol caps 1mcg, 2mcg, 4mcg</i>	4	
RAYALDEE CPCR 30MCG	5	NEDS
<i>risedronate sodium dr tbec 35mg</i>	4	
<i>risedronate sodium tabs 150mg, 30mg, 35mg, 5mg</i>	3	
<i>teriparatide inj 560mcg/2.24ml</i>	5	PA; NEDS
WYOST INJ 120MG/1.7ML	5	PA; NEDS
<i>zoledronic acid inj 4mg/100ml, 4mg/5ml, 5mg/100ml</i>	2	
Agentes del sistema nervioso central		
<i>Agentes de esclerosis múltiple</i>		
AVONEX PEN INJ 30MCG/0.5ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
AVONEX INJ 30MCG/0.5ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
BETASERON INJ 0.3MG	5	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>dalfampridine er tb12 10mg</i>	3	SP-Optum Specialty
<i>dimethyl fumarate cpdr 120mg, 240mg</i>	4	SP-Optum Specialty
<i>fingolimod hydrochloride caps 0.5mg</i>	5	NEDS
<i>glatiramer acetate inj 40mg/ml</i>	5	QL(12 ML por 28 días); NEDS
<i>glatiramer acetate inj 20mg/ml</i>	5	QL(30 ML por 30 días); NEDS
KESIMPTA INJ 20MG/0.4ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PLEGRIDY STARTER PACK INJ 0	5	NEDS; SP-Optum Specialty
PLEGRIDY INJ 125MCG/0.5ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK INJ 0	5	ST; NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF REBIDOSE INJ 22MCG/0.5ML, 44MCG/0.5ML	5	ST; NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF TITRATION PACK INJ 0	5	ST; NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF INJ 22MCG/0.5ML, 44MCG/0.5ML	5	ST; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>teriflunomide tabs 14mg, 7mg</i>	4	
VUMERITY CPDR 231MG	5	NEDS; SP-Optum Specialty
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK CPPK 0	5	NEDS
ZEPOSIA CAPS 0.92MG	5	NEDS
Agentes de fibromialgia		
SAVELLA TITRATION PACK MISC 0	3	
SAVELLA TABS 100MG, 12.5MG, 25MG, 50MG	3	
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
<i>amphetamine/dextroamphetamine cp24 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, 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	3	
<i>amphetamine/dextroamphetamine tabs 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 cp24 10mg, 15mg, 5mg</i>	4	
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	4	
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
<i>atomoxetine hydrochloride caps 10mg, 25mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 100mg, 80mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 10mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonidine hydrochloride er tb12 0.1mg</i>	3	
<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 20mg, 35mg</i>	4	
<i>dexmethylphenidate hcl tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 15mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	4	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride cp24 25mg</i>	4	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tabs 2.5mg</i>	2	
<i>guanfacine hydrochloride er tb24 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	3	QL(90 EA por 90 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er (cd) cpcr 10mg, 20mg, 30mg, 40mg, 50mg, 60mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er (la) cp24 10mg, 20mg, 30mg, 40mg, 60mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm) tbcr 18mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er tb24 18mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er tbcr 10mg, 20mg</i>	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>methylphenidate hydrochloride chew 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride soln 10mg/5ml, 5mg/5ml</i>	3	
<i>methylphenidate hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
Sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TEPK 12MG; 18MG; 24MG; 30MG	5	QL(56 EA por 365 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TEPK 6MG; 12MG; 24 MG	5	QL(84 EA por 365 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 6MG	5	QL(210 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 18MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 24MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 12MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO TABS 12MG, 6MG, 9MG	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
COBENFY STARTER PACK CPPK 20MG; 0	5	QL(112 EA por 365 días); PA NSO; NEDS
COBENFY CAPS 20MG; 100MG, 20MG; 50MG, 30MG; 125MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
NUEDEXTA CAPS 20MG; 10MG	5	PA; NEDS
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP 105MG/5ML	5	PA; NEDS
RADICAVA ORS SUSP 105MG/5ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>riluzole tabs 50mg</i>	4	
<i>tetrabenazine tabs 12.5mg, 25mg</i>	4	PA; SP-Optum Specialty
VEOZAH TABS 45MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
Agentes del trastorno del sueño		
Agentes estimulantes de insomnio		
<i>armodafinil tabs 150mg, 200mg, 250mg, 50mg</i>	3	PA
<i>modafinil tabs 100mg, 200mg</i>	2	PA
<i>sodium oxybate soln 500mg/ml</i>	5	PA; NEDS
Agentes somníferos		
<i>BELSOMRA TABS 10MG, 15MG, 20MG, 5MG</i>	3	
<i>eszopiclone tabs 1mg, 2mg, 3mg</i>	2	
<i>ramelteon tabs 8mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>tasimelteon caps 20mg</i>	5	PA; NEDS
<i>temazepam caps 15mg, 30mg, 7.5mg</i>	2	
<i>zaleplon caps 10mg, 5mg</i>	2	
<i>zolpidem tartrate tabs 10mg, 5mg</i>	2	
Agentes dentales y orales		

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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 dentales y orales		
<i>cevimeline hydrochloride caps 30mg</i>	4	
<i>chlorhexidine gluconate soln 0.12%</i>	1	
<i>kourzeq pste 0.1%</i>	3	
<i>lidocaine hydrochloride viscous soln 2%</i>	2	
<i>lidocaine viscous soln 2%</i>	2	
<i>oralone dental paste pste 0.1%</i>	3	
<i>periogard soln 0.12%</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride tabs 5mg, 7.5mg</i>	4	
<i>sf 5000 plus crea 1.1%</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 plus crea 1.1%</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 ppm crea 1.1%</i>	2	
<i>sodium fluoride crea 1.1%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide dental paste pste 0.1%</i>	3	
Agentes dermatológicos		
Agentes dermatológicos, otros		
<i>calcipotriene crea 0.005%</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene oint 0.005%</i>	4	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene soln 0.005%</i>	4	QL(120 ML por 30 días)
<i>calcitriol oint 3mcg/gm</i>	4	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate crea 0.05%; 1%</i>	2	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate lotn 0.05%; 1%</i>	4	
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	3	QL(200 GM por 30 días)
<i>fluorouracil crea 5%</i>	3	
<i>fluorouracil soln 2%, 5%</i>	4	
<i>imiquimod crea 5%</i>	2	
<i>imiquimod crea 3.75%</i>	4	
<i>nystatin/triamcinolone acetonide oint 100000unit/gm; 0.1%</i>	2	
<i>nystatin/triamcinolone crea 100000unit/gm; 1mg/gm</i>	2	
<i>nystatin/triamcinolone oint 100000unit/gm; 0.1%</i>	2	
<i>OTEZLA TABS 20MG, 30MG</i>	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>podofilox gel 0.5%</i>	4	
<i>podofilox soln 0.5%</i>	4	
<i>SANTYL OINT 250UNIT/GM</i>	4	
<i>silver sulfadiazine crea 1%</i>	2	
<i>ssd crea 1%</i>	2	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
<i>accutane caps 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>acitretin caps 10mg, 17.5mg, 25mg</i>	4	
<i>adapalene gel 0.1%, 0.3%</i>	4	PA
<i>amnesteem caps 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>azelaic acid gel 15%</i>	4	
<i>claravis caps 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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/benzoyl peroxide gel 2.5%; 1.2%, 5%; 1.2%</i>	4	
<i>clindamycin/benzoyl peroxide gel 5%; 1%</i>	4	
<i>isotretinoin caps 10mg, 20mg, 25mg, 30mg, 35mg, 40mg</i>	4	
<i>metronidazole crea 0.75%</i>	2	
<i>metronidazole gel 0.75%, 1%</i>	4	
<i>metronidazole lotn 0.75%</i>	4	
<i>tazarotene crea 0.1%</i>	3	PA
<i>tazarotene crea 0.05%</i>	4	PA
<i>tazarotene gel 0.05%, 0.1%</i>	4	PA
<i>tretinoiin crea 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	3	PA
ZENATANE CAPS 10MG, 20MG, 30MG, 40MG	4	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
<i>ammonium lactate crea 12%</i>	2	
<i>ammonium lactate lotn 12%</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented crea 0.05%</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented gel 0.05%</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate augmented lotn 0.05%</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented oint 0.05%</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate crea 0.05%</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate lotn 0.05%</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate oint 0.05%</i>	4	
<i>betamethasone valerate crea 0.1%</i>	3	
<i>betamethasone valerate lotn 0.1%</i>	3	
<i>betamethasone valerate oint 0.1%</i>	3	
<i>clobetasol propionate e crea 0.05%</i>	4	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate crea 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 oint 0.05%</i>	2	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate sham 0.05%</i>	3	QL(236 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate soln 0.05%</i>	3	QL(200 ML por 30 días)
<i>clodan sham 0.05%</i>	3	QL(236 ML por 30 días)
<i>desonide crea 0.05%</i>	3	
<i>desonide oint 0.05%</i>	3	
<i>desoximetasone crea 0.05%, 0.25%</i>	4	
EUCRISA OINT 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 crea 0.01%, 0.025%</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide oint 0.025%</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide soln 0.01%</i>	2	
<i>fluocinonide emulsified base crea 0.05%</i>	4	
<i>fluocinonide crea 0.05%</i>	3	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>fluocinonide crea 0.1%</i>	4	
<i>fluocinonide gel 0.05%</i>	3	
<i>fluocinonide oint 0.05%</i>	3	
<i>fluocinonide soln 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone propionate crea 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone propionate oint 0.005%</i>	3	
<i>halobetasol propionate crea 0.05%</i>	4	
<i>halobetasol propionate oint 0.05%</i>	4	
<i>hydrocortisone valerate crea 0.2%</i>	3	
<i>hydrocortisone valerate oint 0.2%</i>	4	
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone lotn 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone oint 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone oint 1%</i>	2	
<i>mometasone furoate crea 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate oint 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate soln 0.1%</i>	3	
<i>pimecrolimus crea 1%</i>	4	
<i>selenium sulfide lotn 2.5%</i>	2	
<i>tacrolimus oint 0.03%, 0.1%</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide crea 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotn 0.025%, 0.1%</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide oint 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
Antiinfecciosos tópicos		
<i>ciclopirox nail lacquer soln 8%</i>	3	
<i>ciclopirox olamine crea 0.77%</i>	2	
<i>ciclopirox gel 0.77%</i>	3	
<i>ciclopirox sham 1%</i>	3	
<i>ciclopirox susp 0.77%</i>	3	
<i>clindamycin phosphate gel 1%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate lotn 1%</i>	3	
<i>clindamycin phosphate external soln 1%</i>	2	
<i>ery pads 2%</i>	4	
<i>erythromycin gel 2%</i>	3	
<i>erythromycin soln 2%</i>	2	
<i>mupirocin crea 2%</i>	4	QL(180 GM por 30 días)
<i>mupirocin oint 2%</i>	2	QL(44 GM por 30 días)
SULFAMYLYON CREA 85MG/GM	4	
Pediculicidas/escabicidas		
<i>malathion lotn 0.5%</i>	4	
<i>permethrin crea 5%</i>	3	
Agentes gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
<i>alosetron hydrochloride tabs 0.5mg</i>	4	PA

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>alosetron hydrochloride tabs 1mg</i>	5	PA; NEDS
<i>loperamide hydrochloride caps 2mg</i>	3	
XERMELO TABS 250MG	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiestreñimiento		
<i>constulose soln 10gm/15ml</i>	2	
<i>enulose soln 10gm/15ml</i>	2	
<i>generlac soln 10gm/15ml</i>	2	
<i>lactulose soln 10gm/15ml</i>	2	
LINZESS CAPS 145MCG, 290MCG, 72MCG	3	
<i>lubiprostone caps 24mcg, 8mcg</i>	4	
MOVANTIK TABS 12.5MG, 25MG	3	
Agentes gastrointestinales, otros		
CLENPIQ SOLN 12GM/175ML; 3.5GM/175ML; 10MG/175ML	3	
<i>gavilyte-c solr 240gm; 2.98gm; 6.72gm; 5.84gm; 22.72gm</i>	3	
<i>gavilyte-g solr 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm</i>	3	
<i>gavilyte-n/flavor pack solr 420gm; 1.48gm; 5.72gm; 11.2gm</i>	3	
<i>metoclopramide hcl inj 5mg/ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral soln 5mg/5ml</i>	2	
<i>metoclopramide hydrochloride tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>nitroglycerin oint 0.4%</i>	4	QL(30 GM por 30 días)
<i>opium tincture tinc 1%</i>	4	
<i>opium tinc 1%</i>	4	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate solr 4.7gm; 100gm; 1.015gm; 5.9gm; 2.691gm; 7.5gm</i>	4	
<i>peg-3350/electrolytes solr 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm</i>	3	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl solr 420gm; 1.48gm; 5.72gm; 11.2gm</i>	3	
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic solr 4.7gm; 100gm; 1.015gm; 5.9gm; 2.691gm; 7.5gm</i>	4	
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate soln 1.6gm/177ml; 3.13gm/177ml; 17.5gm/177ml</i>	4	
<i>ursodiol caps 300mg</i>	3	
<i>ursodiol tabs 250mg, 500mg</i>	4	
VOQUEZNA TABS 10MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
VOQUEZNA TABS 20MG	4	QL(60 EA por 30 días); PA
VOWST CAPS 0	5	PA; NEDS
XIFAXAN TABS 550MG	5	PA; NEDS
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
<i>cimetidine tabs 200mg, 300mg, 400mg, 800mg</i>	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>famotidine tabs 20mg, 40mg</i>	2	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl soln 10mg/5ml</i>	4	
<i>dicyclomine hydrochloride caps 10mg</i>	2	
<i>dicyclomine hydrochloride tabs 20mg</i>	2	
<i>glycopyrrolate soln 1mg/5ml</i>	4	
<i>glycopyrrolate tabs 1mg, 2mg</i>	3	
Inhibidores de la bomba de protones		
<i>DEXLANSOPRAZOLE CPDR 30MG, 60MG</i>	4	
<i>esomeprazole magnesium cpdr 20mg, 40mg</i>	2	
<i>esomeprazole magnesium pack 10mg, 20mg, 40mg</i>	4	
<i>lansoprazole cpdr 15mg, 30mg</i>	2	
<i>omeprazole dr cpdr 10mg</i>	2	
<i>omeprazole cpdr 20mg, 40mg</i>	2	
<i>pantoprazole sodium tbec 20mg, 40mg</i>	2	
<i>rabeprazole sodium tbec 20mg</i>	2	
Protectores		
<i>misoprostol tabs 100mcg, 200mcg</i>	3	
<i>sucralfate susp 1gm/10ml</i>	4	
<i>sucralfate tabs 1gm</i>	3	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl er tb24 10mg</i>	2	
<i>doxazosin mesylate tabs 1mg, 2mg, 4mg, 8mg</i>	2	
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride caps 0.5mg; 0.4mg</i>	4	
<i>dutasteride caps 0.5mg</i>	2	
<i>finasteride tabs 5mg</i>	2	
<i>tadalafil tabs 10mg, 20mg</i>	2	QL(6 EA por 30 días); EC
<i>tadalafil tabs 2.5mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride caps 0.4mg</i>	2	
<i>terazosin hcl caps 10mg, 1mg, 5mg</i>	2	
<i>terazosin hydrochloride caps 2mg</i>	2	
Agentes genitourinarios, otros		
<i>acetic acid 0.25% soln 0.25%</i>	2	
<i>bethanechol chloride tabs 10mg, 25mg, 50mg, 5mg</i>	3	
<i>ELMIRON CAPS 100MG</i>	4	
<i>sildenafil citrate tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	QL(6 EA por 30 días); EC
<i>sildenafil tabs 25mg</i>	1	QL(6 EA por 30 días); EC
<i>tiopronin dr tbec 100mg, 300mg</i>	5	NEDS
Antiespasmódicos, urinario		
<i>GEMTESA TABS 75MG</i>	4	
<i>MYRBETRIQ SRER 8MG/ML</i>	3	
<i>MYRBETRIQ TB24 25MG, 50MG</i>	3	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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 er tb24 10mg, 15mg, 5mg</i>	3	
<i>oxybutynin chloride soln 5mg/5ml</i>	2	
<i>oxybutynin chloride tabs 5mg</i>	2	
<i>oxybutynin chloride tabs 2.5mg</i>	3	
<i>solifenacin succinate tabs 10mg, 5mg</i>	3	
<i>tolterodine tartrate er cp24 2mg, 4mg</i>	4	
<i>tolterodine tartrate tabs 1mg, 2mg</i>	4	
<i>trospium chloride tabs 20mg</i>	3	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</i>		
<i>desmopressin acetate soln 0.01%</i>	2	
<i>desmopressin acetate tabs 0.1mg, 0.2mg</i>	2	
<i>GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG</i>	3	PA; SP-Optum Specialty
<i>GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>GENOTROPIN INJ 12MG, 5MG</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>INCRELEX INJ 40MG/4ML</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
<i>Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos</i>		
<i>OSPHENA TABS 60MG</i>	4	
<i>raloxifene hydrochloride tabs 60mg</i>	2	
Andrógenos		
<i>danazol caps 100mg, 200mg, 50mg</i>	4	
<i>testosterone cypionate inj 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	
<i>testosterone enanthate inj 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	
Estrógenos		
<i>abigale lo tabs 0.5mg; 0.1mg</i>	3	
<i>abigale tabs 1mg; 0.5mg</i>	3	
<i>amabelz tabs 0.5mg; 0.1mg, 1mg; 0.5mg</i>	3	
<i>apri tabs 0.15mg; 30mcg</i>	4	
<i>ashlyna tabs 0; 0</i>	4	
<i>aviane tabs 20mcg; 0.1mg</i>	4	
<i>azurette tabs 0; 0</i>	4	
<i>balziva tabs 35mcg; 0.4mg</i>	4	
<i>briellyn tabs 35mcg; 0.4mg</i>	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>dotti pttw 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr</i>	4	
<i>drospirenone/ethinyl estradiol tabs 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 inj 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml</i>	4	
<i>estradiol/norethindrone acetate tabs 0.5mg; 0.1mg, 1mg; 0.5mg</i>	3	
<i>estradiol crea 0.1mg/gm</i>	3	
<i>estradiol pttw 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr</i>	4	
<i>estradiol ptwk 0.025mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.06mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr, 37.5mcg/24hr</i>	3	
<i>estradiol oral tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	2	
<i>estradiol vaginal tabs 10mcg</i>	4	
<i>ESTRING RING 7.5MCG/24HR</i>	4	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	4	
<i>falmina tabs 20mcg; 0.1mg</i>	4	
<i>FEIRZA 1.5/30 TABS 30MCG; 75MG; 1.5MG</i>	4	
<i>FEIRZA 1/20 TABS 20MCG; 75MG; 1MG</i>	4	
<i>finzala chew 20mcg; 75mg; 1mg</i>	4	
<i>fyavolv tabs 5mcg; 1mg</i>	3	
<i>fyavolv tabs 2.5mcg; 0.5mg</i>	4	
<i>galbriela chew 25mcg; 75mg; 0.8mg</i>	4	
<i>haloette ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	4	
<i>iclevia tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	4	
<i>IMVEXXY MAINTENANCE PACK INST 10MCG, 4MCG</i>	3	
<i>IMVEXXY STARTER PACK INST 10MCG, 4MCG</i>	3	
<i>introvale tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	4	
<i>jaimiess tabs 0; 0</i>	4	
<i>jinteli tabs 5mcg; 1mg</i>	3	
<i>junel 1.5/30 tabs 30mcg; 1.5mg</i>	4	
<i>junel 1/20 tabs 20mcg; 1mg</i>	4	
<i>junel fe 1.5/30 tabs 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	4	
<i>junel fe 1/20 tabs 20mcg; 75mg; 1mg</i>	4	
<i>junel fe 24 tabs 20mcg; 75mg; 1mg</i>	4	
<i>kariva tabs 0; 0</i>	4	
<i>kelnor 1/35 tabs 35mcg; 1mg</i>	4	
<i>larin 1.5/30 tabs 30mcg; 1.5mg</i>	4	
<i>larin 1/20 tabs 20mcg; 1mg</i>	4	
<i>larin fe 1.5/30 tabs 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	4	
<i>larin fe 1/20 tabs 20mcg; 75mg; 1mg</i>	4	
<i>lessina tabs 20mcg; 0.1mg</i>	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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 tabs 0; 0</i>	4	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tabs 20mcg; 90mcg</i>	4	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tabs 0.03mg; 0.15mg, 20mcg; 0.1mg</i>	4	
<i>levora 0.15/30-28 tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	4	
<i>lojaimess tabs 0; 0</i>	4	
<i>marlissa tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	4	
<i>mibelas 24 fe chew 20mcg; 75mg; 1mg</i>	4	
<i>microgestin 1.5/30 tabs 30mcg; 1.5mg</i>	4	
<i>microgestin 1/20 tabs 20mcg; 1mg</i>	4	
<i>microgestin fe 1.5/30 tabs 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	4	
<i>microgestin fe 1/20 tabs 20mcg; 75mg; 1mg</i>	4	
<i>minzoya tabs 0.02mg; 36.5mg; 0.1mg</i>	4	
<i>necon 0.5/35-28 tabs 35mcg; 0.5mg</i>	4	
<i>nikki tabs 3mg; 0.02mg</i>	4	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol ptwk 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 5mcg; 1mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 2.5mcg; 0.5mg</i>	4	
<i>nortrel 0.5/35 (28) tabs 35mcg; 0.5mg</i>	4	
<i>nortrel 1/35 tabs 35mcg; 1mg</i>	4	
<i>nortrel 7/7/7 tabs 35mcg; 0</i>	4	
<i>portia-28 tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	4	
<i>PREMARIN CREA 0.625MG/GM</i>	3	
<i>PREMARIN TABS 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG</i>	4	
<i>PREMPHASE TABS 0.625MG; 5MG</i>	4	
<i>rosyra tabs 0; 0</i>	4	
<i>tarina fe 1/20 eq tabs 20mcg; 75mg; 1mg</i>	4	
<i>tri-sprintec tabs 0; 0</i>	2	
<i>trivora-28 tabs 0; 0</i>	4	
<i>turqoz tabs 30mcg; 0.3mg</i>	4	
<i>valtya 1/50 tabs 50mcg; 1mg</i>	4	
<i>velivet tabs 0; 0</i>	4	
<i>vyfemla tabs 35mcg; 0.4mg</i>	4	
<i>XARAH FE TABS 0; 75MG; 1MG</i>	4	
<i>xelria fe chew 35mcg; 75mg; 0.4mg</i>	4	
<i>xulane ptwk 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	3	
<i>yuvafem tabs 10mcg</i>	4	
<i>zafemy ptwk 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	3	
<i>zovia 1/35 tabs 35mcg; 1mg</i>	4	
Progestinas		
<i>camila tabs 0.35mg</i>	2	
<i>deblitane tabs 0.35mg</i>	2	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJ 104MG/0.65ML	3	
errin tabs 0.35mg	2	
gallifrey tabs 5mg	3	
heather tabs 0.35mg	2	
LILETTA IUD 20.1MCG/DAY	3	
medroxyprogesterone acetate inj 150mg/ml	2	
medroxyprogesterone acetate tabs 10mg, 2.5mg, 5mg	1	
megestrol acetate susp 40mg/ml	3	
megestrol acetate susp 625mg/5ml	4	
megestrol acetate tabs 20mg, 40mg	2	
meleya tabs 0.35mg	2	
NEXPLANON INJ 68MG	3	
norethindrone acetate tabs 5mg	3	
progesterone caps 100mg, 200mg	3	
sharobel tabs 0.35mg	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
DEPO-MEDROL INJ 20MG/ML	3	
dexamethasone intensol conc 1mg/ml	2	
dexamethasone sodium phosphate +rfid inj 4mg/ml	2	
dexamethasone sodium phosphate inj 100mg/10ml, 10mg/ml, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml	2	
dexamethasone elix 0.5mg/5ml	2	
dexamethasone soln 0.5mg/5ml	2	
dexamethasone tabs 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 6mg	2	
fludrocortisone acetate tabs 0.1mg	3	
hydrocortisone sodium succinate inj 100mg	4	
hydrocortisone tabs 10mg, 20mg, 5mg	3	
kenalog-10 inj 10mg/ml	2	
methylprednisolone acetate inj 40mg/ml, 50mg/ml, 80mg/ml	2	
methylprednisolone dose pack tbpk 4mg	2	
methylprednisolone tabs 16mg, 32mg, 4mg, 8mg	2	
prednisolone sodium phosphate oral soln 15mg/5ml	2	
prednisolone sodium phosphate oral soln 5mg/5ml	3	
prednisolone sodium phosphate oral soln 10mg/5ml, 20mg/5ml, 25mg/5ml	4	
prednisolone soln 15mg/5ml	4	
prednisolone tabs 5mg	4	
prednisone soln 5mg/5ml	4	
prednisone tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 20mg, 50mg, 5mg	1	
prednisone tbpk 10mg, 5mg	3	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>triamcinolone acetonide inj 10mg/ml, 40mg/ml</i>	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)</i>		
<i>ADTHYZA TABS 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG</i>	4	
<i>ARMOUR THYROID TABS 120MG, 15MG, 180MG, 240MG, 300MG, 30MG, 60MG, 90MG</i>	4	
<i>euthyrox tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>levo-t tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>levothyroxine sodium tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>levoxyl tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>liothyronine sodium tabs 25mcg, 50mcg, 5mcg</i>	3	
<i>NIVA THYROID TABS 15MG</i>	4	
<i>niva thyroid tabs 120mg, 30mg, 60mg, 90mg</i>	4	
<i>np thyroid 120 tabs 120mg</i>	2	
<i>np thyroid 15 tabs 15mg</i>	2	
<i>np thyroid 30 tabs 30mg</i>	2	
<i>np thyroid 60 tabs 60mg</i>	2	
<i>np thyroid 90 tabs 90mg</i>	2	
<i>REZDIFFRA TABS 100MG, 60MG, 80MG</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>SYNTHROID TABS 100MCG, 112MCG, 125MCG, 137MCG, 150MCG, 175MCG, 200MCG, 25MCG, 300MCG, 50MCG, 75MCG, 88MCG</i>	4	
<i>THYROID TABS 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG</i>	4	
<i>unithroid tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
<i>Agentes antitiroideos</i>		
<i>methimazole tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>propylthiouracil tabs 50mg</i>	3	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
<i>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)</i>		
<i>cabergoline tabs 0.5mg</i>	3	
<i>ELIGARD INJ 22.5MG, 30MG, 45MG, 7.5MG</i>	4	
<i>FIRMAGON INJ 80MG</i>	4	
<i>FIRMAGON INJ 120MG/VIAL</i>	5	NEDS
<i>lanreotide acetate inj 120mg/0.5ml</i>	5	NEDS

