TUFTS Health Plan

a Point32Health company

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

Planes de Tufts Medicare Preferred HMO

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

26452 Versión 17

Este formulario se actualizó el 11/01/2026. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred HMO al **1-800-701-9000** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o visite **www.thpmp.org**.

H2256_2026_18_C_SPA

Tufts Medicare Preferred HMO
Formulario (lista de medicamentos cubiertos) 2026

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

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

Este documento incluye la Lista de Medicamentos (formulario) para nuestro plan que estará vigente a partir del 11/01/2026. Para obtener una Lista de Medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha más reciente de actualización de la Lista de Medicamentos (formulario), aparece en la portada y la contraportada.

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

¿Qué es el formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?

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

¿El formulario puede cambiar?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El formulario adjunto estará vigente a partir del 11/01/2026. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Tufts Medicare Preferred HMO, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. En caso de un cambio en el formulario a mitad de año que no sea de mantenimiento, se le informará mediante una hoja de fe de erratas.

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos formas de encontrar un medicamento en el formulario:

Afección médica

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

Lista alfabética

Si no está seguro de en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página 75. El índice provee una lista alfabética de todos los medicamentos que se incluyen en este documento. En este índice aparecen los medicamentos genéricos y los de marca. Busque en el índice y encuentre su medicamento. A un lado del medicamento, verá el número de la página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que se indica en el índice y busque el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

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

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

¿Mi cobertura tiene alguna restricción?

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

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

- **Cantidad límite:** en el caso de ciertos medicamentos, Tufts Medicare Preferred HMO restringe la cantidad del medicamento que cubrirá Tufts Medicare Preferred HMO. Por ejemplo, Tufts Medicare Preferred HMO proporciona 30 comprimidos por receta de *ramelteon*. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de un mes o tres meses.

- **Terapia escalonada:** en algunos casos, Tufts Medicare Preferred HMO exige que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que Tufts Medicare Preferred HMO no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, Tufts Medicare Preferred HMO entonces cubrirá el medicamento B.

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

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

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

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

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

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

- Puede solicitar a Tufts Medicare Preferred HMO que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

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

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto en un nivel predeterminado de costos compartidos y usted no podrá pedirnos que proveamos el medicamento en un nivel más bajo.

- Puede pedirnos una exención de una restricción de cobertura, lo que incluye autorización previa, terapia escalonada o cantidad límite de su medicamento. Por ejemplo, en el caso de ciertos medicamentos, Tufts Medicare Preferred HMO restringe la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene una cantidad límite, puede pedirnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad superior.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario en un nivel más bajo de costos compartidos, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad.

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

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

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

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

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

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

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

Para obtener más información

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

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

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

Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO

El formulario que comienza en la página 3 proporciona información sobre los medicamentos cubiertos por Tufts Medicare Preferred HMO. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, diríjase al índice que comienza en la página 75.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Este medicamento recetado puede estar cubierto según sus beneficios médicos. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred HMO al **1-800-701-9000** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o visite **www.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 HMO para los miembros que no cumplen los criterios de terapia escalonada en el punto de venta según el proceso de revisión médica. El proceso de revisión médica les permite a usted o a su médico solicitar a Tufts Medicare Preferred HMO que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Consulte la sección *"¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?"* en la página para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

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

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

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

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

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

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

Cobertura adicional

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

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

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

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

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

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

Beneficios de medicamentos recetados: Deducible (para los medicamentos recetados de Part D)	Tufts Medicare Preferred **HMO Smart Saver Rx**	Tufts Medicare Preferred **HMO Basic No Rx**	Tufts Medicare Preferred **HMO Basic Rx**
Deducible	$615 por año para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D.	Este plan no tiene deducible.

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

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

Tufts Medicare Preferred **HMO Value No Rx**	Tufts Medicare Preferred **HMO Value Rx**	Tufts Medicare Preferred **HMO Prime No Rx**	w	Tufts Medicare Preferred **HMO Prime Rx Plus**
Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D.	Este plan no tiene deducible.	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D.	Este plan no tiene deducible.	

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

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

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

Tufts Medicare Preferred **HMO Value Rx**			Tufts Medicare Preferred **HMO Prime Rx**			Tufts Medicare Preferred **HMO Prime Rx Plus**		
Costos compartidos en farmacia: farmacia no preferida								
Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
$14	$28	$42	$4	$8	$12	$2	$4	$6
$19	$38	$57	$8	$16	$24	$4	$8	$12
20% del costo (insulina: $35)	20% del costo (insulina: $70)	20% del costo (insulina: $105)	20% del costo (insulina: $35)	20% del costo (insulina: $70)	20% del costo (insulina: $105)	20% del costo (insulina: $30)	20% del costo (insulina: $60)	20% del costo (insulina: $90)
40% del costo (insulina: $35)	40% del costo (insulina: $70)	40% del costo (insulina: $105)	40% del costo (insulina: $35)	40% del costo (insulina: $70)	40% del costo (insulina: $105)	40% del costo (insulina: $35)	40% del costo (insulina: $70)	40% del costo (insulina: $105)
33% del costo	N/C	N/C	33% del costo	N/C	N/C	33% del costo	N/C	N/C
$0	N/C	N/C	$0	N/C	N/C	$0	N/C	N/C
Costos compartidos de farmacia de pedido por correo								
Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
$0	$0	$0	$4	$8	$8	$2	$4	$4
$4	$8	$8	$8	$16	$16	$4	$8	$8
20% del costo (insulina: $35)	20% del costo (insulina: $70)	20% del costo (insulina: $70)	20% del costo (insulina: $35)	20% del costo (insulina: $70)	20% del costo (insulina: $70)	20% del costo (insulina: $30)	20% del costo (insulina: $60)	20% del costo (insulina: $60)
40% del costo (insulina: $35)	40% del costo (insulina: $70)	40% del costo (insulina: $70)	40% del costo (insulina: $35)	40% del costo (insulina: $70)	40% del costo (insulina: $70)	40% del costo (insulina: $35)	40% del costo (insulina: $70)	40% del costo (insulina: $70)
33% del costo	N/C	N/C	33% del costo	N/C	N/C	33% del costo	N/C	N/C
N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia preferida. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo.								

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

Tabla de contenidos

Agentes antidemencia 3
Agentes antiespásticos 3
Agentes antijaquecosos 3
Agentes antimiasténicos 4
Agentes antiparkinsonianos 4
Agentes cardiovasculares 5
Agentes de antigout 11
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal 11
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas 11
Agentes del sistema nervioso central 12
Agentes del trastorno del sueño 14
Agentes dentales y orales 14
Agentes dermatológicos 15
Agentes gastrointestinales 17
Agentes genitourinarios 19
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis) 20
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores) 20
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal) 23
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides) 24
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides) 25
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria) 25
Agentes inmunológicos 25
Agentes oftálmicos 31
Agentes para la bipolaridad 33
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción 34
Agentes para vías respiratorias/pulmonares 34
Agentes Terapéuticos, Misceláneos 38
Agentes óticos 39
Analgésicos 39
Anestésicos 41
Ansiolíticos 41
Antibacterianos 42
Anticonvulsivos 46
Antidepresivos 49
Antidepressants 50
Antieméticos 51
Antimicobacterianos 51
Antimicóticos 52
Antineoplásicos 53
Antiparasitarios 59
Antipsicóticos 59
Antivírico 62

ID de formulario: 26452, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2026
Ultima actualización: 11/01/2026

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

Electrolitos/minerales/metales/vitaminas 65
Productos y modificadores sanguíneos 69
Reguladores de la glucemia 70
Relajantes musculares esqueléticos 73
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento 73