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>leuprolide acetate inj 1mg/0.2ml</i>	4	SP-Optum Specialty
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INJ 3.75MG, 7.5MG	5	NEDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INJ 11.25MG, 22.5MG	5	NEDS
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INJ 30MG	5	NEDS
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INJ 45MG	5	NEDS
<i>mifepristone tabs 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 50mcg/ml</i>	4	
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 50mcg/ml</i>	4	SP-Optum Specialty
<i>octreotide acetate inj 1000mcg/ml</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
ORGOVYX TABS 120MG	5	PA NSO; NEDS
SIGNIFOR INJ 0.3MG/ML, 0.6MG/ML, 0.9MG/ML	5	QL(60 ML por 30 días); PA; NEDS
SOMATULINE DEPOT INJ 60MG/0.2ML, 90MG/0.3ML	5	NEDS
SOMAVERT INJ 10MG, 15MG, 20MG, 25MG, 30MG	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SYNAREL SOLN 2MG/ML	5	NEDS
Agentes inmunológicos		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
ARCALYST INJ 220MG	5	PA; NEDS
BENLYSTA INJ 200MG/ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
COSENTYX SENSOREADY PEN INJ 150MG/ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
COSENTYX UNOREADY INJ 300MG/2ML	5	PA; NEDS
COSENTYX INJ 125MG/5ML	5	PA; NEDS
COSENTYX INJ 150MG/ML, 75MG/0.5ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
DUPIXENT INJ 200MG/1.14ML, 300MG/2ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
EMPAVELI INJ 1080MG/20ML	5	PA; NEDS
KINERET INJ 100MG/0.67ML	5	PA; NEDS
ORENCIA CLICKJECT INJ 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 50MG/0.4ML	5	QL(1.6 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 87.5MG/0.7ML	5	QL(2.8 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
OTEZLA TBPK 0	5	QL(110 EA por 365 días); PA; NEDS

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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
RINVOQ LQ SOLN 1MG/ML	5	QL(360 ML por 30 días); PA; NEDS
RINVOQ TB24 15MG, 30MG, 45MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI PEN INJ 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 600MG/10ML	5	PA; NEDS
SKYRIZI INJ 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 180MG/1.2ML	5	QL(1.2 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 360MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 28 días); PA; NEDS
STELARA INJ 45MG/0.5ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
STELARA INJ 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
STEQEYMA INJ 45MG/0.5ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA
STEQEYMA INJ 90MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
TAVNEOS CAPS 10MG	5	PA; NEDS
TYENNE INJ 162MG/0.9ML	5	QL(3.6 ML por 28 días); PA; NEDS
<i>ustekinumab inj 45mg/0.5ml, 90mg/ml</i>	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
XELJANZ XR TB24 11MG, 22MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ SOLN 1MG/ML	5	QL(300 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ TABS 10MG, 5MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XOLAIR INJ 150MG/ML, 150MG, 300MG/2ML, 75MG/0.5ML	5	PA; NEDS
XOLAIR INJ 150MG/ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
YESINTEK INJ 45MG/0.5ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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
YESINTEK INJ 90MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
Agentes para angioedema		
BERINERT INJ 500UNIT	5	PA; NEDS
HAEGARDA INJ 2000UNIT, 3000UNIT	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>icatibant acetate inj 30mg/3ml</i>	5	QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Inmunoestimulantes		
ACTIMMUNE INJ 100MCG/0.5ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
BESREMI INJ 500MCG/ML	5	PA NSO; NEDS
PEGASYS INJ 180MCG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP-Optum Specialty
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INJ 10%, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI
CUVITRU INJ 10GM/50ML, 1GM/5ML, 2GM/10ML, 4GM/20ML, 8GM/40ML	5	PA BvD; NEDS
FLEBOGAMMA DIF INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI
GAMMAGARD LIQUID INJ 10GM/100ML, 2.5GM/25ML, 20GM/200ML, 30GM/300ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI
GAMMAPLEX INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI
HIZENTRA INJ 10GM/50ML, 1GM/5ML, 2GM/10ML, 4GM/20ML	5	PA BvD; NEDS
OCTAGAM INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 1GM/20ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 2GM/20ML, 30GM/300ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI
PRIVIGEN INJ 10GM/100ML, 20GM/200ML, 40GM/400ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI
Inmunosupresores		
<i>adalimumab-aaty 1-pen kit inj 80mg/0.8ml</i>	5	QL(4 EA por 28 días); PA; NEDS
<i>adalimumab-aaty 1-pen kit inj 40mg/0.4ml</i>	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS
<i>adalimumab-aaty 2-pen kit inj 40mg/0.4ml</i>	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS
<i>adalimumab-aaty 2-syringe kit inj 20mg/0.2ml</i>	5	QL(2 EA por 28 días); PA; NEDS

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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-aaty 2-syringe kit inj 40mg/0.4ml</i>	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs starter inj 80mg/0.8ml</i>	5	PA; NEDS
<i>adalimumab-adbm crohns/uc/hs starter inj 40mg/0.8ml</i>	5	PA; NEDS
<i>adalimumab-adbm psoriasis/uveitis starter inj 40mg/0.8ml</i>	5	PA; NEDS
<i>adalimumab-adbm starter package for crohns disease/uc/hs inj 40mg/0.4ml</i>	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS
<i>adalimumab-adbm starter package for psoriasis/uveitis inj 40mg/0.4ml</i>	5	PA; NEDS
<i>adalimumab-adbm inj 10mg/0.2ml, 20mg/0.4ml</i>	5	QL(2 EA por 28 días); PA; NEDS
<i>adalimumab-adbm inj 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml</i>	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS
<i>azathioprine tabs 50mg</i>	3	PA BvD
<i>azathioprine tabs 100mg, 75mg</i>	4	PA BvD
<i>cyclosporine modified caps 100mg, 25mg, 50mg</i>	4	PA BvD
<i>cyclosporine modified soln 100mg/ml</i>	4	PA BvD
<i>cyclosporine caps 100mg, 25mg</i>	4	PA BvD
ENBREL MINI INJ 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL SURECLICK INJ 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL INJ 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL INJ 25MG/0.5ML	5	QL(8.16 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENVARSUS XR TB24 0.75MG, 1MG	4	PA BvD
ENVARSUS XR TB24 4MG	5	PA BvD; NEDS
<i>everolimus tabs 0.25mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA BvD
<i>everolimus tabs 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días); PA BvD; NEDS
GENGRAF CAPS 100MG, 25MG	4	PA BvD
GENGRAF SOLN 100MG/ML	4	PA BvD
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJ 0, 80MG/0.8ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJ 40MG/0.8ML, 80MG/0.8ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK INJ 80MG/0.8ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJ 0	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN INJ 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA INJ 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
JYLAMVO SOLN 2MG/ML	4	
<i>leflunomide tabs 10mg, 20mg</i>	2	
<i>methotrexate sodium inj 1gm/40ml, 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium tabs 2.5mg</i>	2	
<i>methotrexate inj 50mg/2ml</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil caps 250mg</i>	3	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil susr 200mg/ml</i>	5	PA BvD; NEDS
<i>mycophenolate mofetil tabs 500mg</i>	3	PA BvD
<i>mycophenolic acid dr tbec 180mg, 360mg</i>	4	PA BvD
NULOJIX INJ 250MG	5	NEDS
PEGASYS INJ 180MCG/0.5ML	5	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP-Optum Specialty
PROGRAF PACK 0.2MG, 1MG	4	PA BvD
REZUROCK TABS 200MG	5	PA; NEDS
<i>sirolimus soln 1mg/ml</i>	4	PA BvD
<i>sirolimus tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	4	PA BvD
<i>tacrolimus caps 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	4	PA BvD
XATMEP SOLN 2.5MG/ML	4	
Vacunas		
ABRYSVO INJ 120MCG/0.5ML	6	
ACTHIB INJ 0	6	
ADACEL INJ 2LF/0.5ML; 15.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	6	
AREXVY INJ 120MCG/0.5ML	6	
BCG VACCINE INJ 50MG	6	
BEXSERO INJ 0.5ML	6	
BOOSTRIX INJ 2.5LF/0.5ML; 18.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	6	
DAPTACEL INJ 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	6	
DENGVAXIA INJ 0	6	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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
ENGERIX-B INJ 10MCG/0.5ML, 20MCG/ML	6	PA BvD
GARDASIL 9 INJ 0.5ML	6	
HAVRIX INJ 1440ELU/ML, 720ELU/0.5ML	6	
HEPLISAV-B INJ 20MCG/0.5ML	6	PA BvD
HIBERIX INJ 10MCG	6	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) INJ 2.5UNIT/ML	6	PA BvD
INFANRIX INJ 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 10LFU/0.5ML	6	
IPOL INACTIVATED IPV INJ 0	6	
IXCHIQ INJ 0	6	
IXIARO INJ 0	6	
JYNNEOS INJ 0.5ML	6	
KINRIX INJ 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	6	
M-M-R II INJ 0; 0; 0	6	
MENACTRA INJ 0	6	
MENQUADFI INJ 0.5ML	6	
MENVEO INJ 0	6	
MRESVIA INJ 50MCG/0.5ML	6	
PEDIARIX INJ 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	6	
PEDVAX HIB INJ 7.5MCG/0.5ML	6	
PENBRAYA INJ 0; 0	6	
PENMENVY INJ 0; 0	6	
PENTACEL INJ 15LFU/0.5ML; 0; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	6	
PREHEVBRIA INJ 10MCG/ML	6	PA BvD
PRIORIX INJ 0; 0; 0	6	
PROQUAD INJ 0; 0; 0; 0	6	
QUADRACEL INJ 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	6	
RABAVERT INJ 0	6	PA BvD
RECOMBIVAX HB INJ 10MCG/ML, 40MCG/ML, 5MCG/0.5ML	6	PA BvD
ROTARIX SUSP 0	6	
ROTATEQ SOLN 0	6	
SHINGRIX INJ 50MCG/0.5ML	6	
STAMARIL INJ 0	6	
TDVAX INJ 2LF/0.5ML; 2LF/0.5ML	6	
TENIVAC INJ 2LFU; 5LFU	6	
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT INJ 2LF/0.5ML; 2LF/0.5ML	6	
TICOVAC INJ 1.2MCG/0.25ML, 2.4MCG/0.5ML	6	
TRUMENBA INJ 0.5ML	6	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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
TWINRIX INJ 720ELU/ML; 20MCG/ML	6	
TYPHIM VI INJ 25MCG/0.5ML	6	
VAQTA INJ 25UNIT/0.5ML, 50UNIT/ML	6	
VARIVAX INJ 1350PFU/0.5ML	6	
VAXCHORA SUSR 0	6	
VIMKUNYA INJ 40MCG/0.8ML	6	
VIVOTIF CPDR 0	6	
YF-VAX INJ 0	6	
Agentes oftálmicos		
Agentes oftálmicos antialérgicos		
ALOCRIL SOLN 2%	4	
azelastine hcl ophthalmic soln 0.05%	2	
cromolyn sodium soln 4%	2	
epinastine hcl soln 0.05%	4	
olopatadine hydrochloride soln 0.2%	3	
Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos		
betaxolol hcl soln 0.5%	4	
carteolol hcl soln 1%	2	
levobunolol hcl soln 0.5%	3	
timolol hemihydrate soln 0.5%	4	
timolol maleate ophthalmic gel forming solg 0.25%, 0.5%	4	
timolol maleate soln 0.25%, 0.5%	1	
timolol maleate soln 0.5%	4	
Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros		
acetazolamide er cp12 500mg	2	
acetazolamide tabs 125mg, 250mg	2	
apraclonidine soln 0.5%	4	
brimonidine tartrate soln 0.2%	2	
brimonidine tartrate soln 0.1%, 0.15%	3	
brinzolamide susp 1%	4	
dorzolamide hydrochloride soln 2%	2	
methazolamide tabs 25mg, 50mg	4	
pilocarpine hcl soln 1%, 2%, 4%	3	
pilocarpine hydrochloride soln 1%, 2%, 4%	3	
RHOPRESSA SOLN 0.02%	3	
Agentes oftálmicos, otros		
atropine sulfate soln 1%	4	
bacitracin/polymyxin b oint 500unit/gm; 10000unit/gm	2	
brimonidine tartrate/timolol maleate soln 0.2%; 0.5%	4	
cyclopentolate hydrochloride soln 1%	2	
CYSTARAN SOLN 0.44%	5	NEDS
dorzolamide hcl/timolol maleate soln 22.3mg/ml; 6.8mg/ml	2	
dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf soln 2%; 0.5%	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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
MIEBO SOLN 1.338GM/ML	4	
<i>neo-polycin hc oint 400unit/gm; 1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neo-polycin oint 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin oint 400unit/gm; 5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc oint 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone oint 400unit/gm; 1%; 0.5%; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone oint 0.1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone susp 0.1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin soln 0.025mg/ml; 1.75mg/ml; 10000unit/ml</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone ophthalmic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	4	
<i>polycin oint 500unit/gm; 10000unit/gm</i>	2	
<i>polymyxin b sulfate(trimethoprim sulfate) soln 10000unit/ml; 0.1%</i>	2	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL 0.05%	3	
RESTASIS EMUL 0.05%	3	
ROCKLATAN SOLN 0.005%; 0.02%	3	
SIMBRINZA SUSP 0.2%; 1%	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate soln 0.23%; 10%</i>	2	
TOBRADEX ST SUSP 0.05%; 0.3%	3	
<i>tobramycin/dexamethasone susp 0.1%; 0.3%</i>	3	
XIIDRA SOLN 5%	4	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin oint 500unit/gm</i>	4	
BESIVANCE SUSP 0.6%	4	
<i>ciprofloxacin hydrochloride soln 0.3%</i>	2	
<i>erythromycin oint 5mg/gm</i>	2	
<i>gatifloxacina soln 0.5%</i>	4	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic soln 0.3%</i>	2	
<i>levofloxacin ophthalmic soln 1.5%</i>	3	
<i>moxifloxacin hydrochloride soln 0.5%</i>	2	
NATACYN SUSP 5%	4	
<i>ofloxacin ophthalmic soln 0.3%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium oint 10%</i>	3	
<i>sulfacetamide sodium soln 10%</i>	3	
<i>tobramycin soln 0.3%</i>	2	
<i>trifluridine soln 1%</i>	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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
XDEMVY SOLN 0.25%	5	PA; NEDS
ZIRGAN GEL 0.15%	4	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac sodium soln 0.07%, 0.075%</i>	4	
<i>bromfenac soln 0.09%</i>	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic soln 0.1%</i>	4	
<i>diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%</i>	2	
<i>difluprednate emul 0.05%</i>	4	
FLAREX SUSP 0.1%	3	
<i>fluorometholone susp 0.1%</i>	4	
<i>flurbiprofen sodium soln 0.03%</i>	4	
ILEVRO SUSP 0.3%	3	
<i>ketorolac tromethamine soln 0.5%</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine soln 0.4%</i>	4	
LOTEMAX OINT 0.5%	4	
<i>loteprednol etabonate gel 0.5%</i>	4	
<i>loteprednol etabonate susp 0.2%, 0.5%</i>	4	
<i>prednisolone acetate susp 1%</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic soln 1%</i>	3	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>bimatoprost soln 0.03%</i>	4	
<i>latanoprost soln 0.005%</i>	2	
LUMIGAN SOLN 0.01%	3	
<i>travoprost soln 0.004%</i>	4	
VYZULTA SOLN 0.024%	4	
Agentes para la bipolaridad		
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>lithium carbonate er tbcr 300mg, 450mg</i>	2	
<i>lithium carbonate caps 150mg, 300mg, 600mg</i>	2	
<i>lithium carbonate tabs 300mg</i>	2	
<i>lithium soln 8meq/5ml</i>	3	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
Agentes para dejar de fumar		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 150mg</i>	3	
NICOTROL INHALER INHA 10MG	4	
NICOTROL NS SOLN 10MG/ML	4	
TYRVAYA SOLN 0.03MG/ACT	4	
<i>varenicline starting month tbpk 0</i>	4	QL(53 EA por 28 días)
<i>varenicline tartrate tabs 0.5mg, 1mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
Agentes que revierten los opioides		
KLOXXADO LIQD 8MG/0.1ML	4	
<i>naloxone hcl inj 4mg/10ml</i>	4	
<i>naloxone hydrochloride inj 0.4mg/ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride inj 2mg/2ml</i>	3	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>naloxone hydrochloride inj 0.4mg/ml, 4mg/10ml</i>	4	
<i>naloxone hydrochloride liqd 4mg/0.1ml</i>	3	QL(4 EA por 30 días)
OPVEE SOLN 2.7MG/0.1ML	3	QL(4 EA por 30 días)
Dependencia de opioides		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 2mg; 0.5mg, 8mg; 2mg</i>	2	
<i>buprenorphine hcl subl 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/diminución del deseo		
<i>acamprosate calcium dr tbec 333mg</i>	4	
<i>disulfiram tabs 250mg, 500mg</i>	4	
<i>naltrexone hydrochloride tabs 50mg</i>	2	
VIVITROL INJ 380MG	5	NEDS
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
Agentes del tracto respiratorio, otros		
<i>acetylcysteine soln 10%, 20%</i>	4	PA BvD
ANORO ELLIPTA AEPB 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT	3	QL(180 EA por 90 días)
BEVESPI AEROSPHERE AERO 4.8MCG/ACT; 9MCG/ACT	3	QL(10.7 GM por 30 días)
BREO ELLIPTA AEPB 100MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 25MCG/INH, 50MCG/INH; 25MCG/INH	3	QL(180 EA por 90 días)
BREYNA AERO 160MCG/ACT; 4.5MCG/ACT, 80MCG/ACT; 4.5MCG/ACT	4	QL(30.9 GM por 90 días)
BREZTRI AEROSPHERE AERO 160MCG/ACT; 4.8MCG/ACT; 9MCG/ACT	3	QL(32.1 GM por 90 días)
BRONCHITOL CAPS 40MG	5	NEDS
COMBIVENT RESPIMAT AERS 100MCG/ACT; 20MCG/ACT	3	QL(24 GM por 90 días)
FASENRA PEN INJ 30MG/ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
FASENRA INJ 10MG/0.5ML	4	PA
FASENRA INJ 30MG/ML	5	PA; NEDS
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus aepb 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, 500mcg/act; 50mcg/act</i>	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 500mcg/act; 50mcg/act</i>	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 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 soln 2.5mg/3ml; 0.5mg/3ml</i>	2	PA BvD
STIOLTO RESPIMAT AERS 2.5MCG/ACT; 2.5MCG/ACT	3	QL(12 GM por 90 días)

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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 AEPB 100MCG/ACT; 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 62.5MCG/INH; 25MCG/INH <i>wixela inhba aepb 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 CAPS 100MG, 150MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>pirfenidone caps 267mg</i>	5	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 534mg</i>	5	QL(135 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 267mg</i>	5	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>pirfenidone tabs 801mg</i>	5	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes para fibrosis quística		
CAYSTON SOLR 75MG	5	PA; NEDS
KALYDECO PACK 13.4MG, 5.8MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
KALYDECO PACK 25MG, 50MG, 75MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
KALYDECO TABS 150MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORKAMBI PACK 94MG; 75MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
ORKAMBI PACK 125MG; 100MG, 188MG; 150MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORKAMBI TABS 125MG; 100MG, 125MG; 200MG	5	QL(112 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PULMOZYME SOLN 2.5MG/2.5ML	5	PA BvD; NEDS; SP-Optum Specialty
TOBI PODHALER CAPS 28MG	5	NEDS; SP-Optum Specialty
TRIKAFTA TBPK 100MG; 0; 50MG	5	QL(84 EA por 28 días); PA; NEDS
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS TABS 0.5MG, 1.5MG, 1MG, 2.5MG, 2MG	5	PA; NEDS

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>alyq tabs 20mg</i>	4	PA; SP-Optum Specialty
<i>ambrisentan tabs 10mg, 5mg</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bosentan tabs 125mg, 62.5mg</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>OPSUMIT TABS 10MG</i>	5	PA; NEDS
<i>ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1 TEPK 0</i>	5	PA; NEDS
<i>ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2 TEPK 0</i>	5	PA; NEDS
<i>ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3 TEPK 0</i>	5	PA; NEDS
<i>ORENITRAM TBCR 0.125MG, 0.25MG, 1MG, 2.5MG</i>	4	PA
<i>ORENITRAM TBCR 5MG</i>	5	PA; NEDS
<i>sildenafil citrate tabs 20mg</i>	3	PA; SP-Optum Specialty
<i>tadalafil tabs 20mg</i>	4	PA; SP-Optum Specialty
<i>VENTAVIS SOLN 10MCG/ML, 20MCG/ML</i>	5	PA; NEDS
<i>WINREVAIR INJ 0, 45MG, 60MG</i>	5	QL(1 EA por 21 días); PA; NEDS
Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl nasal soln 0.15%</i>	2	QL(120 ML por 90 días)
<i>azelastine hydrochloride soln 0.1%</i>	2	QL(120 ML por 90 días)
<i>ciproheptadine hcl syrup 2mg/5ml</i>	4	
<i>ciproheptadine hydrochloride tabs 4mg</i>	2	
<i>desloratadine tabs 5mg</i>	3	
<i>diphenhydramine hydrochloride inj 50mg/ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl inj 25mg/ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl tabs 50mg</i>	2	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrup 10mg/5ml</i>	3	
<i>hydroxyzine hydrochloride tabs 10mg, 25mg</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate caps 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>levocetirizine dihydrochloride tabs 5mg</i>	2	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
<i>budesonide susp 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	4	PA BvD
<i>flunisolide soln 0.025%</i>	3	QL(150 ML por 90 días)
<i>fluticasone propionate diskus aepb 250mcg/act</i>	4	QL(720 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate diskus aepb 100mcg/act, 50mcg/act</i>	4	ST
<i>fluticasone propionate hfa aero 44mcg/act</i>	4	QL(63.6 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate hfa aero 110mcg/act, 220mcg/act</i>	4	QL(72 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate susp 50mcg/act</i>	1	QL(48 GM por 90 días)
<i>mometasone furoate susp 50mcg/act</i>	3	QL(102 GM por 90 días)
<i>QVAR REDIHALER AERB 40MCG/ACT, 80MCG/ACT</i>	3	QL(63.6 GM por 90 días)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium chew 4mg, 5mg</i>	2	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>montelukast sodium pack 4mg</i>	2	
<i>montelukast sodium tabs 10mg</i>	2	
<i>zafirlukast tabs 10mg, 20mg</i>	4	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
<i>atrovent hfa aers 17mcg/act</i>	4	QL(77.4 GM por 90 días)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5MCG/INH	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide inhalation soln 0.02%</i>	2	PA BvD
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03%</i>	3	QL(180 ML por 90 días)
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.06%</i>	3	QL(90 ML por 90 días)
SPIRIVA RESPIMAT AERS 1.25MCG/ACT, 2.5MCG/ACT	3	QL(12 GM por 90 días)
Broncodilatadores, simpaticomimético		
<i>albuterol sulfate hfa aers 108 mcg/act (18 gm)</i>	2	QL(108 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108 mcg/act (6.7 gm)</i>	2	QL(40.2 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108 mcg/act (8.5 gm)</i>	2	QL(51 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate nebu 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 tabs 2mg, 4mg</i>	4	
<i>arformoterol tartrate nebu 15mcg/2ml</i>	4	PA BvD
<i>epinephrine inj 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	3	QL(2 EA por 1 días)
<i>formoterol fumarate nebu 20mcg/2ml</i>	4	PA BvD
<i>levalbuterol hcl nebu 0.31mg/3ml, 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml</i>	4	PA BvD
<i>levalbuterol hydrochloride nebu 0.63mg/3ml</i>	4	PA BvD
<i>levalbuterol nebu 1.25mg/0.5ml</i>	4	PA BvD
PROAIR RESPICLICK AEPB 108MCG/ACT	3	QL(6 EA por 90 días)
SEREVENT DISKUS AEPB 50MCG/DOSE	3	QL(180 EA por 90 días)
STRIVERDI RESPIMAT AERS 2.5MCG/ACT	3	QL(12 GM por 90 días)
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium nebu 20mg/2ml</i>	3	PA BvD
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
<i>elioxophyllin elix 80mg/15ml</i>	2	
<i>roflumilast tabs 250mcg, 500mcg</i>	4	
<i>theophylline er tb12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg</i>	4	
<i>theophylline er tb24 400mg, 600mg</i>	3	
<i>theophylline elix 80mg/15ml</i>	4	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
<i>alcohol prep pads pads 70%</i>	2	
<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x 5/16" misc</i>	2	
<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x 1/2" misc</i>	2	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x 12.7mm misc</i>	2	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm misc</i>	2	
<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm misc</i>	2	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>curity gauze pads 2"x2" 12 ply pads</i>	2	
INTRALIPID INJ 20GM/100ML, 30GM/100ML	3	PA BvD
<i>levocarnitine tabs 330mg</i>	4	
NUTRILIPID INJ 20GM/100ML	3	PA BvD
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5) KIT	4	
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5) MISC	4	
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5) KIT	4	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5) MISC	4	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO GEN 5 KIT	4	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS MISC	4	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) MISC	4	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) KIT	4	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) KIT	4	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) MISC	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% soln 0.9%</i>	3	
<i>sterile water for irrigation soln 0</i>	2	
Agentes óticos		
Agentes óticos		
<i>acetic acid soln 2%</i>	2	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone susp 0.3%; 0.1%</i>	4	
<i>ciprofloxacin soln 0.2%</i>	4	
CORTISPORIN-TC SUSP 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 soln 2%; 1%</i>	4	
<i>neomycin/polymyxin/hc soln 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	4	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone otic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	4	
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	2	
Analgésicos		
Analgésicos opioides, de acción prolongada		
<i>buprenorphine ptwk 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr, 5mcg/hr, 7.5mcg/hr</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
<i>fentanyl pt72 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>methadone hcl soln 5mg/5ml</i>	3	QL(1200 ML por 30 días)

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>methadone hcl soln 10mg/5ml</i>	3	QL(600 ML por 30 días)
<i>methadone hcl tabs 10mg, 5mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate er tbcr 15mg, 30mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate er tbcr 100mg, 200mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride er tb24 100mg, 200mg, 300mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
Analgésicos opioides, de acción rápida		
<i>acetaminophen/codeine phosphate tabs 300mg; 60mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>acetaminophen/codeine soln 120mg/5ml; 12mg/5ml</i>	2	QL(3600 ML por 30 días)
<i>acetaminophen/codeine tabs 300mg; 15mg, 300mg; 30mg, 300mg; 60mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>butorphanol tartrate soln 10mg/ml</i>	4	QL(7.5 ML por 30 días)
<i>endocet tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 200mcg</i>	4	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen soln 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	2	QL(3600 ML por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 300mg; 5mg, 300mg; 7.5mg, 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 300mg; 10mg</i>	3	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydrocodone/acetaminophen tabs 325mg; 7.5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl liqd 1mg/ml</i>	3	QL(1350 ML por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tabs 8mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tabs 2mg, 4mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate soln 100mg/5ml</i>	3	QL(180 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate soln 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	3	QL(900 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate tabs 15mg, 30mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride caps 5mg</i>	3	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride conc 100mg/5ml</i>	4	QL(120 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride soln 5mg/5ml</i>	2	QL(2400 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 20mg, 30mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 10mg, 15mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone/acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen tabs 325mg; 37.5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tabs 50mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
Analgésicos		
<i>JOURNAVX TABS 50MG</i>	4	QL(30 EA por 90 días)
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib caps 100mg, 200mg, 50mg</i>	2	
<i>celecoxib caps 400mg</i>	3	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>diclofenac potassium tabs 50mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium dr tbec 50mg, 75mg</i>	2	
<i>diclofenac sodium dr tbec 25mg</i>	4	
<i>diclofenac sodium er tb24 100mg</i>	4	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	3	QL(960 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium external soln 1.5%</i>	4	
<i>diflunisal tabs 500mg</i>	4	
<i>ec-naproxen tbec 500mg</i>	4	
<i>etodolac er tb24 400mg, 500mg, 600mg</i>	4	
<i>etodolac caps 200mg, 300mg</i>	3	
<i>etodolac tabs 400mg, 500mg</i>	2	
<i>flurbiprofen tabs 100mg</i>	3	
<i>ibuprofen susp 100mg/5ml</i>	2	
<i>ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>ibu tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin caps 25mg, 50mg</i>	2	
<i>meloxicam tabs 15mg, 7.5mg</i>	1	
<i>nabumetone tabs 500mg, 750mg</i>	2	
<i>naproxen dr tbec 375mg, 500mg</i>	4	
<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	2	
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>naproxen tbec 500mg</i>	4	
<i>oxaprozin tabs 600mg</i>	2	
<i>piroxicam caps 10mg, 20mg</i>	3	
<i>salsalate tabs 500mg, 750mg</i>	4	
<i>sulindac tabs 150mg, 200mg</i>	2	
Anestésicos		
<i>Anestésicos locales</i>		
<i>glydo prsy 2%</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl jelly prsy 2%</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl inj 0.5%, 1.5%, 4%</i>	2	
<i>lidocaine hcl prsy 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 inj 1%, 2%</i>	2	
<i>lidocaine hydrochloride external soln 4%</i>	3	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine/prilocaine crea 2.5%; 2.5%</i>	2	QL(60 GM por 30 días)
<i>lidocaine oint 5%</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
<i>lidocaine ptch 5%</i>	4	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>premium lidocaine oint 5%</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
Ansiolíticos		
<i>Ansiolíticos, otros</i>		
<i>buspirone hcl tabs 15mg</i>	2	
<i>buspirone hydrochloride tabs 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	2	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam tabs 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	2	
<i>clorazepate dipotassium tabs 15mg, 3.75mg, 7.5mg</i>	4	
<i>diazepam intensol conc 5mg/ml</i>	3	
<i>diazepam soln 5mg/5ml</i>	3	
<i>diazepam tabs 10mg, 2mg, 5mg</i>	2	
<i>lorazepam intensol conc 2mg/ml</i>	2	
<i>lorazepam tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	2	
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin sulfate inj 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	4	HI
<i>ARIKAYCE SUSP 590MG/8.4ML</i>	5	PA; NEDS
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride inj 1.2mg/ml; 0.9%, 1.6mg/ml; 0.9%, 1mg/ml; 0.9%, 2mg/ml; 0.9%</i>	4	HI
<i>gentamicin sulfate crea 0.1%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate inj 40mg/ml</i>	4	HI
<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	2	
<i>isotonic gentamicin inj 0.8mg/ml; 0.9%</i>	4	HI
<i>neomycin sulfate tabs 500mg</i>	2	
<i>streptomycin sulfate inj 1gm</i>	5	NEDS
<i>tobramycin sulfate inj 1.2gm/30ml, 40mg/ml</i>	2	HI
<i>tobramycin sulfate inj 10mg/ml, 80mg/2ml</i>	4	HI
Antibacterianos, otros		
<i>aztreonam inj 1gm, 2gm</i>	4	HI
<i>clindamycin hcl caps 300mg</i>	2	
<i>clindamycin hydrochloride caps 150mg, 75mg</i>	2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride solr 75mg/5ml</i>	4	
<i>clindamycin phosphate crea 2%</i>	4	
<i>clindamycin phosphate inj 9000mg/60ml</i>	2	HI
<i>clindamycin phosphate inj 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml</i>	4	HI
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	3	
<i>colistimethate sodium inj 150mg</i>	5	NEDS; HI
<i>daptomycin/sodium chloride inj 1000mg/100ml; 0.9%, 350mg/50ml; 0.9%, 500mg/50ml; 0.9%, 700mg/100ml; 0.9%</i>	4	HI
<i>daptomycin inj 350mg, 500mg</i>	5	NEDS; HI
<i>fosfomycin tromethamine pack 3gm</i>	4	
<i>IMPAVIDO CAPS 50MG</i>	5	NEDS
<i>linezolid inj 600mg/300ml</i>	4	HI
<i>linezolid susr 100mg/5ml</i>	5	NEDS
<i>linezolid tabs 600mg</i>	4	
<i>methenamine hippurate tabs 1gm</i>	4	
<i>methenamine mandelate tabs 0.5gm, 1gm</i>	4	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75%</i>	3	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>metronidazole inj 500mg/100ml</i>	2	HI
<i>metronidazole tabs 250mg, 500mg</i>	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystals caps 100mg, 25mg, 50mg</i>	4	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrys tals caps 100mg</i>	2	
<i>NUVESSA GEL 1.3%</i>	4	
<i>tigecycline inj 50mg</i>	4	HI
<i>tinidazole tabs 250mg, 500mg</i>	4	
<i>trimethoprim tabs 100mg</i>	3	
<i>vancomycin hcl inj 0.9%; 1gm/200ml</i>	2	HI
<i>vancomycin hcl inj 100gm, 10gm</i>	4	HI
<i>vancomycin hydrochloride caps 125mg, 250mg</i>	3	
<i>vancomycin hydrochloride inj 1.25gm, 1.5gm, 1.75gm, 1gm, 2gm, 500mg, 5gm, 750mg</i>	4	HI
<i>vancomycin inj 0.9%; 500mg/100ml, 0.9%; 750mg/150ml</i>	2	HI
<i>VOQUEZNA DUAL PAK THPK 500MG; 20MG</i>	4	PA
<i>VOQUEZNA TRIPLE PAK THPK 500MG; 500MG; 20MG</i>	4	PA
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefaclor caps 250mg, 500mg</i>	4	
<i>cefadroxil caps 500mg</i>	2	
<i>cefadroxil susr 250mg/5ml, 500mg/5ml</i>	4	
<i>cefazolin sodium/dextrose inj 1gm; 4%, 2gm; 3%, 3gm; 2%</i>	4	HI
<i>cefazolin sodium inj 1gm/50ml; 4%</i>	2	HI
<i>cefazolin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm, 500mg</i>	4	HI
<i>cefazolin/dextrose inj 3gm/150ml; 4%</i>	2	HI
<i>cefazolin inj 2gm/100ml; 4%</i>	2	HI
<i>cefazolin inj 2gm, 3gm</i>	4	HI
<i>cefdinir caps 300mg</i>	2	
<i>cefdinir susr 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	2	
<i>cefpime hydrochloride inj 2gm</i>	4	HI
<i>cefpime/dextrose inj 1gm/50ml; 5%, 2gm/50ml; 5%</i>	4	HI
<i>cefpime inj 1gm/50ml, 1gm, 2gm/100ml, 2gm</i>	4	HI
<i>cefixime caps 400mg</i>	4	
<i>cefixime susr 100mg/5ml, 200mg/5ml</i>	4	
<i>cefotetan inj 1gm, 2gm</i>	4	HI
<i>cefoxitin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	HI
<i>cefpodoxime proxetil susr 100mg/5ml, 50mg/5ml</i>	4	
<i>cefpodoxime proxetil tabs 100mg, 200mg</i>	3	
<i>ceftazidime inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	4	HI
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose inj 20mg/ml; 0, 40mg/ml; 0</i>	4	HI
<i>ceftriaxone sodium inj 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	4	HI

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>ceftriaxone/dextrose inj 1gm; 3.74%</i>	4	HI
<i>cefuroxime axetil tabs 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm, 750mg</i>	4	HI
<i>cephalexin caps 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cephalexin caps 750mg</i>	4	
<i>cephalexin susr 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	3	
<i>tazicef inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	4	HI
TEFLARO INJ 400MG, 600MG	5	NEDS; HI
Betalactámico, penicilinas		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er tb12 1000mg; 62.5mg</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium chew 200mg; 28.5mg, 400mg; 57mg</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium susr 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium susr 250mg/5ml; 62.5mg/5ml</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tabs 500mg; 125mg, 875mg; 125mg</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tabs 250mg; 125mg</i>	4	
<i>amoxicillin caps 250mg, 500mg</i>	2	
<i>amoxicillin chew 125mg, 250mg</i>	2	
<i>amoxicillin susr 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin tabs 500mg, 875mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium inj 10gm, 125mg, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	4	HI
<i>ampicillin-sulbactam inj 10gm; 5gm, 1gm; 0.5gm</i>	4	HI
<i>ampicillin/sulbactam inj 2gm; 1gm</i>	4	HI
<i>ampicillin caps 500mg</i>	2	
BICILLIN L-A INJ 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin sodium caps 250mg, 500mg</i>	3	
<i>nafcillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	HI
<i>oxacillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	HI
<i>penicillin g potassium inj 20000000unit, 5000000unit</i>	4	HI
<i>penicillin g sodium inj 5000000unit</i>	5	NEDS; HI
<i>penicillin v potassium solr 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium tabs 250mg, 500mg</i>	2	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium inj 12gm; 1.5gm, 2gm; 0.25gm, 36gm; 4.5gm, 3gm; 0.375gm, 4gm; 0.5gm</i>	4	HI
ZOSYN INJ 5%; 4GM/100ML; 0.5GM/100ML	3	HI
Carbapenemas		
<i>ertapenem sodium inj 1gm</i>	4	HI
<i>imipenem/cilastatin inj 250mg; 250mg, 500mg; 500mg</i>	4	HI
<i>meropenem inj 500mg</i>	3	HI