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
AUSTEDO TABLET 12MG, 6MG, 9MG	5	PA; NEDS; SP
COBENFY STARTER PACK CAPSULE THERAPY PACK 20MG; 0	5	QL(112 EA por 365 días); PA NSO; NEDS
COBENFY CAPSULE 20MG; 100MG, 20MG; 50MG, 30MG; 125MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
dextromethorphan hydrobromide/quinidine sulfate capsule 20mg; 10mg	5	PA; NEDS
NUEDEXTA CAPSULE 20MG; 10MG	5	PA; NEDS
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSPENSION 105MG/5ML	5	PA; NEDS; SP
RADICAVA ORS SUSPENSION 105MG/5ML	5	PA; NEDS; SP
riluzole tablet 50mg	4	
tetrabenazine tablet 12.5mg, 25mg	4	PA; SP
VEOZAH TABLET 45MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
Agentes del trastorno del sueño		
Agentes estimulantes de insomnio		
armodafinil tablet 150mg, 200mg, 250mg, 50mg	3	PA
modafinil tablet 100mg, 200mg	2	PA
sodium oxybate solution 500mg/ml	5	PA; NEDS
Agentes somníferos		
BELSOMRA TABLET 10MG, 15MG, 20MG, 5MG	3	
eszopiclone tablet 1mg, 2mg, 3mg	2	
ramelteon tablet 8mg	4	QL(30 EA por 30 días)
tasimelteon capsule 20mg	5	PA; NEDS; SP
temazepam capsule 15mg, 30mg, 7.5mg	2	
zaleplon capsule 10mg, 5mg	2	
zolpidem tartrate tablet 10mg, 5mg	2	
Agentes dentales y orales		
Agentes dentales y orales		
cevimeline hydrochloride capsule 30mg	4	
chlorhexidine gluconate solution 0.12%	1	
kourzeq paste 0.1%	3	
lidocaine hydrochloride viscous solution 2%	2	
lidocaine viscous solution 2%	2	
oralone dental paste paste 0.1%	3	
periogard solution 0.12%	1	
pilocarpine hydrochloride tablet 5mg, 7.5mg	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
sf 5000 plus cream 1.1%	2	
sodium fluoride 5000 plus cream 1.1%	2	
sodium fluoride 5000 ppm cream 1.1%	2	
sodium fluoride cream 1.1%	2	
triamcinolone acetonide dental paste paste 0.1%	3	
Agentes dermatológicos		
Agentes dermatológicos, otros		
calcipotriene cream 0.005%	3	QL(120 GM por 30 días)
calcipotriene ointment 0.005%	4	QL(120 GM por 30 días)
calcipotriene solution 0.005%	4	QL(120 ML por 30 días)
calcitriol ointment 3mcg/gm	4	
clotrimazole/betamethasone dipropionate cream 0.05%; 1%	2	
clotrimazole/betamethasone dipropionate lotion 0.05%; 1%	4	
diclofenac sodium gel 3%	3	QL(200 GM por 30 días)
fluorouracil cream 0.5%, 5%	3	
fluorouracil solution 2%, 5%	4	
imiquimod cream 5%	2	
imiquimod cream 3.75%	4	
nystatin/triamcinolone acetonide cream 100000unit/gm; 1mg/gm	2	
nystatin/triamcinolone acetonide ointment 100000unit/gm; 0.1%	2	
nystatin/triamcinolone cream 100000unit/gm; 1mg/gm	2	
nystatin/triamcinolone ointment 100000unit/gm; 0.1%	2	
OTEZLA TABLET 20MG, 30MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
podofilox gel 0.5%	4	
podofilox solution 0.5%	4	
SANTYL OINTMENT 250UNIT/GM	4	
silver sulfadiazine cream 1%	2	
ssd cream 1%	2	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
accutane capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	
acitretin capsule 10mg, 17.5mg, 25mg	4	
adapalene gel 0.1%, 0.3%	4	PA
amnesteem capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	
azelaic acid gel 15%	4	
claravis capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	
clindamycin phosphate/benzoyl peroxide gel 2.5%; 1.2%, 5%; 1.2%	4	
clindamycin/benzoyl peroxide gel 5%; 1%	4	
isotretinoin capsule 10mg, 20mg, 25mg, 30mg, 35mg, 40mg	4	
metronidazole cream 0.75%	2	
metronidazole gel 0.75%, 1%	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
metronidazole lotion 0.75%	4	
tazarotene cream 0.1%	3	PA
tazarotene cream 0.05%	4	PA
tazarotene gel 0.05%, 0.1%	4	PA
tretinoin cream 0.025%, 0.05%, 0.1%	3	PA
ZENATANE CAPSULE 10MG, 20MG, 30MG, 40MG	4	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
ammonium lactate cream 12%	2	
ammonium lactate lotion 12%	2	
betamethasone dipropionate augmented cream 0.05%	2	
betamethasone dipropionate augmented gel 0.05%	4	
betamethasone dipropionate augmented lotion 0.05%	2	
betamethasone dipropionate augmented ointment 0.05%	3	
betamethasone dipropionate cream 0.05%	3	
betamethasone dipropionate lotion 0.05%	3	
betamethasone dipropionate ointment 0.05%	4	
betamethasone valerate cream 0.1%	3	
betamethasone valerate lotion 0.1%	3	
betamethasone valerate ointment 0.1%	3	
clobetasol propionate emollient base cream 0.05%	2	QL(240 GM por 30 días)
clobetasol propionate cream 0.05%	2	QL(240 GM por 30 días)