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>meropenem inj 1gm, 2gm</i>	4	HI
Macrólidos		
<i>azithromycin inj 500mg</i>	4	HI
<i>azithromycin pack 1gm</i>	3	
<i>azithromycin susr 100mg/5ml, 200mg/5ml</i>	3	
<i>azithromycin tabs 250mg, 500mg, 600mg</i>	2	
<i>clarithromycin er tb24 500mg</i>	3	
<i>clarithromycin susr 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	4	
<i>clarithromycin tabs 250mg, 500mg</i>	2	
<i>DIFICID SUSR 40MG/ML</i>	5	NEDS
<i>DIFICID TABS 200MG</i>	5	NEDS
<i>erythromycin dr cpep 250mg</i>	4	
<i>erythromycin dr tbec 250mg, 333mg, 500mg</i>	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate tabs 400mg</i>	4	
<i>fidaxomicin tabs 200mg</i>	5	NEDS
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl tabs 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tabs 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inj 200mg/100ml; 5%, 400mg/200ml; 5%</i>	4	HI
<i>levofloxacin in d5w inj 5%; 250mg/50ml, 5%; 500mg/100ml</i>	3	HI
<i>levofloxacin in d5w inj 5%; 750mg/150ml</i>	4	HI
<i>levofloxacin oral soln 25mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin tabs 250mg, 500mg, 750mg</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride inj 400mg/250ml; 0.8%</i>	4	HI
<i>moxifloxacin hydrochloride tabs 400mg</i>	2	
Sulfonamidas		
<i>sulfacetamide sodium lotn 10%</i>	4	
<i>sulfadiazine tabs 500mg</i>	4	
<i>sulfamethoxazole(trimethoprim ds tabs 800mg; 160mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole(trimethoprim susp 200mg/5ml; 40mg/5ml</i>	3	
<i>sulfamethoxazole(trimethoprim tabs 400mg; 80mg</i>	1	
Tetraciclinas		
<i>doxycycline hyclate caps 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate inj 100mg</i>	3	HI
<i>doxycycline hyclate tabs 100mg, 20mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate tabs 150mg</i>	4	
<i>doxycycline monohydrate caps 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate tabs 100mg, 50mg, 75mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate tabs 150mg</i>	4	
<i>doxycycline susr 25mg/5ml</i>	4	
<i>minocycline hcl caps 75mg</i>	3	
<i>minocycline hcl tabs 100mg, 75mg</i>	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>minocycline hydrochloride caps 100mg, 50mg</i>	3	
<i>minocycline hydrochloride tabs 50mg</i>	4	
<i>tetracycline hydrochloride caps 250mg, 500mg</i>	3	
Anticonvulsivos		
<i>Agentes de modificación de los canales de calcio</i>		
<i>ethosuximide caps 250mg</i>	4	
<i>ethosuximide soln 250mg/5ml</i>	3	
<i>methsuximide caps 300mg</i>	3	
<i>Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)</i>		
<i>clobazam susp 2.5mg/ml</i>	3	
<i>clobazam tabs 10mg, 20mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonazepam odt tbdp 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	3	
<i>clonazepam tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
<i>DIACOMIT CAPS 250MG, 500MG</i>	5	PA NSO; NEDS
<i>DIACOMIT PACK 250MG, 500MG</i>	5	PA NSO; NEDS
<i>diazepam rectal gel gel 10mg, 2.5mg, 20mg</i>	4	
<i>divalproex sodium dr csdr 125mg</i>	3	
<i>divalproex sodium dr tbec 125mg, 250mg, 500mg</i>	2	
<i>divalproex sodium er tb24 250mg, 500mg</i>	3	
<i>gabapentin caps 100mg, 300mg, 400mg</i>	2	
<i>gabapentin soln 250mg/5ml</i>	4	
<i>gabapentin tabs 600mg, 800mg</i>	2	
<i>LIBERVANT FILM 10MG, 12.5MG, 15MG, 5MG, 7.5MG</i>	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elix 20mg/5ml</i>	3	
<i>phenobarbital tabs 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	2	
<i>pregabalin caps 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 300mg, 50mg, 75mg</i>	2	
<i>pregabalin soln 20mg/ml</i>	4	
<i>primidone tabs 250mg, 50mg</i>	2	
<i>primidone tabs 125mg</i>	4	
<i>SYMPAZAN FILM 5MG</i>	4	
<i>SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG</i>	5	NEDS
<i>tiagabine hydrochloride tabs 12mg, 16mg, 2mg, 4mg</i>	4	
<i>VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10MG/0.1ML</i>	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5MG/0.1ML</i>	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10MG/0.1ML</i>	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5MG/0.1ML</i>	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>vigabatrin pack 500mg</i>	5	NEDS

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>vigabatrin tabs 500mg</i>	5	NEDS
VIGAFYDE SOLN 100MG/ML	5	PA NSO; NEDS
<i>vigpoder pack 500mg</i>	5	NEDS
ZTALMY SUSP 50MG/ML	5	PA NSO; NEDS
Agentes para los canales de sodio		
<i>carbamazepine er cp12 100mg, 200mg, 300mg</i>	4	
<i>carbamazepine er tb12 100mg, 200mg, 400mg</i>	4	
<i>carbamazepine chew 100mg, 200mg</i>	3	
<i>carbamazepine susp 100mg/5ml</i>	4	
<i>carbamazepine tabs 200mg</i>	3	
DILANTIN CAPS 30MG	4	
<i>epitol tabs 200mg</i>	3	
<i>eslicarbazepine acetate tabs 200mg, 400mg, 600mg, 800mg</i>	4	
<i>lacosamide inj 200mg/20ml</i>	4	
<i>lacosamide oral soln 10mg/ml</i>	4	
<i>lacosamide tabs 100mg, 150mg, 200mg, 50mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxcarbazepine susp 300mg/5ml</i>	4	
<i>oxcarbazepine tabs 150mg, 300mg, 600mg</i>	3	
<i>phenytek caps 200mg, 300mg</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended caps 100mg, 200mg, 300mg</i>	2	
<i>phenytoin chew 50mg</i>	2	
<i>phenytoin susp 125mg/5ml</i>	2	
<i>rufinamide susp 40mg/ml</i>	5	NEDS
<i>rufinamide tabs 200mg</i>	4	
<i>rufinamide tabs 400mg</i>	5	NEDS
XCOPRI TABS 100MG, 150MG, 200MG, 25MG, 50MG	5	NEDS
XCOPRI TBPK 12.5MG-25MG	4	
XCOPRI TBPK 50MG-100MG; 150MG-200MG (28 TAB PACK); 100MG-150MG; 150MG-200MG (56 TAB PACK)	5	NEDS
ZONISADE SUSP 100MG/5ML	4	
<i>zonisamide caps 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
Anticonvulsivos, otros		
BRIVIACT SOLN 10MG/ML	5	NEDS
BRIVIACT TABS 100MG, 10MG, 25MG, 50MG, 75MG	5	NEDS
EPIDIOLEX SOLN 100MG/ML	5	PA NSO; NEDS
EPRONTIA SOLN 25MG/ML	4	
<i>felbamate susp 600mg/5ml</i>	4	
<i>felbamate tabs 400mg, 600mg</i>	4	
FINTEPLA SOLN 2.2MG/ML	5	PA NSO; NEDS
FYCOMPA SUSP 0.5MG/ML	4	
FYCOMPA TABS 10MG, 12MG, 2MG, 4MG, 6MG, 8MG	4	
<i>lamotrigine er tb24 100mg, 200mg, 250mg, 25mg, 300mg, 50mg</i>	4	
<i>lamotrigine odt tbdp 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>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 chew 25mg, 5mg</i>	3	
<i>lamotrigine tabs 100mg, 150mg, 200mg, 25mg</i>	2	
<i>levetiracetam er tb24 500mg, 750mg</i>	4	
<i>levetiracetam inj 500mg/5ml</i>	2	
<i>levetiracetam oral soln 100mg/ml</i>	2	
<i>levetiracetam tabs 1000mg, 250mg, 500mg, 750mg</i>	3	
<i>levetiracetam tb3d 250mg</i>	4	
NAYZILAM SOLN 5MG/0.1ML	4	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
<i>perampanel tabs 10mg, 12mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg</i>	4	
<i>roweepra tabs 500mg</i>	3	
SPRITAM TB3D 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	
<i>subvenite tabs 100mg, 150mg, 200mg, 25mg</i>	2	
<i>topiramate cpsp 15mg, 25mg, 50mg</i>	4	
<i>topiramate soln 25mg/ml</i>	4	
<i>topiramate tabs 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>valproic acid caps 250mg</i>	2	
<i>valproic acid soln 250mg/5ml</i>	2	
Antidepresivos		
<i>Antidepresivos, otros</i>		
AUVELITY TBCR 105MG; 45MG	4	
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 100mg, 150mg, 200mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tb24 150mg, 300mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride tabs 100mg, 75mg</i>	2	
<i>mirtazapine odt tbdp 15mg, 30mg, 45mg</i>	3	
<i>mirtazapine tabs 15mg, 30mg, 45mg, 7.5mg</i>	2	
ZURZUVAE CAPS 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
ZURZUVAE CAPS 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
<i>Inhibidores de la monoaminooxidasa</i>		
EMSAM PT24 12MG/24HR, 6MG/24HR, 9MG/24HR	5	ST NSO; NEDS
MARPLAN TABS 10MG	4	
<i>phenelzine sulfate tabs 15mg</i>	3	
<i>tranylcypromine sulfate tabs 10mg</i>	4	
Tricíclicos		
<i>amitriptyline hcl tabs 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	2	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>amitriptyline hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	
<i>amoxapine tabs 100mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>clomipramine hydrochloride caps 25mg, 50mg, 75mg</i>	4	
<i>desipramine hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	4	
<i>doxepin hcl caps 75mg</i>	3	
<i>doxepin hcl conc 10mg/ml</i>	2	
<i>doxepin hydrochloride caps 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>imipramine hcl tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>imipramine hydrochloride tabs 10mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl caps 25mg, 75mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl soln 10mg/5ml</i>	4	
<i>nortriptyline hydrochloride caps 10mg, 50mg</i>	2	
<i>protriptyline hcl tabs 10mg, 5mg</i>	4	
<i>trimipramine maleate caps 100mg, 25mg, 50mg</i>	4	
Antidepressants		
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor		
<i>citalopram hydrobromide soln 10mg/5ml</i>	4	
<i>citalopram hydrobromide tabs 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>desvenlafaxine er tb24 100mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20MG, 60MG</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>DRIZALMA SPRINKLE CSDR 30MG, 40MG</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr cpep 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr cpep 30mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr cpep 40mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate soln 5mg/5ml</i>	4	
<i>escitalopram oxalate tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
<i>FETZIMA TITRATION PACK C4PK 0</i>	4	ST NSO
<i>FETZIMA CP24 120MG, 20MG, 40MG, 80MG</i>	4	ST NSO
<i>fluoxetine dr cpdr 90mg</i>	4	
<i>fluoxetine hydrochloride caps 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride soln 20mg/5ml</i>	4	
<i>fluvoxamine maleate tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>nefazodone hydrochloride tabs 100mg, 150mg, 200mg, 250mg, 50mg</i>	4	
<i>paroxetine hcl tabs 30mg, 40mg</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride susp 10mg/5ml</i>	4	
<i>paroxetine hydrochloride tabs 10mg, 20mg</i>	2	
<i>RALDESY SOLN 10MG/ML</i>	5	NEDS
<i>sertraline hcl conc 20mg/ml</i>	3	
<i>sertraline hcl tabs 50mg</i>	1	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>sertraline hydrochloride tabs 100mg, 25mg</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride tabs 100mg, 150mg, 50mg</i>	2	
<i>trazodone hydrochloride tabs 300mg</i>	4	
<i>TRINTELLIX TABS 10MG, 20MG, 5MG</i>	4	
<i>venlafaxine hydrochloride er cp24 150mg, 37.5mg, 75mg</i>	3	
<i>venlafaxine hydrochloride tabs 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg</i>	2	
<i>vilazodone hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 40mg</i>	4	
Antieméticos		
Adyuvantes para terapia emetogénica		
<i>aprepitant caps 0, 40mg, 80mg</i>	4	PA BvD
<i>aprepitant caps 125mg</i>	5	PA BvD; NEDS
<i>dronabinol caps 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	PA BvD
<i>gransetron hydrochloride tabs 1mg</i>	3	PA BvD
<i>ondansetron hcl soln 4mg/5ml</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron hcl tabs 24mg</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron hydrochloride tabs 4mg, 8mg</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron odt tbdp 4mg, 8mg</i>	2	PA BvD
Antieméticos, otros		
<i>meclizine hcl tabs 12.5mg, 25mg</i>	2	
<i>prochlorperazine edisylate inj 10mg/2ml</i>	2	
<i>prochlorperazine maleate tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>prochlorperazine supp 25mg</i>	4	
<i>promethazine hcl inj 25mg/ml, 50mg/ml</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride plain soln 6.25mg/5ml</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride tabs 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>scopolamine pt72 1mg/3days</i>	4	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
<i>dapsone tabs 100mg, 25mg</i>	3	
<i>rifabutin caps 150mg</i>	4	
Antituberculosos		
<i>ethambutol hydrochloride tabs 100mg, 400mg</i>	3	
<i>isoniazid syrp 50mg/5ml</i>	4	
<i>isoniazid tabs 100mg, 300mg</i>	1	
<i>PRIFTIN TABS 150MG</i>	4	
<i>pyrazinamide tabs 500mg</i>	4	
<i>rifampin caps 150mg, 300mg</i>	4	
<i>rifampin inj 600mg</i>	4	
<i>SIRTURO TABS 100MG, 20MG</i>	5	PA; NEDS
<i>TRECATOR TABS 250MG</i>	4	
Antimicóticos		
Antimicóticos		
<i>ABELCET INJ 5MG/ML</i>	4	PA BvD

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>amphotericin b liposome inj 50mg</i>	5	PA BvD; NEDS
<i>amphotericin b inj 50mg</i>	4	PA BvD
<i>clotrimazole crea 1%</i>	2	
<i>clotrimazole soln 1%</i>	3	
<i>clotrimazole troc 10mg</i>	3	
<i>CRESEMBA CAPS 186MG, 74.5MG</i>	5	PA; NEDS
<i>econazole nitrate crea 1%</i>	2	
<i>fluconazole in sodium chloride inj 200mg/100ml; 0.9%, 400mg/200ml; 0.9%</i>	4	
<i>fluconazole susr 10mg/ml, 40mg/ml</i>	4	
<i>fluconazole tabs 100mg, 150mg, 200mg, 50mg</i>	2	
<i>flucytosine caps 250mg, 500mg</i>	5	NEDS
<i>griseofulvin microsize susp 125mg/5ml</i>	4	
<i>griseofulvin microsize tabs 500mg</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize tabs 125mg, 250mg</i>	4	
<i>itraconazole caps 100mg</i>	3	
<i>ketoconazole crea 2%</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>ketoconazole sham 2%</i>	2	
<i>ketoconazole tabs 200mg</i>	2	
<i>klayesta powd 100000unit/gm</i>	2	
<i>micafungin inj 100mg, 50mg</i>	4	
<i>miconazole 3 supp 200mg</i>	3	
<i>naftifine hydrochloride crea 1%, 2%</i>	4	
<i>nyamyc powd 100000unit/gm</i>	2	
<i>nystatin crea 100000unit/gm</i>	2	
<i>nystatin oint 100000unit/gm</i>	2	
<i>nystatin powd 100000unit/gm</i>	2	
<i>nystatin susp 100000unit/ml</i>	2	
<i>nystatin tabs 500000unit</i>	3	
<i>nystop powd 100000unit/gm</i>	2	
<i>posaconazole dr tbec 100mg</i>	5	NEDS
<i>posaconazole susp 40mg/ml</i>	5	NEDS
<i>terbinafine hcl tabs 250mg</i>	2	QL(42 EA por 42 días)
<i>terconazole crea 0.4%, 0.8%</i>	3	
<i>terconazole supp 80mg</i>	4	
<i>voriconazole inj 200mg</i>	5	PA; NEDS
<i>voriconazole susr 40mg/ml</i>	5	NEDS
<i>voriconazole tabs 200mg, 50mg</i>	4	
Antineoplásicos		
<i>Agentes alquilantes</i>		
<i>cyclophosphamide caps 25mg, 50mg</i>	4	PA BvD; SP-Optum Specialty
<i>cyclophosphamide tabs 25mg, 50mg</i>	3	PA BvD
<i>GLEOSTINE CAPS 100MG, 10MG, 40MG</i>	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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
LEUKERAN TABS 2MG	5	NEDS
MATULANE CAPS 50MG	5	NEDS
VALCHLOR GEL 0.016%	5	NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiangiogénicos		
<i>lenalidomide caps 2.5mg, 20mg</i>	5	PA NSO; NEDS
<i>lenalidomide caps 10mg, 15mg, 25mg, 5mg</i>	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
POMALYST CAPS 1MG, 2MG, 3MG, 4MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
THALOMID CAPS 100MG, 150MG, 200MG, 50MG	5	NEDS; SP-Optum Specialty
Antiandrogénicos		
<i>abiraterone acetate tabs 250mg, 500mg</i>	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ABIRTEGA TABS 250MG	4	PA NSO
<i>bicalutamide tabs 50mg</i>	2	
ERLEADA TABS 240MG	5	PA NSO; NEDS
ERLEADA TABS 60MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
EULEXIN CAPS 125MG	4	
<i>nilutamide tabs 150mg</i>	5	NEDS
NUBEQA TABS 300MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XTANDI CAPS 40MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XTANDI TABS 40MG, 80MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
YONSA TABS 125MG	5	PA NSO; NEDS
Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco		
DARZALEX INJ 100MG/5ML, 400MG/20ML	5	NEDS
OPDIVO INJ 100MG/10ML, 120MG/12ML, 240MG/24ML, 40MG/4ML	5	NEDS
YERVOY INJ 200MG/40ML, 50MG/10ML	5	NEDS
Antiestrógenos/modificadores		
EMCYT CAPS 140MG	5	NEDS
ORSERDU TABS 345MG, 86MG	5	PA NSO; NEDS
SOLTAMOX SOLN 10MG/5ML	5	NEDS
<i>tamoxifén citrate tabs 10mg, 20mg</i>	3	
<i>toremifene citrate tabs 60mg</i>	5	NEDS
Antimetabolitos		
DROXIA CAPS 200MG, 300MG, 400MG	3	
<i>hydroxyurea caps 500mg</i>	3	
<i>mercaptopurine susp 2000mg/100ml</i>	5	NEDS

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>mercaptopurine tabs 50mg</i>	4	
TABLOID TABS 40MG	5	NEDS; SP-Optum Specialty
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA TABS 500MG; 100MG, 500MG; 50MG	5	PA NSO; NEDS
<i>bortezomib inj 1mg, 2.5mg</i>	4	
<i>bortezomib inj 3.5mg/1.4ml, 3.5mg</i>	5	NEDS
<i>boruzu inj 3.5mg/1.4ml</i>	4	
<i>docetaxel inj 160mg/8ml, 20mg/ml, 80mg/4ml</i>	4	
IBRANCE TABS 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INREBIC CAPS 100MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ITOVEBI TABS 9MG	5	PA NSO; NEDS
ITOVEBI TABS 3MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
IWLFIN TABS 192MG	5	PA NSO; NEDS
KISQALI FEMARA 200 DOSE TBPK 2.5MG; 200MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KISQALI FEMARA 400 DOSE TBPK 2.5MG; 200MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KISQALI FEMARA 600 DOSE TBPK 2.5MG; 200MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LAZCLUZE TABS 240MG	5	PA NSO; NEDS
LAZCLUZE TABS 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>leucovorin calcium tabs 10mg, 15mg, 25mg, 5mg</i>	2	
LONSURF TABS 6.14MG; 15MG, 8.19MG; 20MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYSODREN TABS 500MG	5	NEDS
OGSIVEO TABS 100MG, 150MG, 50MG	5	PA NSO; NEDS
OJEMDA SUSR 25MG/ML	5	PA NSO; NEDS
OJEMDA TABS 100MG	5	PA NSO; NEDS
ONUREG TABS 200MG, 300MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>paclitaxel inj 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml, 30mg/5ml</i>	2	
REVUFORJ TABS 110MG, 160MG, 25MG	5	PA NSO; NEDS
VONJO CAPS 100MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZOLINZA CAPS 100MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
Complementos del tratamiento		
<i>mesna tabs 400mg</i>	5	NEDS

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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
VORANIGO TABS 40MG	5	PA NSO; NEDS
VORANIGO TABS 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>Inhibidores de enzimas</i>		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK THPK 0.8MG; 200MG	5	PA NSO; NEDS
KYPROLIS INJ 10MG, 30MG, 60MG	5	NEDS
<i>Inhibidores de la aromatasa, tercera generación</i>		
<i>anastrozole tabs 1mg</i>	3	
<i>exemestane tabs 25mg</i>	4	
<i>letrozole tabs 2.5mg</i>	3	
<i>Inhibidores moleculares dirigidos</i>		
ALECENSA CAPS 150MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ALUNBRIG TABS 180MG, 30MG, 90MG	5	PA NSO; NEDS
ALUNBRIG TBPK 0	5	PA NSO; NEDS
AUGTYRO CAPS 160MG, 40MG	5	PA NSO; NEDS
AYVAKIT TABS 100MG, 200MG, 25MG, 300MG, 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BALVERSA TABS 3MG, 4MG, 5MG	5	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPS 50MG	5	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPS 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BOSULIF TABS 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BOSULIF TABS 400MG, 500MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BRAFTOVI CAPS 75MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BRUKINSA CAPS 80MG	5	PA NSO; NEDS
BRUKINSA TABS 160MG	5	PA; NEDS
CABOMETYX TABS 20MG, 40MG, 60MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
CALQUENCE CAPS 100MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
CALQUENCE TABS 100MG	5	PA NSO; NEDS
CAPRELSA TABS 300MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
CAPRELSA TABS 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
COMETRIQ KIT 0, 20MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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
COPIKTRA CAPS 15MG, 25MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
COTELLIC TABS 20MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
DANZITEN TABS 71MG, 95MG	5	PA NSO; NEDS
<i>dasatinib tabs 100mg, 140mg, 20mg, 50mg, 70mg, 80mg</i>	5	PA NSO; NEDS
DAURISMO TABS 100MG, 25MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ERIVEDGE CAPS 150MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>erlotinib hydrochloride tabs 150mg, 25mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); NEDS; SP-Optum Specialty
<i>erlotinib hydrochloride tabs 100mg</i>	5	QL(90 EA por 30 días); NEDS; SP-Optum Specialty
<i>everolimus tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>everolimus tbs 2mg, 3mg, 5mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
EXKIVITY CAPS 40MG	5	PA NSO; NEDS
FOTIVDA CAPS 0.89MG, 1.34MG	5	PA NSO; NEDS
FRUZAQLA CAPS 1MG, 5MG	5	PA NSO; NEDS
GAVRETO CAPS 100MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>gefitinib tabs 250mg</i>	5	PA NSO; NEDS
GILOTrif TABS 20MG, 30MG, 40MG	5	PA NSO; NEDS
GOMEKLI CAPS 1MG, 2MG	5	PA NSO; NEDS
GOMEKLI TBS 1MG	5	PA NSO; NEDS
IBRANCE CAPS 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ICLUSIG TABS 10MG, 15MG, 30MG, 45MG	5	PA NSO; NEDS
IDHIFA TABS 100MG, 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>imatinib mesylate tabs 100mg</i>	4	
<i>imatinib mesylate tabs 400mg</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
IMBRUVICA CAPS 140MG, 70MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
IMBRUVICA SUSP 70MG/ML	5	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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
IMBRUVICA TABS 140MG, 280MG, 420MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
IMKELDI SOLN 80MG/ML	5	PA NSO; NEDS
INLYTA TABS 1MG, 5MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INQOVI TABS 100MG; 35MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
JAKAFI TABS 10MG, 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
JAYPIRCA TABS 100MG, 50MG	5	PA NSO; NEDS
KISQALI TBPK 200MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KOSELUGO CAPS 10MG, 25MG	5	PA NSO; NEDS
KRAZATI TABS 200MG	5	PA NSO; NEDS
<i>lapatinib ditosylate tabs 250mg</i>	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE CPPK 0	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE CPPK 0	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE CPPK 0	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LORBRENA TABS 100MG, 25MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LUMAKRAS TABS 240MG, 320MG	5	PA NSO; NEDS
LUMAKRAS TABS 120MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYNPARZA TABS 100MG, 150MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYTGOBI TBPK 4MG	5	PA NSO; NEDS
MEKINIST SOLR 0.05MG/ML	5	PA NSO; NEDS
MEKINIST TABS 0.5MG, 2MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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
MEKTOVI TABS 15MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
NERLYNX TABS 40MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>nilotinib hydrochloride caps 150mg, 200mg, 50mg</i>	5	PA NSO; NEDS
NINLARO CAPS 2.3MG, 3MG, 4MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ODOMZO CAPS 200MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
OJJAARA TABS 100MG, 150MG, 200MG	5	PA NSO; NEDS
<i>pazopanib hydrochloride tabs 200mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
PEMAZYRE TABS 13.5MG, 4.5MG, 9MG	5	PA NSO; NEDS
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 250MG DAILY DOSE TBPK 0	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
QINLOCK TABS 50MG	5	PA NSO; NEDS
RETEVMO CAPS 40MG, 80MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RETEVMO TABS 120MG, 160MG	5	PA NSO; NEDS
RETEVMO TABS 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
RETEVMO TABS 40MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
REZLIDHIA CAPS 150MG	5	PA NSO; NEDS
ROMVIMZA CAPS 14MG, 20MG, 30MG	5	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK CAPS 100MG, 200MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ROZLYTREK PACK 50MG	5	PA NSO; NEDS
RUBRACA TABS 200MG, 250MG, 300MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RYDAPT CAPS 25MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
SCEMBLIX TABS 20MG, 40MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
SCEMBLIX TABS 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib tosylate tabs 200mg</i>	5	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>sorafenib tabs 200mg</i>	5	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
STIVARGA TABS 40MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>sunitinib malate caps 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TABRECTA TABS 150MG, 200MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAFINLAR CAPS 50MG, 75MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAFINLAR TBSO 10MG	5	PA NSO; NEDS
TAGRISSO TABS 40MG, 80MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TALZENNA CAPS 0.1MG, 0.35MG	5	PA NSO; NEDS
TALZENNA CAPS 0.25MG, 0.5MG, 0.75MG, 1MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAZVERIK TABS 200MG	5	PA NSO; NEDS
TEPMETKO TABS 225MG	5	PA NSO; NEDS
TIBSOVO TABS 250MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TRUQAP TABS 160MG, 200MG	5	PA NSO; NEDS
TRUQAP TBPK 160MG, 200MG	5	PA NSO; NEDS
TUKYSA TABS 150MG, 50MG	5	PA NSO; NEDS
TURALIO CAPS 125MG	5	PA NSO; NEDS
VANFLYTA TABS 17.7MG, 26.5MG	5	PA NSO; NEDS
VENCLEXTA STARTING PACK TBPK 0	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 10MG	3	PA NSO; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 100MG, 50MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VERZENIO TABS 100MG, 150MG, 200MG, 50MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VITRAKVI CAPS 100MG, 25MG	5	PA NSO; NEDS
VITRAKVI SOLN 20MG/ML	5	PA NSO; NEDS
VIZIMPRO TABS 15MG, 30MG, 45MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XALKORI CAPS 200MG, 250MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XALKORI CPSP 150MG, 20MG, 50MG	5	PA NSO; NEDS
XOSPATA TABS 40MG	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20MG	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20MG	5	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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
XPOVIO TBPK 10MG, 40MG, 50MG, 60MG	5	PA NSO; NEDS
ZEJULA TABS 100MG, 200MG, 300MG	5	PA NSO; NEDS
ZELBORAF TABS 240MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZYDELIG TABS 100MG, 150MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZYKADIA TABS 150MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
Retinoides		
<i>bexarotene caps 75mg</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bexarotene gel 1%</i>	5	PA NSO; NEDS
PANRETIN GEL 0.1%	5	NEDS
<i>tretinooin caps 10mg</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole tabs 200mg</i>	4	
<i>ivermectin tabs 3mg, 6mg</i>	3	
<i>praziquantel tabs 600mg</i>	3	
Antiprotozoico		
<i>atovaquone/proguanil hcl tabs 62.5mg; 25mg</i>	4	
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride tabs 250mg; 100mg</i>	4	
<i>atovaquone susp 750mg/5ml</i>	4	
<i>chloroquine phosphate tabs 250mg</i>	3	
<i>chloroquine phosphate tabs 500mg</i>	4	
COARTEM TABS 20MG; 120MG	4	QL(24 EA por 3 días)
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 200mg</i>	2	
<i>mefloquine hydrochloride tabs 250mg</i>	3	
<i>nitazoxanide tabs 500mg</i>	4	
<i>pentamidine isethionate inj 300mg</i>	4	
<i>pentamidine isethionate inhalation solr 300mg</i>	4	PA BvD
<i>primaquine phosphate tabs 26.3mg</i>	4	
<i>pyrimethamine tabs 25mg</i>	5	NEDS
<i>quinine sulfate caps 324mg</i>	4	PA
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		
<i>chlorpromazine hydrochloride conc 100mg/ml, 30mg/ml</i>	4	
<i>chlorpromazine hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	4	
<i>fluphenazine decanoate inj 25mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl conc 5mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride elix 2.5mg/5ml</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride inj 2.5mg/ml</i>	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>fluphenazine hydrochloride tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	
<i>haloperidol decanoate inj 100mg/ml, 50mg/ml</i>	3	
<i>haloperidol lactate inj 5mg/ml</i>	4	
<i>haloperidol conc 2mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol tabs 0.5mg, 10mg, 1mg, 20mg, 2mg, 5mg</i>	2	
<i>loxapine caps 10mg, 25mg, 50mg, 5mg</i>	3	
<i>molindone hydrochloride tabs 10mg, 25mg, 5mg</i>	3	
<i>perphenazine tabs 16mg, 2mg, 4mg, 8mg</i>	3	
<i>pimozide tabs 1mg, 2mg</i>	4	
<i>thioridazine hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>thiothixene caps 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hcl tabs 10mg, 2mg, 5mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hydrochloride tabs 1mg</i>	4	
Resistente al tratamiento		
<i>clozapine odt tbdp 100mg, 12.5mg, 150mg, 200mg, 25mg</i>	4	
<i>clozapine tabs 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	3	
VERSACLOZ SUSP 50MG/ML	5	NEDS
Segunda generación/atípico		
ABILIFY ASIMTUFI INJ 720MG/2.4ML, 960MG/3.2ML	5	NEDS
ABILIFY MAINTENA INJ 300MG, 400MG	5	NEDS
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT TBPK 10MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
ABILIFY MYCITE STARTER KIT TBPK 15MG, 20MG, 2MG, 30MG, 5MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>aripiprazole odt tbdp 10mg, 15mg</i>	4	
<i>aripiprazole soln 1mg/ml</i>	3	
<i>aripiprazole tabs 10mg, 15mg, 20mg, 2mg, 30mg, 5mg</i>	2	
ARISTADA INITIO INJ 675MG/2.4ML	5	NEDS
ARISTADA INJ 1064MG/3.9ML, 441MG/1.6ML, 662MG/2.4ML, 882MG/3.2ML	5	NEDS
<i>asenapine maleate sl subl 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	ST NSO
CAPLYTA CAPS 10.5MG, 21MG, 42MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
FANAPT TITRATION PACK A TABS 0	4	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK B TABS 0	4	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK C TABS 0	4	ST NSO
FANAPT TABS 10MG, 12MG, 1MG, 2MG, 4MG, 6MG, 8MG	5	ST NSO; NEDS
INVEGA HAFYERA INJ 1092MG/3.5ML, 1560MG/5ML	5	NEDS
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	4	
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	5	NEDS
INVEGA TRINZA INJ 273MG/0.88ML, 410MG/1.32ML, 546MG/1.75ML, 819MG/2.63ML	5	NEDS

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>lurasidone hydrochloride tabs 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tabs 80mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI TABS 10MG; 10MG, 15MG; 10MG, 20MG; 10MG, 5MG; 10MG	5	PA NSO; NEDS
NUPLAZID CAPS 34MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
NUPLAZID TABS 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>olanzapine odt tbdp 5mg</i>	2	
<i>olanzapine odt tbdp 10mg, 15mg, 20mg</i>	3	
<i>olanzapine inj 10mg</i>	3	
<i>olanzapine tabs 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 tb24 1.5mg, 3mg, 6mg, 9mg</i>	4	
PERSERIS INJ 120MG, 90MG	5	NEDS
<i>quetiapine fumarate tabs 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg</i>	2	
<i>quetiapine fumarate tabs 25mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
REXULTI TABS 0.25MG, 0.5MG, 1MG, 2MG, 3MG, 4MG	5	NEDS
<i>risperidone er inj 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>risperidone er inj 37.5mg, 50mg</i>	5	NEDS
<i>risperidone odt tbdp 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	3	
<i>risperidone soln 1mg/ml</i>	3	
<i>risperidone tabs 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	1	
SECUADO PT24 3.8MG/24HR, 5.7MG/24HR, 7.6MG/24HR	5	NEDS
VRAYLAR CAPS 1.5MG, 3MG, 4.5MG, 6MG	5	NEDS
<i>ziprasidone hcl caps 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	3	
<i>ziprasidone mesylate inj 20mg</i>	3	
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	3	
ZYPREXA RELPREVV INJ 300MG, 405MG	5	NEDS
Antivírico		
Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)		
APTIVUS CAPS 250MG	5	NEDS
<i>atazanavir sulfate caps 300mg</i>	4	
<i>atazanavir caps 150mg, 200mg</i>	4	
<i>darunavir tabs 600mg</i>	4	
<i>darunavir tabs 800mg</i>	5	NEDS
EVOTAZ TABS 300MG; 150MG	5	NEDS
<i>fosamprenavir calcium tabs 700mg</i>	5	NEDS
KALETRA SOLN 400MG/5ML; 100MG/5ML	4	
LEXIVA SUSP 50MG/ML	3	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>lopinavir/ritonavir soln 400mg/5ml; 100mg/5ml</i>	4	
<i>lopinavir/ritonavir tabs 100mg; 25mg, 200mg; 50mg</i>	4	
NORVIR PACK 100MG	4	
PREZCOBIX TABS 150MG; 675MG, 150MG; 800MG	5	NEDS
PREZISTA SUSP 100MG/ML	5	NEDS
PREZISTA TABS 75MG	4	
PREZISTA TABS 150MG	5	NEDS
REYATAZ PACK 50MG	5	NEDS
<i>ritonavir tabs 100mg</i>	3	
SYMTUZA TABS 150MG; 800MG; 200MG; 10MG	5	NEDS
VIRACEPT TABS 250MG	3	
VIRACEPT TABS 625MG	5	NEDS
Agentes anti-VIH, otros		
FUZEON INJ 90MG	5	NEDS
<i>maraviroc tabs 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); NEDS
<i>maraviroc tabs 150mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días); NEDS
RUKOBIA TB12 600MG	5	NEDS
SELZENTRY SOLN 20MG/ML	3	QL(1800 ML por 30 días)
SELZENTRY TABS 25MG	4	QL(480 EA por 30 días)
SELZENTRY TABS 75MG	5	QL(60 EA por 30 días); NEDS
SUNLENCA TABS 300MG	5	QL(24 EA por 168 días); NEDS
SUNLENCA TBPK 300MG	5	NEDS
TYBOST TABS 150MG	3	
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
<i>cidofovir inj 75mg/ml</i>	5	NEDS
LIVTENCITY TABS 200MG	5	PA; NEDS
PREVYMIS PACK 20MG	4	PA
PREVYMIS PACK 120MG	5	PA; NEDS
PREVYMIS TABS 240MG, 480MG	5	PA; NEDS
<i>valganciclovir hydrochloride solr 50mg/ml</i>	5	NEDS
<i>valganciclovir tabs 450mg</i>	3	
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl caps 100mg</i>	3	
<i>amantadine hcl soln 50mg/5ml</i>	3	
<i>amantadine hcl tabs 100mg</i>	3	
<i>oseltamivir phosphate caps 30mg, 45mg, 75mg</i>	3	
<i>oseltamivir phosphate susr 6mg/ml</i>	3	
RELENZA DISKHALER AEPB 5MG/BLISTER	3	
<i>rimantadine hydrochloride tabs 100mg</i>	4	
XOFLUZA TBPK 40MG, 80MG	3	QL(1 EA por 7 días)

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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 antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET PACK 50MG; 20MG	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
MAVYRET TABS 100MG; 40MG	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>ribavirin caps 200mg</i>	3	SP-Optum Specialty
<i>ribavirin tabs 200mg</i>	3	SP-Optum Specialty
VOSEVI TABS 400MG; 100MG; 100MG	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiherpéticos		
<i>acyclovir sodium inj 50mg/ml</i>	4	PA BvD
<i>acyclovir caps 200mg</i>	2	
<i>acyclovir susp 200mg/5ml</i>	4	
<i>acyclovir tabs 400mg, 800mg</i>	2	
<i>famciclovir tabs 125mg, 250mg, 500mg</i>	3	
<i>valacyclovir hydrochloride tabs 1gm, 500mg</i>	2	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY TABS 30MG; 120MG; 15MG, 50MG; 200MG; 25MG	5	NEDS
DOVATO TABS 50MG; 300MG	5	NEDS
GENVOYA TABS 150MG; 150MG; 200MG; 10MG	5	NEDS
ISENTRESS HD TABS 600MG	5	QL(60 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS CHEW 25MG	3	QL(720 EA por 30 días)
ISENTRESS CHEW 100MG	5	QL(180 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS PACK 100MG	4	
ISENTRESS TABS 400MG	5	QL(120 EA por 30 días); NEDS
JULUCA TABS 50MG; 25MG	5	NEDS
STRIBILD TABS 150MG; 150MG; 200MG; 300MG	5	NEDS
TIVICAY PD TBSO 5MG	4	
TIVICAY TABS 10MG	3	
TIVICAY TABS 25MG, 50MG	5	NEDS
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleosidos (ITINN)		
DELSTRIGO TABS 100MG; 300MG; 300MG	5	NEDS
EDURANT PED TBSO 2.5MG	5	NEDS
EDURANT TABS 25MG	5	NEDS
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 600mg; 200mg; 300mg</i>	3	
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 400mg; 300mg; 300mg, 600mg; 300mg; 300mg</i>	5	NEDS
<i>efavirenz caps 200mg, 50mg</i>	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>efavirenz tabs 600mg</i>	4	
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg; 25mg; 300mg</i>	5	NEDS
<i>etravirine tabs 100mg, 200mg</i>	5	NEDS
INTELENCE TABS 25MG	3	
<i>nevirapine er tb24 400mg</i>	4	
<i>nevirapine susp 50mg/5ml</i>	4	
<i>nevirapine tabs 200mg</i>	2	
PIFELTRO TABS 100MG	5	NEDS
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir sulfate/lamivudine tabs 600mg; 300mg</i>	4	
<i>abacavir soln 20mg/ml</i>	4	
<i>abacavir tabs 300mg</i>	3	
CIMDUO TABS 300MG; 300MG	5	NEDS
DESCOVY TABS 120MG; 15MG, 200MG; 25MG	5	NEDS
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg; 150mg, 200mg; 300mg</i>	4	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 133mg; 200mg</i>	5	NEDS
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil tabs 167mg; 250mg</i>	4	
<i>emtricitabine caps 200mg</i>	4	
EMTRIVA SOLN 10MG/ML	4	
<i>lamivudine/zidovudine tabs 150mg; 300mg</i>	4	
<i>lamivudine soln 10mg/ml</i>	4	
<i>lamivudine tabs 150mg, 300mg</i>	3	
ODEFSEY TABS 200MG; 25MG; 25MG	5	NEDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate tabs 300mg</i>	4	
TRIUMEQ PD TBSO 60MG; 5MG; 30MG	4	
TRIUMEQ TABS 600MG; 50MG; 300MG	5	NEDS
VIREAD POWD 40MG/GM	5	NEDS
VIREAD TABS 150MG, 200MG, 250MG	5	NEDS
<i>zidovudine caps 100mg</i>	3	
<i>zidovudine syrup 50mg/5ml</i>	3	
<i>zidovudine tabs 300mg</i>	3	
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil tabs 10mg</i>	4	
<i>entecavir tabs 0.5mg, 1mg</i>	4	
<i>lamivudine tabs 100mg</i>	3	
VEMLIDY TABS 25MG	5	NEDS
Antivirales, agentes de coronavirus		
LAGEVRIO CAPS 200MG	3	QL(40 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK 300MG-100MG DAY 1; 150MG-100MG DAYS 2-5	3	QL(11 EA por 5 días)

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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
PAXLOVID TBPK 150MG-100MG	3	QL(20 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK 300MG-100MG	3	QL(30 EA por 5 días)
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Aglutinantes de potasio		
LOKELMA PACK 10GM, 5GM	4	QL(90 EA por 30 días)
sodium polystyrene sulfonate powd 0	3	
sps combination susp 15gm/60ml, 15gm/60ml	4	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET CAPS 100MG	5	NEDS
deferasirox pack 180mg, 360mg, 90mg	5	NEDS; SP-Optum Specialty
deferasirox tabs 90mg	3	SP-Optum Specialty
deferasirox tabs 180mg, 360mg	4	SP-Optum Specialty
deferasirox tbs 125mg	4	SP-Optum Specialty
deferasirox tbs 250mg, 500mg	5	NEDS; SP-Optum Specialty
JYNARQUE TABS 15MG, 30MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
penicillamine tabs 250mg	5	NEDS
trientine hydrochloride caps 250mg, 500mg	5	NEDS
Quelantes de fosfato		
calcium acetate caps 667mg	4	
calcium acetate tabs 667mg	3	
sevelamer carbonate pack 0.8gm, 2.4gm	4	
sevelamer carbonate tabs 800mg	4	
VELPHORO CHEW 500MG	5	NEDS
Reemplazo de electrolitos/minerales		
AMINOSYN II INJ 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	3	PA BvD
AMINOSYN-PF 7% INJ 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
carglumic acid tbs 200mg	5	PA; NEDS