clobetasol propionate gel 0.05%	3	QL(240 GM por 30 días)
clobetasol propionate ointment 0.05%	2	QL(240 GM por 30 días)
clobetasol propionate shampoo 0.05%	3	QL(236 ML por 30 días)
clobetasol propionate solution 0.05%	3	QL(200 ML por 30 días)
clodan shampoo 0.05%	3	QL(236 ML por 30 días)
desonide cream 0.05%	3	
desonide ointment 0.05%	3	
desoximetasone cream 0.05%, 0.25%	4	
EUCRISA OINTMENT 2%	4	PA
fluocinolone acetonide body oil 0.01%	4	
fluocinolone acetonide scalp oil 0.01%	4	
fluocinolone acetonide topical oil 0.01%	4	
fluocinolone acetonide cream 0.01%, 0.025%	4	
fluocinolone acetonide ointment 0.025%	3	
fluocinolone acetonide solution 0.01%	2	
fluocinonide emulsified base cream 0.05%	4	
fluocinonide cream 0.05%	3	
fluocinonide cream 0.1%	4	
fluocinonide gel 0.05%	3	
fluocinonide ointment 0.05%	3	
fluocinonide solution 0.05%	2	
fluticasone propionate cream 0.05%	2	
fluticasone propionate ointment 0.005%	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
halobetasol propionate cream 0.05%	4	
halobetasol propionate ointment 0.05%	4	
hydrocortisone valerate cream 0.2%	3	
hydrocortisone valerate ointment 0.2%	4	
hydrocortisone cream 1%, 2.5%	1	
hydrocortisone lotion 2.5%	2	
hydrocortisone ointment 2.5%	1	
hydrocortisone ointment 1%	2	
mometasone furoate cream 0.1%	2	
mometasone furoate ointment 0.1%	2	
mometasone furoate solution 0.1%	3	
pimecrolimus cream 1%	4	
selenium sulfide lotion 2.5%	2	
tacrolimus ointment 0.03%, 0.1%	4	
triamcinolone acetonide cream 0.025%, 0.1%, 0.5%	2	
triamcinolone acetonide lotion 0.025%, 0.1%	3	
triamcinolone acetonide ointment 0.025%, 0.1%, 0.5%	2	
Antiinfecciosos tópicos		
ciclopirox nail lacquer solution 8%	3	
ciclopirox olamine cream 0.77%	2	
ciclopirox gel 0.77%	3	
ciclopirox shampoo 1%	3	
ciclopirox suspension 0.77%	3	
clindamycin phosphate (once-daily) gel 1%	1	
clindamycin phosphate (twice-daily) gel 1%	1	
clindamycin phosphate lotion 1%	3	
clindamycin phosphate topical solution 1%	2	
ery pad 2%	4	
erythromycin gel 2%	3	
erythromycin solution 2%	2	
mupirocin cream 2%	4	QL(180 GM por 30 días)
mupirocin ointment 2%	2	QL(44 GM por 30 días)
SULFAMYLON CREAM 85MG/GM	4	
Pediculicidas/escabicidas		
malathion lotion 0.5%	4	
permethrin cream 5%	3	
Agentes gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
alosetron hydrochloride tablet 0.5mg	4	PA
alosetron hydrochloride tablet 1mg	5	PA; NEDS
loperamide hydrochloride capsule 2mg	3	
XERMELO TABLET 250MG	5	PA; NEDS; SP
Agentes antiestreñimiento		
constulose solution 10gm/15ml	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
enulose solution 10gm/15ml	2	
generlac solution 10gm/15ml	2	
lactulose solution 10gm/15ml	2	
LINZESS CAPSULE 145MCG, 290MCG, 72MCG	3	
lubiprostone capsule 24mcg, 8mcg	4	
MOVANTIK TABLET 12.5MG, 25MG	3	
Agentes gastrointestinales, otros		
CLENPIQ SOLUTION 12GM/175ML; 3.5GM/175ML; 10MG/175ML	3	
gavilyte-c solution reconstituted 240gm; 2.98gm; 6.72gm; 5.84gm; 22.72gm	3	
gavilyte-g solution reconstituted 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm	3	
gavilyte-n/flavor pack solution reconstituted 420gm; 1.48gm; 5.72gm; 11.2gm	3	
metoclopramide hcl injection 5mg/ml	2	
metoclopramide hcl oral solution 5mg/5ml	2	
metoclopramide hydrochloride +rfid injection 5mg/ml	2	
metoclopramide hydrochloride tablet 10mg, 5mg	1	
nitroglycerin ointment 0.4%	4	QL(30 GM por 30 días)
opium tincture tincture 1%	4	
opium tincture 1%	4	
peg-3350/electrolytes/ascorbate solution reconstituted 4.7gm; 100gm; 1.015gm; 5.9gm; 2.691gm; 7.5gm	4	
peg-3350/electrolytes solution reconstituted 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm	3	
peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl solution reconstituted 420gm; 1.48gm; 5.72gm; 11.2gm	3	
peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic solution reconstituted 4.7gm; 100gm; 1.015gm; 5.9gm; 2.691gm; 7.5gm	4	
sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate solution 17.5gm/177ml; 3.13gm/177ml; 1.6gm/177ml	4	
ursodiol capsule 300mg	3	
ursodiol tablet 250mg, 500mg	4	
VOQUEZNA TABLET 10MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
VOQUEZNA TABLET 20MG	4	QL(60 EA por 30 días); PA
VOWST CAPSULE 0	5	PA; NEDS
XIFAXAN TABLET 550MG	5	PA; NEDS
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
cimetidine tablet 200mg, 300mg, 400mg, 800mg	4	
famotidine tablet 20mg, 40mg	2	