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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 6/5 INJ 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 INJ 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
CLINIMIX E 8/10 INJ 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% inj 10%; 0.2%</i>	2	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45% inj 10%; 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 10% inj 10%</i>	2	
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45% inj 2.5%; 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2% inj 5%; 0.2%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3% inj 5%; 0.3%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33% inj 5%; 0.33%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45% inj 5%; 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9% inj 5%; 0.9%</i>	2	
<i>dextrose 5% inj 5%</i>	2	
<i>dextrose 50% inj 50%</i>	2	
<i>dextrose 70% inj 70%</i>	2	
<i>dextrose/sodium chloride inj 5%; 0.225%</i>	2	
<i>effer-k tbef 25meq</i>	1	
<i>glucose (dextrose) 50% inj 50%</i>	2	
<i>glucose (dextrose) 70% inj 70%</i>	2	
<i>k-prime tbef 25meq</i>	1	
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 10meq/l; 0.45%</i>	4	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2% inj 5%; 20meq/l; 0.2%</i>	4	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 20meq/l; 0.45%</i>	4	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 20meq/l; 0.9%</i>	4	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 40meq/l; 0.45%</i>	4	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	4	
<i>klor-con 10 tbcr 10meq</i>	2	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>klor-con 8 tbcr 8meq</i>	2	
<i>klor-con m10 tbcr 10meq</i>	2	
<i>klor-con m15 tbcr 15meq</i>	2	
<i>klor-con m20 tbcr 20meq</i>	2	
<i>klor-con/eftbef 25meq</i>	2	
<i>klor-con pack 20meq</i>	3	
<i>lactated ringers inj 3meq/l; 109meq/l; 28meq/l; 4meq/l; 130meq/l</i>	2	
<i>magnesium sulfate inj 50%</i>	4	
PLENAMINE INJ 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 cpcr 10meq, 8meq</i>	3	
<i>potassium chloride er tbcr 10meq, 15meq, 20meq, 8meq</i>	2	
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride inj 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 inj 10meq/50ml, 20meq/50ml</i>	2	
<i>potassium chloride inj 2meq/ml</i>	4	
<i>potassium chloride pack 20meq</i>	3	
<i>potassium chloride oral soln 10%, 20%</i>	3	
<i>potassium citrate er tbcr 1080mg, 15meq, 540mg</i>	4	
PREMASOL INJ 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 INJ 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% inj 0.45%</i>	2	
<i>sodium chloride inj 0.9%, 3%, 5%</i>	2	
<i>sodium chloride inj 0.9%, 2.5meq/ml, 4meq/ml</i>	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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
TRAVASOL INJ 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
TROPHAMINE INJ 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 tabs 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 inj 250mg/ml</i>	2	
<i>aminocaproic acid oral soln 0.25gm/ml</i>	4	
<i>aminocaproic acid tabs 500mg</i>	2	
<i>tranexamic acid tabs 650mg</i>	3	
Agentes modificadores de plaquetas		
<i>aspirin/dipyridamole er cp12 25mg; 200mg</i>	4	
<i>CABLIVI INJ 11MG</i>	5	NEDS
<i>cilostazol tabs 100mg, 50mg</i>	2	
<i>clopidogrel tabs 300mg, 75mg</i>	1	
<i>DOPTELET TABS 20MG</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>prasugrel hydrochloride tabs 10mg, 5mg</i>	3	
<i>ticagrelor tabs 60mg, 90mg</i>	3	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate caps 110mg, 150mg, 75mg</i>	4	
<i>ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5MG</i>	3	
<i>ELIQUIS TABS 2.5MG, 5MG</i>	3	
<i>enoxaparin sodium inj 300mg/3ml</i>	3	
<i>enoxaparin sodium inj 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml, 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium inj 2.5mg/0.5ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium inj 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	5	NEDS
<i>heparin sodium/d5w inj 5%; 40unit/ml</i>	2	
<i>heparin sodium inj 10000unit/ml, 1000unit/ml, 20000unit/ml, 5000unit/0.5ml, 5000unit/ml</i>	3	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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
jantoven tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg	1	
rivaroxaban susr 1mg/ml	3	
warfarin sodium tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg	1	
XARELTO STARTER PACK TBPK 0	3	
XARELTO SUSR 1MG/ML	3	
XARELTO TABS 10MG, 15MG, 2.5MG, 20MG	3	
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
anagrelide hydrochloride caps 0.5mg, 1mg	3	
eltrombopag olamine pack 12.5mg, 25mg	5	PA; NEDS
eltrombopag olamine tabs 12.5mg, 25mg, 50mg, 75mg	5	PA; NEDS
MOZOBIL INJ 24MG/1.2ML	5	NEDS
NEULASTA ONPRO KIT INJ 6MG/0.6ML	5	NEDS
NEULASTA INJ 6MG/0.6ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
plerixafor inj 24mg/1.2ml	5	NEDS
PROCIT INJ 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	SP-Optum Specialty
PROCIT INJ 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
UDENYCA ONBODY INJ 6MG/0.6ML	5	NEDS
UDENYCA INJ 6MG/0.6ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
ZARXIO INJ 300MCG/0.5ML, 480MCG/0.8ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
Reguladores de la glucemia		
Agentes antidiabéticos		
acarbose tabs 100mg, 25mg, 50mg	1	
glimepiride tabs 1mg, 2mg, 4mg	1	
glipizide er tb24 10mg, 2.5mg, 5mg	1	
glipizide/metformin hydrochloride tabs 2.5mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg	1	
glipizide tabs 10mg, 5mg	1	
glyburide micronized tabs 1.5mg, 3mg, 6mg	1	
glyburide/metformin hydrochloride tabs 1.25mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg	1	
glyburide tabs 1.25mg, 2.5mg, 5mg	1	
GLYXAMBI TABS 10MG; 5MG, 25MG; 5MG	3	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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
JANUMET XR TB24 1000MG; 100MG, 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	3	
JANUMET TABS 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	3	
JANUVIA TABS 100MG, 25MG, 50MG	3	
JENTADUETO XR TB24 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	3	
JENTADUETO TABS 2.5MG; 1000MG, 2.5MG; 500MG, 2.5MG; 850MG	3	
<i>metformin hydrochloride er tb24 500mg, 750mg</i>	1	
<i>metformin hydrochloride soln 500mg/5ml</i>	2	
<i>metformin hydrochloride tabs 1000mg, 500mg, 850mg</i>	1	
<i>miglitol tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
MOUNJARO INJ 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 tabs 120mg, 60mg</i>	1	
OZEMPIC INJ 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	3	PA
<i>pioglitazone hcl-glimepiride tabs 2mg; 30mg, 4mg; 30mg</i>	1	
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl tabs 500mg; 15mg, 850mg; 15mg</i>	1	
<i>pioglitazone hcl tabs 45mg</i>	1	
<i>pioglitazone hydrochloride tabs 15mg, 30mg</i>	1	
<i>repaglinide tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
RYBELSUS TABS 1.5MG, 14MG, 3MG, 4MG, 7MG, 9MG	3	PA
<i>saxagliptin hydrochloride tabs 2.5mg, 5mg</i>	1	
SYMLINPEN 120 INJ 2700MCG/2.7ML	5	NEDS
SYMLINPEN 60 INJ 1500MCG/1.5ML	5	NEDS
SYNJARDY XR TB24 10MG; 1000MG, 12.5MG; 1000MG, 25MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	3	
SYNJARDY TABS 12.5MG; 1000MG, 12.5MG; 500MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	3	
TRADJENTA TABS 5MG	3	
TRULICITY INJ 0.75MG/0.5ML, 1.5MG/0.5ML, 3MG/0.5ML, 4.5MG/0.5ML	3	PA
XIGDUO XR TB24 10MG; 1000MG, 10MG; 500MG, 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	3	
Agentes ant glucémicos		
BAQSIMI ONE PACK POWD 3MG/DOSE	3	
BAQSIMI TWO PACK POWD 3MG/DOSE	3	
<i>diazoxide susp 50mg/ml</i>	4	
GLUCAGEN HYPOKIT INJ 1MG	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR INJ 1MG/ML	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR INJ 1MG	4	
GLUCAGON EMERGENCY KIT INJ 1MG	4	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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 HYPOOPEN 1-PACK INJ 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	3	
GVOKE HYPOOPEN 2-PACK INJ 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	3	
GVOKE KIT INJ 1MG/0.2ML	3	
GVOKE PFS INJ 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	3	
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH INJ 100UNIT/ML	3	
FIASP PENFILL INJ 100UNIT/ML	3	
FIASP INJ 100UNIT/ML	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJ 100UNIT/ML	3	
HUMALOG KWIKPEN INJ 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJ 50UNIT/ML; 50UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 50/50 INJ 50UNIT/ML; 50UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJ 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 75/25 INJ 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	3	
HUMALOG INJ 100UNIT/ML	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJ 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
HUMULIN 70/30 INJ 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
HUMULIN N KWIKPEN INJ 100UNIT/ML	3	
HUMULIN N INJ 100UNIT/ML	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INJ 500UNIT/ML	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN INJ 500UNIT/ML	3	
HUMULIN R INJ 100UNIT/ML	3	
<i>insulin aspart flexpen inj 100unit/ml</i>	3	
<i>insulin aspart penfill inj 100unit/ml</i>	3	
<i>insulin aspart protamine/insulin aspart inj 30%; 70%</i>	3	
<i>insulin aspart inj 100unit/ml</i>	3	
<i>insulin lispro junior kwikpen inj 100unit/ml</i>	3	
<i>insulin lispro kwikpen inj 100unit/ml</i>	3	
<i>insulin lispro protamine/insulin lispro kwikpen inj 25unit/ml; 75unit/ml</i>	3	
<i>insulin lispro inj 100unit/ml</i>	3	
LANTUS SOLOSTAR INJ 100UNIT/ML	3	
LANTUS INJ 100UNIT/ML	3	
<i>novolin 70/30 flexpen inj 30unit/ml; 70unit/ml</i>	3	
<i>novolin 70/30 inj 30unit/ml; 70unit/ml</i>	3	
<i>novolin n flexpen inj 100unit/ml</i>	3	
<i>novolin n inj 100unit/ml</i>	3	
<i>novolin r flexpen inj 100unit/ml</i>	3	
<i>novolin r inj 100unit/ml</i>	3	
<i>novolog flexpen inj 100unit/ml</i>	3	

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>novolog mix 70/30 prefilled flexpen inj 30unit/ml; 70unit/ml</i>	3	
<i>novolog mix 70/30 inj 30unit/ml; 70unit/ml</i>	3	
<i>novolog penfill inj 100unit/ml</i>	3	
<i>novolog inj 100unit/ml</i>	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR INJ 300UNIT/ML	3	
TOUJEO SOLOSTAR INJ 300UNIT/ML	3	
TRESIBA FLEXTOUCH INJ 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	3	
TRESIBA INJ 100UNIT/ML	3	
Relajantes musculares esqueléticos		
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>cyclobenzaprine hydrochloride tabs 7.5mg</i>	4	
<i>methocarbamol tabs 500mg, 750mg</i>	3	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>betaine anhydrous powd 0</i>	5	NEDS
CREON CPEP 120000UNIT; 24000UNIT; 76000UNIT, 15000UNIT; 3000UNIT; 9500UNIT, 180000UNIT; 36000UNIT; 114000UNIT, 30000UNIT; 6000UNIT; 19000UNIT, 60000UNIT; 12000UNIT; 38000UNIT	3	
<i>cromolyn sodium conc 100mg/5ml</i>	4	
CYSTAGON CAPS 150MG, 50MG	4	
<i>dichlorphenamide tabs 50mg</i>	5	PA; NEDS
<i>l-glutamine pack 5gm</i>	5	NEDS
<i>nitisinone caps 20mg</i>	5	PA; NEDS
<i>nitisinone caps 10mg, 2mg, 5mg</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PROLASTIN-C INJ 1000MG/20ML	5	PA; NEDS
REVCovi INJ 2.4MG/1.5ML	5	PA; NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride pack 100mg, 500mg</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>sapropterin dihydrochloride tabs 100mg</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>sodium phenylbutyrate powd 3gm/tsp</i>	5	NEDS
<i>sodium phenylbutyrate tabs 500mg</i>	5	NEDS
WELIREG TABS 40MG	5	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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
ZENPEP CPEP 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: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>	62	ADEMPAS	34
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	62	ADTHYZA	23
ABELCET	48	AIMOVIG	4
<i>abigale</i>	19	AKEEGA	51
<i>abigale lo</i>	19	<i>albendazole</i>	57
ABILITY ASIMTUFII	58	<i>albuterol sulfate</i>	36
ABILITY MAINTENA	58	<i>albuterol sulfate hfa</i>	36
ABILITY MYCITE MAINTENANCE KIT	58	<i>alcohol prep pads</i>	36
ABILITY MYCITE STARTER KIT	58	ALECENSA	52
<i>abiraterone acetate</i>	50	<i>alendronate sodium</i>	10
ABIRTEGA	50	<i>alfuzosin hcl er</i>	18
ABRYSVO	28	<i>aliskiren</i>	6
<i>acamprosate calcium dr</i>	33	<i>allopurinol</i>	10
<i>acarbose</i>	67	ALOCRIL	30
<i>accutane</i>	14	<i>alosetron hydrochloride</i>	16
<i>acebutolol hydrochloride</i>	5	<i>alprazolam</i>	40
<i>acetaminophen/codeine</i>	38	ALUNBRIG	52
<i>acetaminophen/codeine phosphate</i>	38	<i>alyq</i>	35
<i>acetazolamide</i>	30	<i>amabelz</i>	19
<i>acetazolamide er</i>	30	<i>amantadine hcl</i>	60
<i>acetic acid</i>	37	<i>ambrisentan</i>	35
<i>acetic acid 0.25%</i>	18	<i>amikacin sulfate</i>	40
<i>acetylcysteine</i>	33	<i>amiloride hcl</i>	9
<i>acitretin</i>	14	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	6
ACTHIB	28	<i>aminocaproic acid</i>	66
ACTIMMUNE	26	AMINOSYN II	63
<i>acyclovir</i>	61	AMINOSYN-PF 7%	63
<i>acyclovir sodium</i>	61	<i>amiodarone hydrochloride</i>	8
ADACEL	28	<i>amitriptyline hcl</i>	46
<i>adalimumab-aaty 1-pen kit</i>	26	<i>amitriptyline hydrochloride</i>	47
<i>adalimumab-aaty 2-pen kit</i>	26	<i>amlodipine besylate</i>	5
<i>adalimumab-aaty 2-syringe kit</i>	26	<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	6
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs starter</i>	27	<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	6
<i>adalimumab-adbm</i>	27	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	6
<i>adalimumab-adbm crohns/uc/hs starter</i>	27	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	6
<i>adalimumab-adbm psoriasis/uveitis starter</i>	27	<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide ammonium lactate</i>	6
<i>adalimumab-adbm starter package for crohns disease/uc/hs</i>	27	<i>amnesteem</i>	15
<i>adalimumab-adbm starter package for psoriasis/uveitis</i>	27	<i>amoxapine</i>	14
<i>adapalene</i>	14	<i>amoxicillin</i>	47
<i>adefovir dipivoxil</i>	62	<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	42
		<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	42
		<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	12
		<i>amphotericin b</i>	49

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>amphotericin b liposome</i>	49	AVONEX	11
<i>ampicillin</i>	42	AVONEX PEN	11
<i>ampicillin sodium</i>	42	AYVAKIT	52
<i>ampicillin/sulbactam</i>	42	<i>azathioprine</i>	27
<i>ampicillin-sulbactam</i>	42	<i>azelaic acid</i>	14
<i>anagrelide hydrochloride</i>	67	<i>azelastine hcl</i>	30
<i>anastrozole</i>	52	<i>azelastine hcl</i>	35
ANORO ELLIPTA	33	<i>azelastine hydrochloride</i>	35
<i>apraclonidine</i>	30	<i>azithromycin</i>	43
<i>aprepitant</i>	48	<i>aztreonam</i>	40
<i>apri</i>	19	<i>azurette</i>	19
APTIVUS	59	<i>bacitracin</i>	31
ARCALYST	24	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	30
AREXVY	28	<i>baclofen</i>	3
<i>arformoterol tartrate</i>	36	<i>balsalazide disodium</i>	10
ARIKAYCE	40	BALVERSA	52
<i>ariPIPrazole</i>	58	<i>balziva</i>	19
<i>ariPIPrazole odt</i>	58	BAQSIMI ONE PACK	68
ARISTADA	58	BAQSIMI TWO PACK	68
ARISTADA INITIO	58	BCG VACCINE	28
<i>armodafinil</i>	13	<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x 1/2"</i>	36
ARMOUR THYROID	23	<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x 5/16"</i>	36
<i>asenapine maleate sl</i>	58	<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x 12.7mm</i>	36
<i>ashlyna</i>	19	<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	36
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	66	<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm</i>	36
<i>atazanavir</i>	59	BELSOMRA	13
<i>atazanavir sulfate</i>	59	<i>benazepril hydrochloride</i>	9
<i>atenolol</i>	5	<i>benazepril</i>	6
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	6	<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	
<i>atomoxetine</i>	12	BENLYSTA	24
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	12	<i>benztropine mesylate</i>	4
<i>atorvastatin calcium</i>	8	BERINERT	26
<i>atovaquone</i>	57	BESIVANCE	31
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	57	BESREMI	26
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	57	<i>betaine anhydrous</i>	70
<i>atropine sulfate</i>	30	<i>betamethasone dipropionate</i>	15
<i>atrovent hfa</i>	36	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	15
AUGTYRO	52	<i>betamethasone valerate</i>	15
AUSTEDO	13	BETASERON	11
AUSTEDO XR	13	<i>betaxolol hcl</i>	30
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	13	<i>bethanechol chloride</i>	18
KIT			
AUVELITY	46		
<i>aviane</i>	19		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	52		

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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
BEVESPI AEROSPHERE	33	<i>butorphanol tartrate</i>	38
<i>bexarotene</i>	57	<i>cabergoline</i>	23
<i>BEXSERO</i>	28	<i>CABLIVI</i>	66
<i>bicalutamide</i>	50	<i>CABOMETYX</i>	52
<i>BICILLIN L-A</i>	42	<i>calcipotriene</i>	14
<i>BIKTARVY</i>	61	<i>calcitonin salmon</i>	11
<i>bimatoprost</i>	32	<i>calcitonin-salmon</i>	11
<i>bisoprolol fumarate</i>	5	<i>calcitriol</i>	11
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>calcitriol</i>	14
<i>BIVIGAM</i>	26	<i>calcium acetate</i>	63
<i>BONSITY</i>	11	<i>CALQUENCE</i>	52
<i>BOOSTRIX</i>	28	<i>camila</i>	21
<i>bortezomib</i>	51	<i>candesartan cilexetil</i>	7
<i>boruzu</i>	51	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>bosentan</i>	35	<i>CAPLYTA</i>	58
<i>BOSULIF</i>	52	<i>CAPRELSA</i>	52
<i>BRAFTOVI</i>	52	<i>captopril</i>	9
<i>BREO ELLIPTA</i>	33	<i>carbamazepine</i>	45
<i>BREYNA</i>	33	<i>carbamazepine er</i>	45
<i>BREZTRI AEROSPHERE</i>	33	<i>carbidopa</i>	5
<i>briellyn</i>	19	<i>carbidopa/levodopa</i>	5
<i>brimonidine tartrate</i>	30	<i>carbidopa/levodopa er</i>	4
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	30	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	4
<i>brinzolamide</i>	30	<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	4
<i>BRIVIACT</i>	45	<i>carglumic acid</i>	63
<i>bromfenac</i>	32	<i>carteolol hcl</i>	30
<i>bromfenac sodium</i>	32	<i>cartia xt</i>	5
<i>bromocriptine mesylate</i>	4	<i>carvedilol</i>	5
<i>BRONCHITOL</i>	33	<i>CAYSTON</i>	34
<i>BRUKINSA</i>	52	<i>cefaclor</i>	41
<i>budesonide</i>	10	<i>cefadroxil</i>	41
<i>budesonide</i>	35	<i>cefazolin</i>	41
<i>budesonide er</i>	10	<i>cefazolin sodium</i>	41
<i>bumetanide</i>	9	<i>cefazolin sodium/dextrose</i>	41
<i>buprenorphine</i>	37	<i>cefazolin/dextrose</i>	41
<i>buprenorphine hcl</i>	33	<i>cefdinir</i>	41
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	33	<i>cefepime</i>	41
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone</i>	33	<i>cefepime hydrochloride</i>	41
<i>hydrochloride</i>		<i>cefepime/dextrose</i>	41
<i>bupropion hydrochloride</i>	46	<i>cefixime</i>	41
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	32	<i>cefotetan</i>	41
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	46	<i>cefoxitin sodium</i>	41
<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	46	<i>cefpodoxime proxetil</i>	41
<i>buspirone hcl</i>	39	<i>cefprozil</i>	41
<i>buspirone hydrochloride</i>	39	<i>ceftazidime</i>	41

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	41	<i>clobetasol propionate</i>	15
<i>ceftriaxone sodium</i>	41	<i>clobetasol propionate e</i>	15
<i>ceftriaxone/dextrose</i>	42	<i>clodan</i>	15
<i>cefuroxime axetil</i>	42	<i>clomipramine hydrochloride</i>	47
<i>cefuroxime sodium</i>	42	<i>clonazepam</i>	44
<i>celecoxib</i>	38	<i>clonazepam odt</i>	44
<i>cephalexin</i>	42	<i>clonidine</i>	7
<i>cevimeline hydrochloride</i>	14	<i>clonidine hydrochloride</i>	7
<i>CHEMET</i>	63	<i>clonidine hydrochloride er</i>	12
<i>chlorhexidine gluconate</i>	14	<i>clopidogrel</i>	66
<i>chloroquine phosphate</i>	57	<i>clorazepate dipotassium</i>	40
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	57	<i>clotrimazole</i>	49
<i>chlorthalidone</i>	9	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	14
<i>cholestyramine</i>	8	<i>clozapine</i>	58
<i>cholestyramine light</i>	8	<i>clozapine odt</i>	58
<i>ciclopirox</i>	16	<i>COARTEM</i>	57
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	16	<i>COBENFY</i>	13
<i>ciclopirox olamine</i>	16	<i>COBENFY STARTER PACK</i>	13
<i>cidofovir</i>	60	<i>colchicine</i>	10
<i>cilostazol</i>	66	<i>colestipol hydrochloride</i>	8
<i>CIMDUO</i>	62	<i>colistimethate sodium</i>	40
<i>cimetidine</i>	17	<i>COMBIVENT RESPIMAT</i>	33
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	11	<i>COMETRIQ</i>	52
<i>ciprofloxacin</i>	37	<i>constulose</i>	17
<i>ciprofloxacin hcl</i>	43	<i>COPIKTRA</i>	53
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	31	<i>CORLANOR</i>	6
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	43	<i>CORTIFOAM</i>	10
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	43	<i>CORTISPORIN-TC</i>	37
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	37	<i>COSENTYX</i>	24
<i>citalopram hydrobromide</i>	47	<i>COSENTYX SENSOREADY PEN</i>	24
<i>claravis</i>	14	<i>COSENTYX UNOREADY</i>	24
<i>clarithromycin</i>	43	<i>COTELLIC</i>	53
<i>clarithromycin er</i>	43	<i>CREON</i>	70
<i>CLENPIQ</i>	17	<i>CRESEMBA</i>	49
<i>clindamycin hcl</i>	40	<i>cromolyn sodium</i>	30
<i>clindamycin hydrochloride</i>	40	<i>cromolyn sodium</i>	36
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	40	<i>cromolyn sodium</i>	70
<i>clindamycin phosphate</i>	16	<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	37
<i>clindamycin phosphate</i>	40	<i>CUVITRU</i>	26
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	15	<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	70
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	15	<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	30
<i>CLINIMIX 6/5</i>	64	<i>cyclophosphamide</i>	49
<i>CLINIMIX 8/10</i>	64	<i>cyclosporine</i>	27
<i>CLINIMIX E 8/10</i>	64	<i>cyclosporine modified</i>	27
<i>clobazam</i>	44	<i>cyproheptadine hcl</i>	35

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>cyproheptadine hydrochloride</i>	35	<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	64
CYSTAGON	70	<i>dextrose 5%</i>	64
CYSTARAN	30	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	64
<i>dabigatran etexilate</i>	66	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	64
<i>dalfampridine er</i>	11	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	64
<i>danazol</i>	19	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	64
<i>dantrolene sodium</i>	3	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	64
DANZITEN	53	<i>dextrose 50%</i>	64
<i>dapagliflozin propanediol</i>	9	<i>dextrose 70%</i>	64
<i>dapsone</i>	48	<i>dextrose/sodium chloride</i>	64
DAPTACEL	28	DIACOMIT	44
<i>daptomycin</i>	40	<i>diazepam</i>	40
<i>daptomycin/sodium chloride</i>	40	<i>diazepam intensol</i>	40
<i>darunavir</i>	59	<i>diazepam rectal gel</i>	44
DARZALEX	50	<i>diazoxide</i>	68
<i>dasatinib</i>	53	<i>dichlorphenamide</i>	70
DAURISMO	53	<i>diclofenac potassium</i>	39
<i>deblitane</i>	21	<i>diclofenac sodium</i>	14
<i>deferasirox</i>	63	<i>diclofenac sodium</i>	32
DELSTRIGO	61	<i>diclofenac sodium</i>	39
DENGVAXIA	28	<i>diclofenac sodium dr</i>	39
DEPO-MEDROL	22	<i>diclofenac sodium er</i>	39
DEPO-SUBQ PROVERA 104	22	<i>dicloxacillin sodium</i>	42
DESCOVY	62	<i>dicyclomine hcl</i>	18
<i>desipramine hydrochloride</i>	47	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	18
<i>desloratadine</i>	35	DIFCID	43
<i>desmopressin acetate</i>	19	<i>diflunisal</i>	39
<i>desonide</i>	15	<i>disfluprednate</i>	32
<i>desoximetasone</i>	15	<i>digoxin</i>	8
<i>desvenlafaxine er</i>	47	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	3
<i>dexamethasone</i>	22	DILANTIN	45
<i>dexamethasone intensol</i>	22	<i>diltiazem hcl</i>	5
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	22	<i>diltiazem hcl cd</i>	5
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	32	<i>diltiazem hcl er</i>	5
<i>dexamethasone sodium phosphate +rfid</i>	22	<i>diltiazem hydrochloride</i>	5
DEXLANSOPRAZOLE	18	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	5
<i>dexamethylphenidate hcl</i>	12	<i>dilt-xr</i>	5
<i>dexamethylphenidate hcl er</i>	12	<i>dimethyl fumarate</i>	11
<i>dexamethylphenidate hydrochloride</i>	12	<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	35
<i>dexamethylphenidate hydrochloride er</i>	12	<i>disulfiram</i>	33
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	12	<i>divalproex sodium dr</i>	44
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	12	<i>divalproex sodium er</i>	44
<i>dextrose 10%</i>	64	<i>docetaxel</i>	51
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	64	<i>dofetilide</i>	8
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	64	<i>donepezil hcl</i>	3

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>donepezil hydrochloride</i>	3	<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	62
DOPTELET	66	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	62
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	30	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	62
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	30	EMTRIVA	62
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf dotti</i>	30	<i>enalapril maleate</i>	9
DOVATO	20	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>doxazosin mesylate</i>	61	ENBREL	27
<i>doxepin hcl</i>	18	ENBREL MINI	27
<i>doxepin hydrochloride</i>	47	ENBREL SURECLICK	27
<i>doxycycline</i>	47	<i>endocet</i>	38
<i>doxycycline hydrate</i>	43	ENGERIX-B	29
DRIZALMA SPRINKLE	43	<i>enilloring</i>	20
<i>dronabinol</i>	47	<i>enoxaparin sodium</i>	66
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	48	<i>entacapone</i>	4
DROXIA	20	<i>entecavir</i>	62
<i>droxidopa</i>	50	ENTRESTO	6
<i>duloxetine hydrochloride dr</i>	7	<i>enulose</i>	17
DUPIXENT	47	ENVARSUS XR	27
<i>dutasteride</i>	24	EPIDIOLEX	45
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	18	<i>epinastine hcl</i>	30
<i>ec-naproxen</i>	18	<i>epinephrine</i>	36
<i>econazole nitrate</i>	39	<i>epitol</i>	45
EDURANT	49	<i>eplerenone</i>	7
EDURANT PED	61	EPRONTIA	45
<i>efavirenz</i>	61	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	3
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	61	ERIVEDGE	53
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	61	ERLEADA	50
<i>effer-k</i>	61	<i>erlotinib hydrochloride</i>	53
ELIGARD	64	<i>errin</i>	22
ELIQUIS	23	<i>ertapenem sodium</i>	42
ELIQUIS STARTER PACK	66	<i>ery</i>	42
<i>elixophyllin</i>	66	<i>erythromycin</i>	16
ELMIRON	36	<i>erythromycin</i>	16
<i>eltrombopag olamine</i>	18	<i>erythromycin dr</i>	31
<i>eluryng</i>	67	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	43
EMCYT	20	<i>escitalopram oxalate</i>	43
EMGALITY	50	<i>eslicarbazepine acetate</i>	47
EMPAVELI	4	<i>esomeprazole magnesium</i>	45
EMSAM	24	<i>estradiol</i>	18
<i>emtricitabine</i>	46	<i>estradiol valerate</i>	20
	62	<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	20
		ESTRING	20
		<i>eszopiclone</i>	13
		<i>ethacrylic acid</i>	9

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>ethambutol hydrochloride</i>	48	FIRMAGON	23
<i>ethosuximide</i>	44	<i>flac</i>	37
<i>etodolac</i>	39	FLAREX	32
<i>etodolac er</i>	39	FLEBOGAMMA DIF	26
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	20	<i>flecainide acetate</i>	8
<i>etravirine</i>	62	<i>fluconazole</i>	49
EUCRISA	15	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	49
EULEXIN	50	<i>flucytosine</i>	49
<i>euthyrox</i>	23	<i>fludrocortisone acetate</i>	22
<i>everolimus</i>	27	<i>flunisolide</i>	35
<i>everolimus</i>	53	<i>fluocinolone acetonide</i>	15
EVOTAZ	59	<i>fluocinolone acetonide</i>	37
<i>exemestane</i>	52	<i>fluocinolone acetonide body</i>	15
EXKIVITY	53	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	15
<i>ezetimibe</i>	9	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	15
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	8	<i>fluocinonide</i>	15
<i>falmina</i>	20	<i>fluocinonide emulsified base</i>	15
<i>famciclovir</i>	61	<i>fluorometholone</i>	32
<i>famotidine</i>	18	<i>fluorouracil</i>	14
FANAPT	58	<i>fluoxetine dr</i>	47
FANAPT TITRATION PACK A	58	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	47
FANAPT TITRATION PACK B	58	<i>fluphenazine decanoate</i>	57
FANAPT TITRATION PACK C	58	<i>fluphenazine hcl</i>	57
FARXIGA	9	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	57
FASENRA	33	<i>flurbiprofen</i>	39
FASENRA PEN	33	<i>flurbiprofen sodium</i>	32
FEIRZA 1.5/30	20	<i>fluticasone propionate</i>	16
FEIRZA 1/20	20	<i>fluticasone propionate</i>	35
<i>felbamate</i>	45	<i>fluticasone propionate diskus</i>	35
<i>felodipine er</i>	5	<i>fluticasone propionate hfa</i>	35
<i>fenofibrate</i>	8	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	33
<i>fenofibrate micronized</i>	8	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	33
<i>fenofibric acid dr</i>	8	<i>fluvastatin</i>	8
<i>fentanyl</i>	37	<i>fluvastatin sodium er</i>	8
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	38	<i>fluvoxamine maleate</i>	47
FETZIMA	47	<i>fondaparinux sodium</i>	66
FETZIMA TITRATION PACK	47	<i>formoterol fumarate</i>	36
FIASP	69	<i>fosamprenavir calcium</i>	59
FIASP FLEXTOUCH	69	<i>fosfomycin tromethamine</i>	40
FIASP PENFILL	69	<i>fosinopril sodium</i>	9
<i>fidaxomicin</i>	43	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>finasteride</i>	18	FOTIVDA	53
<i> fingolimod hydrochloride</i>	11	FRUZAQLA	53
FINTEPLA	45	<i>furosemide</i>	9
<i>finzala</i>	20	FUZEON	60

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>fyavolv</i>	20	GOMEKLI	53
FYCOMPA	45	<i>granisetron hydrochloride</i>	48
<i>gabapentin</i>	44	<i>griseofulvin microsize</i>	49
<i>galantamine hydrobromide</i>	3	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	49
<i>galantamine hydrobromide er</i>	3	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	12
<i>galbriela</i>	20	GVOKE HYPOOPEN 1-PACK	69
<i>gallifrey</i>	22	GVOKE HYPOOPEN 2-PACK	69
GAMMAGARD LIQUID	26	GVOKE KIT	69
GAMMAPLEX	26	GVOKE PFS	69
GARDASIL 9	29	HAEGARDA	26
<i>gatifloxacin</i>	31	<i>halobetasol propionate</i>	16
<i>gavilyte-c</i>	17	<i>haloette</i>	20
<i>gavilyte-g</i>	17	<i>haloperidol</i>	58
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	17	<i>haloperidol decanoate</i>	58
GAVRETO	53	<i>haloperidol lactate</i>	58
<i>gefitinib</i>	53	HAVRIX	29
<i>gemfibrozil</i>	8	<i>heather</i>	22
GEMTESA	18	<i>heparin sodium</i>	66
<i>generlac</i>	17	<i>heparin sodium/d5w</i>	66
GENGRAF	27	HEPLISAV-B	29
GENOTROPIN	19	HIBERIX	29
GENOTROPIN MINIQUICK	19	HIZENTRA	26
<i>gentamicin sulfate</i>	31	HUMALOG	69
<i>gentamicin sulfate</i>	40	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	69
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	40	HUMALOG KWIKPEN	69
GENVOYA	61	HUMALOG MIX 50/50	69
GILOTrif	53	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	69
<i>glatiramer acetate</i>	11	HUMALOG MIX 75/25	69
GLEOSTINE	49	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	69
<i>glimepiride</i>	67	HUMIRA	28
<i>glipizide</i>	67	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	27
<i>glipizide er</i>	67	DISEASE STARTER PACK	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	67	HUMIRA PEN	28
GLUCAGEN HYPOKIT	68	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	27
GLUCAGON EMERGENCY KIT	68	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	27
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	68	STARTER PACK	
LOW BLOOD SUGAR		HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	28
<i>glucose (dextrose) 50%</i>	64	HUMULIN 70/30	69
<i>glucose (dextrose) 70%</i>	64	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	69
<i>glyburide</i>	67	HUMULIN N	69
<i>glyburide micronized</i>	67	HUMULIN N KWIKPEN	69
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	67	HUMULIN R	69
<i>glycopyrrrolate</i>	18	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	69
<i>glydo</i>	39	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	69
GLYXAMBI	67	<i>hydralazine hydrochloride</i>	10

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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
hydrochlorothiazide	9	insulin aspart flexpen	69
hydrocodone bitartrate/acetaminophen	38	insulin aspart penfill	69
hydrocodone/acetaminophen	38	insulin aspart protamine/insulin aspart	69
hydrocortisone	10	insulin lispro	69
hydrocortisone	16	insulin lispro junior kwikpen	69
hydrocortisone	22	insulin lispro kwikpen	69
hydrocortisone sodium succinate	22	insulin lispro protamine/insulin lispro	69
hydrocortisone valerate	16	kwikpen	
hydrocortisone/acetic acid	37	INTELENCE	62
hydromorphone hcl	38	INTRALIPID	37
hydroxychloroquine sulfate	57	introvale	20
hydroxyurea	50	INVEGA HAFYERA	58
hydroxyzine hcl	35	INVEGA SUSTENNA	58
hydroxyzine hydrochloride	35	INVEGA TRINZA	58
hydroxyzine pamoate	35	IPOL INACTIVATED IPV	29
IBRANCE	51	ipratropium bromide	36
IBRANCE	53	ipratropium bromide/albuterol sulfate	33
ibu	39	irbesartan	7
ibuprofen	39	irbesartan/hydrochlorothiazide	6
icatibant acetate	26	ISENTRESS	61
iclevia	20	ISENTRESS HD	61
ICLUSIG	53	isoniazid	48
icosapent ethyl	9	isosorbide dinitrate	10
IDHIFA	53	isosorbide mononitrate	10
ILEVRO	32	isosorbide mononitrate er	10
imatinib mesylate	53	isotonic gentamicin	40
IMBRUVICA	53	isotretinoin	15
imipenem/cilastatin	42	ITOVEBI	51
imipramine hcl	47	itraconazole	49
imipramine hydrochloride	47	ivabradine hydrochloride	6
imiquimod	14	ivermectin	57
IMKELDI	54	IWILFIN	51
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	29	IXCHIQ	29
IMPAVIDO	40	IXIARO	29
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	20	jaimiess	20
IMVEXXY STARTER PACK	20	JAKAFI	54
INCRELEX	19	jantoven	67
INCRUSE ELLIPTA	36	JANUMET	68
indapamide	9	JANUMET XR	68
indomethacin	39	JANUVIA	68
INFANRIX	29	JARDIANCE	10
INLYTA	54	JAYPIRCA	54
INQOVI	54	JENTADUETO	68
INREBIC	51	JENTADUETO XR	68
insulin aspart	69	jinteli	20

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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
JOURNAVX	38	KYPROLIS	52
JUBBONTI	11	<i>labetalol hydrochloride</i>	5
JULUCA	61	<i>lacosamide</i>	45
<i>junel 1.5/30</i>	20	<i>lactated ringers</i>	65
<i>junel 1/20</i>	20	<i>lactulose</i>	17
<i>junel fe 1.5/30</i>	20	LAGEVRIO	62
<i>junel fe 1/20</i>	20	<i>lamivudine</i>	62
<i>junel fe 24</i>	20	<i>lamivudine</i>	62
JYLAMVO	28	<i>lamivudine/zidovudine</i>	62
JYNARQUE	63	<i>lamotrigine</i>	46
JYNNEOS	29	<i>lamotrigine er</i>	45
KALETRA	59	<i>lamotrigine odt</i>	45
KALYDECO	34	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	46
<i>kariva</i>	20	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	46
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	64	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	46
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	64	<i>lanreotide acetate</i>	23
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%</i>	64	<i>lansoprazole</i>	18
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	64	LANTUS	69
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	64	LANTUS SOLOSTAR	69
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	64	<i>lapatinib ditosylate</i>	54
<i>kelnor 1/35</i>	20	<i>larin 1.5/30</i>	20
<i>kenalog-10</i>	22	<i>larin 1/20</i>	20
KERENDIA	7	<i>larin fe 1.5/30</i>	20
KESIMPTA	11	<i>larin fe 1/20</i>	20
<i>ketoconazole</i>	49	<i>latanoprost</i>	32
<i>ketorolac tromethamine</i>	32	LAZCLUZE	51
KINERET	24	<i>leflunomide</i>	28
KINRIX	29	<i>lenalidomide</i>	50
KISQALI	54	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	54
KISQALI FEMARA 200 DOSE	51	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	54
KISQALI FEMARA 400 DOSE	51	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	54
KISQALI FEMARA 600 DOSE	51	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	54
<i>klayesta</i>	49	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	54
<i>klor-con</i>	65	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	54
<i>klor-con 10</i>	64	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	54
<i>klor-con 8</i>	65	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	54
<i>klor-con m10</i>	65	<i>lessina</i>	20
<i>klor-con m15</i>	65	<i>letrozole</i>	52
<i>klor-con m20</i>	65	<i>leucovorin calcium</i>	51
<i>klor-con/ef</i>	65	LEUKERAN	50
KLOXXADO	32	<i>leuprolide acetate</i>	24
KOSELUGO	54	<i>levalbuterol</i>	36
<i>kourzeq</i>	14	<i>levalbuterol hcl</i>	36
<i>k-prime</i>	64	<i>levalbuterol hydrochloride</i>	36
KRAZATI	54	<i>levetiracetam</i>	46

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>levetiracetam er</i>	46	<i>LOTEMAX</i>	32
<i>levobunolol hcl</i>	30	<i>loteprednol etabonate</i>	32
<i>levocarnitine</i>	37	<i>lovastatin</i>	8
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	35	<i>loxapine</i>	58
<i>levofloxacin</i>	31	<i>lubiprostone</i>	17
<i>levofloxacin</i>	43	<i>LUMAKRAS</i>	54
<i>levofloxacin in d5w</i>	43	<i>LUMIGAN</i>	32
<i>levonest</i>	21	<i>LUPRON DEPOT (1-MONTH)</i>	24
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	21	<i>LUPRON DEPOT (3-MONTH)</i>	24
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	21	<i>LUPRON DEPOT (4-MONTH)</i>	24
<i>levora 0.15/30-28</i>	21	<i>LUPRON DEPOT (6-MONTH)</i>	24
<i>levo-t</i>	23	<i>lurasidone hydrochloride</i>	59
<i>levothyroxine sodium</i>	23	<i>LYBALVI</i>	59
<i>levoxyl</i>	23	<i>LYNPARZA</i>	54
<i>LEXIVA</i>	59	<i>LYSODREN</i>	51
<i>l-glutamine</i>	70	<i>LYTGOBI</i>	54
<i>LIBERVANT</i>	44	<i>magnesium sulfate</i>	65
<i>lidocaine</i>	39	<i>malathion</i>	16
<i>lidocaine hcl</i>	39	<i>maraviroc</i>	60
<i>lidocaine hcl jelly</i>	39	<i>marlissa</i>	21
<i>lidocaine hydrochloride</i>	39	<i>MARPLAN</i>	46
<i>lidocaine hydrochloride jelly</i>	39	<i>MATULANE</i>	50
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	14	<i>matzim la</i>	5
<i>lidocaine viscous</i>	14	<i>MAVYRET</i>	61
<i>lidocaine/prilocaine</i>	39	<i>meclizine hcl</i>	48
<i>LILETTA</i>	22	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	22
<i>linezolid</i>	40	<i>mefloquine hydrochloride</i>	57
<i>LINZESS</i>	17	<i>megestrol acetate</i>	22
<i>liothyronine sodium</i>	23	<i>MEKINIST</i>	54
<i>lisinopril</i>	9	<i>MEKTOVI</i>	55
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	7	<i>meleya</i>	22
<i>lithium</i>	32	<i>meloxicam</i>	39
<i>lithium carbonate</i>	32	<i>memantine hcl titration pak</i>	3
<i>lithium carbonate er</i>	32	<i>memantine hydrochloride</i>	3
<i>LIVTENCITY</i>	60	<i>memantine hydrochloride er</i>	3
<i>lojaimiess</i>	21	<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	3
<i>LOKELMA</i>	63	<i>MENACTRA</i>	29
<i>LONSURF</i>	51	<i>MENQUADFI</i>	29
<i>loperamide hydrochloride</i>	17	<i>MENVEO</i>	29
<i>lopinavir/ritonavir</i>	60	<i>mercaptopurine</i>	50
<i>lorazepam</i>	40	<i>meropenem</i>	42
<i>lorazepam intensol</i>	40	<i>mesalamine</i>	10
<i>LORBRENA</i>	54	<i>mesalamine dr</i>	10
<i>losartan potassium</i>	7	<i>mesalamine er</i>	10
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	7	<i>mesna</i>	51

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>metformin hydrochloride</i>	68	<i>mirtazapine</i>	46
<i>metformin hydrochloride er</i>	68	<i>mirtazapine odt</i>	46
<i>methadone hcl</i>	37	<i>misoprostol</i>	18
<i>methazolamide</i>	30	<i>M-M-R II</i>	29
<i>methenamine hippurate</i>	40	<i>modafinil</i>	13
<i>methenamine mandelate</i>	40	<i>moexipril hydrochloride</i>	9
<i>methimazole</i>	23	<i>molindone hydrochloride</i>	58
<i>methocarbamol</i>	70	<i>mometasone furoate</i>	16
<i>methotrexate</i>	28	<i>mometasone furoate</i>	35
<i>methotrexate sodium</i>	28	<i>montelukast sodium</i>	35
<i>methsuximide</i>	44	<i>morphine sulfate</i>	38
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	13	<i>morphine sulfate er</i>	38
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	12	<i>MOUNJARO</i>	68
<i>methylphenidate hydrochloride er (cd)</i>	12	<i>MOVANTIK</i>	17
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	12	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	43
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm)</i>	12	<i>hydrochloride</i>	
<i>methylprednisolone</i>	22	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	31
<i>methylprednisolone acetate</i>	22	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	43
<i>methylprednisolone dose pack</i>	22	<i>MOZOBIL</i>	67
<i>metoclopramide hcl</i>	17	<i>MRESVIA</i>	29
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	17	<i>MULTAQ</i>	8
<i>metolazone</i>	9	<i>mupirocin</i>	16
<i>metoprolol succinate er</i>	5	<i>mycophenolate mofetil</i>	28
<i>metoprolol tartrate</i>	5	<i>mycophenolic acid dr</i>	28
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	7	<i>MYRBETRIQ</i>	18
<i>metronidazole</i>	15	<i>nabumetone</i>	39
<i>metronidazole</i>	41	<i>nadolol</i>	5
<i>metronidazole vaginal</i>	40	<i>nafcillin sodium</i>	42
<i>metyrosine</i>	7	<i>naftifine hydrochloride</i>	49
<i>mexiletine hydrochloride</i>	8	<i>naloxone hcl</i>	32
<i>mibelas 24 fe</i>	21	<i>naloxone hydrochloride</i>	32
<i>micafungin</i>	49	<i>naltrexone hydrochloride</i>	33
<i>miconazole 3</i>	49	<i>NAMZARIC</i>	3
<i>microgestin 1.5/30</i>	21	<i>naproxen</i>	39
<i>microgestin 1/20</i>	21	<i>naproxen dr</i>	39
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	21	<i>naproxen sodium</i>	39
<i>microgestin fe 1/20</i>	21	<i>naratriptan hcl</i>	3
<i>midodrine hydrochloride</i>	7	<i>NATACYN</i>	31
<i>MIEBO</i>	31	<i>nateglinide</i>	68
<i>mifepristone</i>	24	<i>NAYZILAM</i>	46
<i>miglitol</i>	68	<i>nebivolol hydrochloride</i>	5
<i>minocycline hcl</i>	43	<i>necon 0.5/35-28</i>	21
<i>minocycline hydrochloride</i>	44	<i>nefazodone hydrochloride</i>	47
<i>minoxidil</i>	10	<i>neomycin sulfate</i>	40
<i>minzoya</i>	21	<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	31

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc</i>	31	<i>novolin 70/30 flexpen</i>	69
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	31	<i>novolin n</i>	69
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	31	<i>novolin n flexpen</i>	69
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	31	<i>novolin r</i>	69
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	37	<i>novolog</i>	70
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	31	<i>novolog flexpen</i>	69
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	37	<i>novolog mix 70/30</i>	70
<i>neo-polycin</i>	31	<i>novolog mix 70/30 prefilled flexpen</i>	70
<i>neo-polycin hc</i>	31	<i>novolog penfill</i>	70
<i>NERLYNX</i>	55	<i>np thyroid 120</i>	23
<i>NEULASTA</i>	67	<i>np thyroid 15</i>	23
<i>NEULASTA ONPRO KIT</i>	67	<i>np thyroid 30</i>	23
<i>nevirapine</i>	62	<i>np thyroid 60</i>	23
<i>nevirapine er</i>	62	<i>np thyroid 90</i>	23
<i>NEXLETOL</i>	9	<i>NUBEQA</i>	50
<i>NEXLIZET</i>	9	<i>NUEDEXTA</i>	13
<i>NEXPLANON</i>	22	<i>NULOJIX</i>	28
<i>niacin er</i>	9	<i>NUPLAZID</i>	59
<i>NICOTROL INHALER</i>	32	<i>NURTEC</i>	4
<i>NICOTROL NS</i>	32	<i>NUTRILIPID</i>	37
<i>nifedipine er</i>	5	<i>NUVESSA</i>	41
<i>nikki</i>	21	<i>nyamyc</i>	49
<i>nilotinib hydrochloride</i>	55	<i>nystatin</i>	49
<i>nilutamide</i>	50	<i>nystatin/triamcinolone</i>	14
<i>nimodipine</i>	5	<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	14
<i>NINLARO</i>	55	<i>nystop</i>	49
<i>nitazoxanide</i>	57	<i>OCTAGAM</i>	26
<i>nitixinone</i>	70	<i>octreotide acetate</i>	24
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	41	<i>ODEFSEY</i>	62
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrys</i>	41	<i>ODOMZO</i>	55
<i>nitroglycerin</i>	10	<i>OFEV</i>	34
<i>nitroglycerin</i>	17	<i>ofloxacin</i>	31
<i>nitroglycerin transdermal</i>	10	<i>ofloxacin</i>	37
<i>NIVA THYROID</i>	23	<i>OGSIVEO</i>	51
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	21	<i>OJEMDA</i>	51
<i>norethindrone acetate</i>	22	<i>OJJAARA</i>	55
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	21	<i>olanzapine</i>	59
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	21	<i>olanzapine odt</i>	59
<i>nortrel 1/35</i>	21	<i>olmesartan medoxomil</i>	7
<i>nortrel 7/7/7</i>	21	<i>olmesartan</i>	7
<i>nortriptyline hcl</i>	47	<i>medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	47	<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	7
<i>NORVIR</i>	60	<i>olopatadine hydrochloride</i>	30
<i>novolin 70/30</i>	69	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	9

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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>omeprazole</i>	18	<i>oseltamivir phosphate</i>	60
<i>omeprazole dr</i>	18	<i>OSPHENA</i>	19
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5)	37	<i>OTEZLA</i>	14
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5)	37	<i>OTEZLA</i>	24
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	37	<i>oxacillin sodium</i>	42
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	37	<i>oxaprozin</i>	39
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO GEN 5	37	<i>oxcarbazepine</i>	45
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	37	<i>oxybutynin chloride</i>	19
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	37	<i>oxybutynin chloride er</i>	19
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	37	<i>oxycodone hydrochloride</i>	38
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	37	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	38
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	37	<i>OZEMPIC</i>	68
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	37	<i>paclitaxel</i>	51
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	37	<i>paliperidone er</i>	59
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	37	<i>PANRETIN</i>	57
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	37	<i>pantoprazole sodium</i>	18
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	37	<i>paricalcitol</i>	11
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	37	<i>paroxetine hcl</i>	47
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY <i>ondansetron hcl</i>	48	<i>paroxetine hydrochloride</i>	47
<i>ondansetron hydrochloride</i>	48	<i>PAXLOVID</i>	62
<i>ondansetron odt</i>	48	<i>pazopanib hydrochloride</i>	55
ONUREG	51	<i>PEDIARIX</i>	29
OPDIVO	50	<i>PEDVAX HIB</i>	29
OPIPZA <i>opium</i>	59	<i>peg-3350/electrolytes</i>	17
<i>opium tincture</i>	17	<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	17
OPSUMIT	35	<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	17
OPVEE	33	<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na</i>	17
<i>oralone dental paste</i>	14	<i>ascorbate/ascorbic</i>	
ORENCIA	24	<i>PEGASYS</i>	26
ORENCIA CLICKJECT	24	<i>PEGASYS</i>	28
ORENITRAM	35	<i>PEMAZYRE</i>	55
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	35	<i>PENBRAYA</i>	29
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	35	<i>penicillamine</i>	63
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	35	<i>penicillin g potassium</i>	42
ORGOVYX	24	<i>penicillin g sodium</i>	42
ORKAMBI	34	<i>penicillin v potassium</i>	42
ORSERDU	50	<i>PENMENVY</i>	29
		<i>PENTACEL</i>	29
		<i>pentamidine isethionate</i>	57
		<i>pentoxifylline er</i>	7
		<i>perampanel</i>	46
		<i>perindopril erbumine</i>	9
		<i>periogard</i>	14
		<i>permethrin</i>	16
		<i>perphenazine</i>	58

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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
PERSERIS	59	<i>prazosin hydrochloride</i>	5
<i>phenelzine sulfate</i>	46	<i>prednisolone</i>	22
<i>phenobarbital</i>	44	<i>prednisolone acetate</i>	32
<i>phenytek</i>	45	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	22
<i>phenytoin</i>	45	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	32
<i>phenytoin sodium extended</i>	45	<i>prednisone</i>	22
PIFELTRO	62	<i>pregabalin</i>	44
<i>pilocarpine hcl</i>	30	PREHEVBRIO	29
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	14	PREMARIN	21
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	30	PREMASOL	65
<i>pimecrolimus</i>	16	<i>premium lidocaine</i>	39
<i>pimozide</i>	58	PREMPHASE	21
<i>pindolol</i>	5	<i>prenatal</i>	66
<i>pioglitazone hcl</i>	68	<i>prevalite</i>	9
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	68	PREVYMIS	60
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	68	PREZCOBIX	60
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	68	PREZISTA	60
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	42	PRIFTIN	48
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	55	<i>primaquine phosphate</i>	57
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	55	<i>primidone</i>	44
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	55	PRIORIX	29
<i>pirfenidone</i>	34	PRIVIGEN	26
<i>piroxicam</i>	39	PROAIR RESPICLICK	36
<i>pitavastatin calcium</i>	8	<i>probenecid</i>	10
PLEGRIDY	11	<i>probenecid/colchicine</i>	10
PLEGRIDY STARTER PACK	11	<i>prochlorperazine</i>	48
PLENAMINE	65	<i>prochlorperazine edisylate</i>	48
<i>plerixafor</i>	67	<i>prochlorperazine maleate</i>	48
<i>podofilox</i>	14	PROCIT	67
<i>polycin</i>	31	<i>procto-med hc</i>	10
<i>polymyxin b sulfate(trimethoprim sulfate</i>	31	<i>proctosol hc</i>	10
POMALYST	50	<i>proctozone-hc</i>	10
<i>portia-28</i>	21	<i>progesterone</i>	22
<i>posaconazole</i>	49	PROGRAF	28
<i>posaconazole dr</i>	49	PROLASTIN-C	70
<i>potassium chloride</i>	65	<i>promethazine hcl</i>	48
<i>potassium chloride er</i>	65	<i>promethazine hydrochloride</i>	48
<i>potassium chloride/dextrose/sodium</i>	65	<i>promethazine hydrochloride plain</i>	48
<i>chloride</i>		<i>propafenone hcl</i>	8
<i>potassium citrate er</i>	65	<i>propafenone hydrochloride</i>	8
PRALUENT	9	<i>propafenone hydrochloride er</i>	8
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	4	<i>propranolol hcl</i>	5
<i>prasugrel hydrochloride</i>	66	<i>propranolol hydrochloride</i>	5
<i>pravastatin sodium</i>	8	<i>propranolol hydrochloride er</i>	5
<i>praziquantel</i>	57	<i>propylthiouracil</i>	23

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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
PROQUAD	29	REYATAZ	60
PROSOL	65	REZDIFFRA	23
<i>protriptyline hcl</i>	47	REZLIDHIA	55
PULMOZYME	34	REZUROCK	28
<i>pyrazinamide</i>	48	RHOPRESSA	30
<i>pyridostigmine bromide</i>	4	<i>ribavirin</i>	61
<i>pyridostigmine bromide er</i>	4	<i>rifabutin</i>	48
<i>pyrimethamine</i>	57	<i>rifampin</i>	48
QINLOCK	55	<i>riluzole</i>	13
QUADRACEL	29	<i>rimantadine hydrochloride</i>	60
<i>quetiapine fumarate</i>	59	RINVOQ	25
<i>quinapril hydrochloride</i>	9	RINVOQ LQ	25
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	7	<i>risedronate sodium</i>	11
<i>quinidine sulfate</i>	8	<i>risedronate sodium dr</i>	11
<i>quinine sulfate</i>	57	<i>risperidone</i>	59
QULIPTA	4	<i>risperidone er</i>	59
QVAR REDIHALER	35	<i>risperidone odt</i>	59
RABAVERT	29	<i>ritonavir</i>	60
<i>rabeprazole sodium</i>	18	<i>rivaroxaban</i>	67
RADICAVA ORS	13	<i>rivastigmine tartrate</i>	3
RADICAVA ORS STARTER KIT	13	<i>rivastigmine transdermal system</i>	3
RALDESY	47	<i>rizatriptan benzoate</i>	3
<i>raloxifene hydrochloride</i>	19	<i>rizatriptan benzoate odt</i>	3
<i>ramelteon</i>	13	ROCKLATAN	31
<i>ramipril</i>	9	<i>roflumilast</i>	36
<i>ranolazine er</i>	7	ROMVIMZA	55
<i>rasagiline mesylate</i>	4	<i>ropinirole er</i>	4
RAYALDEE	11	<i>ropinirole hcl</i>	4
REBIF	11	<i>ropinirole hydrochloride</i>	4
REBIF REBIDOSE	11	<i>rosuvastatin calcium</i>	8
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	11	<i>rosyrahy</i>	21
REBIF TITRATION PACK	11	ROTARIX	29
RECOMBIVAX HB	29	ROTATEQ	29
RELENZA DISKHALER	60	<i>roweepra</i>	46
<i>repaglinide</i>	68	ROZLYTREK	55
REPATHA	9	RUBRACA	55
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	9	<i>rufinamide</i>	45
REPATHA SURECLICK	9	RUKOBIA	60
RESTASIS	31	RYBELSUS	68
RESTASIS MULTIDOSE	31	RYDAPT	55
RETACRIT	67	<i>salsalate</i>	39
RETEVMO	55	SANTYL	14
REVCovi	70	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	70
REVUFORJ	51	SAVELLA	12
REXULTI	59	SAVELLA TITRATION PACK	12

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>saxagliptin hydrochloride</i>	68	SPIRIVA RESPIMAT	36
SCEMBLIX	55	<i>spironolactone</i>	8
<i>scopolamine</i>	48	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	7
SECUADO	59	SPRITAM	46
<i>selegiline hcl</i>	4	<i>sps</i>	63
<i>selenium sulfide</i>	16	<i>ssd</i>	14
SELZENTRY	60	STAMARIL	29
SEREVENT DISKUS	36	STELARA	25
<i>sertraline hcl</i>	47	STEQEYMA	25
<i>sertraline hydrochloride</i>	48	<i>sterile water for irrigation</i>	37
<i>sevelamer carbonate</i>	63	STIOLTO RESPIMAT	33
<i>sf 5000 plus</i>	14	STIVARGA	56
<i>sharobel</i>	22	<i>streptomycin sulfate</i>	40
SHINGRIX	29	STRIBILD	61
SIGNIFOR	24	STRIVERDI RESPIMAT	36
<i>sildenafil</i>	18	<i>subvenite</i>	46
<i>sildenafil citrate</i>	18	<i>subvenite starter kit/blue</i>	46
<i>sildenafil citrate</i>	35	<i>subvenite starter kit/green</i>	46
<i>silver sulfadiazine</i>	14	<i>subvenite starter kit/orange</i>	46
SIMBRINZA	31	<i>sucralfate</i>	18
<i>simvastatin</i>	8	<i>sulfacetamide sodium</i>	31
<i>sirolimus</i>	28	<i>sulfacetamide sodium</i>	43
SIRTURO	48	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	31
SKYRIZI	25	<i>phosphate</i>	
SKYRIZI PEN	25	<i>sulfadiazine</i>	43
<i>sodium chloride</i>	65	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	43
<i>sodium chloride 0.45%</i>	65	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	43
<i>sodium chloride 0.9%</i>	37	SULFAMYLYON	16
<i>sodium fluoride</i>	14	<i>sulfasalazine</i>	10
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	14	<i>sulindac</i>	39
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	14	<i>sumatriptan</i>	3
<i>sodium oxybate</i>	13	<i>sumatriptan succinate</i>	3
<i>sodium phenylbutyrate</i>	70	<i>sumatriptan succinate refill</i>	3
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	63	<i>sunitinib malate</i>	56
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	17	SUNLENCA	60
<i>solifenacin succinate</i>	19	SYMLINPEN 120	68
SOLTAMOX	50	SYMLINPEN 60	68
SOMATULINE DEPOT	24	SYMPAZAN	44
SOMAVERT	24	SYMTUZA	60
<i>sorafenib</i>	56	SYNAREL	24
<i>sorafenib tosylate</i>	55	SYNJARDY	68
<i>sotalol hcl</i>	8	SYNJARDY XR	68
<i>sotalol hydrochloride</i>	8	SYNTHROID	23
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	8	TABLOID	51
		TABRECTA	56

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>tacrolimus</i>	16	<i>tiadylt er</i>	6
<i>tacrolimus</i>	28	<i>tiagabine hydrochloride</i>	44
<i>tadalafil</i>	18	<i>TIBSOVO</i>	56
<i>tadalafil</i>	35	<i>ticagrelor</i>	66
TAFINLAR	56	TICOVAC	29
TAGRISSO	56	<i>tigecycline</i>	41
TALZENNA	56	<i>timolol hemihydrate</i>	30
<i>tamoxifen citrate</i>	50	<i>timolol maleate</i>	4
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	18	<i>timolol maleate</i>	30
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	21	<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	30
<i>tasimelteon</i>	13	<i>tinidazole</i>	41
TAVNEOS	25	<i>tiopronin dr</i>	18
<i>tazarotene</i>	15	TIVICAY	61
<i>tazicef</i>	42	TIVICAY PD	61
<i>taztia xt</i>	5	<i>tizanidine hcl</i>	3
TAZVERIK	56	<i>tizanidine hydrochloride</i>	3
TDVAX	29	TOBI PODHALER	34
TEFLARO	42	TOBRADEX ST	31
<i>telmisartan</i>	7	<i>tobramycin</i>	31
<i>telmisartan/amlodipine</i>	7	<i>tobramycin sulfate</i>	40
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	7	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	31
<i>temazepam</i>	13	<i>tolterodine tartrate</i>	19
TENIVAC	29	<i>tolterodine tartrate er</i>	19
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	62	<i>topiramate</i>	46
TEPMETKO	56	<i>toremifene citrate</i>	50
<i>terazosin hcl</i>	18	<i>torsemide</i>	9
<i>terazosin hydrochloride</i>	18	TOUJEO MAX SOLOSTAR	70
<i>terbinafine hcl</i>	49	TOUJEO SOLOSTAR	70
<i>terconazole</i>	49	TRADJENTA	68
<i>teriflunomide</i>	12	<i>tramadol hydrochloride</i>	38
<i>teriparatide</i>	11	<i>tramadol hydrochloride er</i>	38
<i>testosterone</i>	19	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	38
<i>testosterone cypionate</i>	19	<i>trandolapril</i>	9
<i>testosterone enanthate</i>	19	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	7
<i>testosterone pump</i>	19	<i>tranexamic acid</i>	66
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT	29	<i>tranylcyromine sulfate</i>	46
<i>tetrabenazine</i>	13	TRAVASOL	66
<i>tetracycline hydrochloride</i>	44	<i>travoprost</i>	32
THALOMID	50	<i>trazodone hydrochloride</i>	48
<i>theophylline</i>	36	TRECATOR	48
<i>theophylline er</i>	36	TRELEGY ELLIPTA	34
<i>thioridazine hydrochloride</i>	58	TRESIBA	70
<i>thiothixene</i>	58	TRESIBA FLEXTOUCH	70
THYROID	23	<i>tretinoïn</i>	15
		<i>tretinoïn</i>	57

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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
triamicinolone acetonide	16	VALTOCO 10 MG DOSE	44
triamicinolone acetonide	23	VALTOCO 15 MG DOSE	44
triamicinolone acetonide dental paste	14	VALTOCO 20 MG DOSE	44
triamterene	9	VALTOCO 5 MG DOSE	44
triamterene/hydrochlorothiazide	7	valtya 1/50	21
trientine hydrochloride	63	vancomycin	41
trifluoperazine hcl	58	vancomycin hcl	41
trifluoperazine hydrochloride	58	vancomycin hydrochloride	41
trifluridine	31	VANFLYTA	56
trihexyphenidyl hcl	4	VAQTA	30
trihexyphenidyl hydrochloride	4	varenicline starting month	32
TRIKAFTA	34	varenicline tartrate	32
trimethoprim	41	VARIVAX	30
trimipramine maleate	47	VAXCHORA	30
TRINTELLIX	48	velivet	21
tri-sprintec	21	VELPHORO	63
TRIUMEQ	62	VEMLIDY	62
TRIUMEQ PD	62	VENCLEXTA	56
trivora-28	21	VENCLEXTA STARTING PACK	56
TROPHAMINE	66	venlafaxine hydrochloride	48
trospium chloride	19	venlafaxine hydrochloride er	48
TRULICITY	68	VENTAVIS	35
TRUMENBA	29	VEOZAH	13
TRUQAP	56	verapamil hcl	6
TUKYSA	56	verapamil hcl er	6
TURALIO	56	verapamil hcl sr	6
turqoz	21	verapamil hydrochloride	6
TWINRIX	30	verapamil hydrochloride er	6
TYBOST	60	VERQUVO	10
TYENNE	25	VERSACLOZ	58
TYPHIM VI	30	VERZENIO	56
TYRVAYA	32	vigabatrin	44
UBRELVY	4	VIGAFYDE	45
UDENYCA	67	vigpoder	45
UDENYCA ONBODY	67	vilazodone hydrochloride	48
unithroid	23	VIMKUNYA	30
ursodiol	17	VIRACEPT	60
ustekinumab	25	VIREAD	62
valacyclovir hydrochloride	61	VITRAKVI	56
VALCHLOR	50	VIVITROL	33
valganciclovir	60	VIVOTIF	30
valganciclovir hydrochloride	60	VIZIMPRO	56
valproic acid	46	VONJO	51
valsartan	7	VOQUEZNA	17
valsartan/hydrochlorothiazide	7	VOQUEZNA DUAL PAK	41

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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
VOQUEZNA TRIPLE PAK	41	ZEJULA	57
VORANIGO	52	ZELBORAF	57
<i>voriconazole</i>	49	ZENATANE	15
VOSEVI	61	ZENPEP	71
VOWST	17	ZEPOSIA	12
VRAYLAR	59	ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	12
VUMERTY	12	<i>zidovudine</i>	62
<i>vyfemla</i>	21	<i>ziprasidone hcl</i>	59
VYZULTA	32	<i>ziprasidone mesylate</i>	59
<i>warfarin sodium</i>	67	ZIRGAN	32
WELIREG	70	zoledronic acid	11
WINREVAIR	35	ZOLINZA	51
<i>wixela inhub</i>	34	<i>zolpidem tartrate</i>	13
WYOST	11	ZONISADE	45
XALKORI	56	<i>zonisamide</i>	45
XARAH FE	21	ZOSYN	42
XARELTO	67	<i>zovia 1/35</i>	21
XARELTO STARTER PACK	67	ZTALMY	45
XATMEP	28	ZURZUVAE	46
XCOPRI	45	ZYDELIG	57
XDEMVY	32	ZYKADIA	57
XELJANZ	25	ZYPREXA RELPREVV	59
XELJANZ XR	25		
<i>xelria fe</i>	21		
XERMELO	17		
XIFAXAN	17		
XIGDUO XR	68		
XXIIDRA	31		
XOFLUZA	60		
XOLAIR	25		
XOSPATA	56		
XPOVIO	57		
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	56		
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	56		
XTANDI	50		
<i>xulane</i>	21		
YERVOY	50		
YESINTEK	25		
YF-VAX	30		
YONSA	50		
<i>yuvafem</i>	21		
<i>zafemy</i>	21		
<i>zafirlukast</i>	36		
<i>zaleplon</i>	13		
ZARXIO	67		

ID de formulario: 26452, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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

ភាសាខ្មែរ (Khmer) សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើមួយកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មដំឡើយភាសាតែតគិតថ្លែកីមានសម្រាប់អ្នក។ ដំឡើយនឹងសេវាកម្មដែលជាការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលបើក្រាស់បាន កើមាចរកបានដោយតែគិតថ្លែងដឹង។ ហេរទូរសព្ទទៅ 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) បុន្ណាយទៅការនៃអ្នកដែលសេវាបាល់អ្នក។

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires 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. ચોગ્ય ઓફિશિલ 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 **10/01/2025**. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred PPO Rx al **1-866-623-0172** (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 o 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).