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
MYRBETRIQ SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8MG/ML	3	
MYRBETRIQ TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25MG, 50MG	3	
oxybutynin chloride er tablet extended release 24 hour 10mg, 15mg, 5mg	3	
oxybutynin chloride solution 5mg/5ml	2	
oxybutynin chloride tablet 5mg	2	
oxybutynin chloride tablet 2.5mg	3	
solifenacin succinate tablet 10mg, 5mg	3	
tolterodine tartrate er capsule extended release 24 hour 2mg, 4mg	4	
tolterodine tartrate tablet 1mg, 2mg	4	
trospium chloride tablet 20mg	3	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
desmopressin acetate solution 0.01%	2	
desmopressin acetate tablet 0.1mg, 0.2mg	2	
GENOTROPIN MINIQUICK INJECTION 0.2MG	3	PA; SP
GENOTROPIN MINIQUICK INJECTION 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	5	PA; NEDS; SP
GENOTROPIN INJECTION 12MG, 5MG	5	PA; NEDS; SP
INCRELEX INJECTION 40MG/4ML	5	PA; NEDS; SP
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos		
OSPHENA TABLET 60MG	4	
raloxifene hydrochloride tablet 60mg	2	
Andrógenos		
danazol capsule 100mg, 200mg, 50mg	4	
testosterone cypionate injection 100mg/ml, 200mg/ml	2	
testosterone enanthate injection 200mg/ml	4	
testosterone pump gel 20.25mg/act	3	
testosterone pump gel 12.5mg/act	4	
testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 40.5mg/2.5gm	3	
testosterone gel 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	4	
Estrógenos		
abigale lo tablet 0.5mg; 0.1mg	3	
abigale tablet 1mg; 0.5mg	3	
amabelz tablet 0.5mg; 0.1mg, 1mg; 0.5mg	3	
apri tablet 0.15mg; 30mcg	4	
ashlyna tablet 0; 0	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
aviane tablet 20mcg; 0.1mg	4	
azurette tablet 0; 0	4	
balziva tablet 35mcg; 0.4mg	4	
briellyn tablet 35mcg; 0.4mg	4	
conjugated estrogens tablet 0.3mg, 0.45mg, 0.625mg, 0.9mg, 1.25mg	4	
dotti patch twice weekly 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr	4	
drospirenone/ethinyl estradiol tablet 3mg; 0.03mg	4	
eluryng ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr	4	
enilloring ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr	3	
estradiol valerate injection 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	4	
estradiol/norethindrone acetate tablet 0.5mg; 0.1mg, 1mg; 0.5mg	3	
estradiol cream 0.1mg/gm	3	
estradiol patch twice weekly 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr	4	
estradiol patch weekly 0.025mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.06mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr, 37.5mcg/24hr	3	
estradiol oral tablet 0.5mg, 1mg, 2mg	2	
estradiol vaginal tablet 10mcg	4	
ESTRING RING 7.5MCG/24HR	4	
etonogestrel/ethinyl estradiol ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr	4	
falmina tablet 20mcg; 0.1mg	4	
FEIRZA 1.5/30 TABLET 30MCG; 75MG; 1.5MG	4	
FEIRZA 1/20 TABLET 20MCG; 75MG; 1MG	4	
finzala tablet chewable 20mcg; 75mg; 1mg	4	
fyavolv tablet 5mcg; 1mg	3	
fyavolv tablet 2.5mcg; 0.5mg	4	
galbriela tablet chewable 25mcg; 75mg; 0.8mg	4	
hailey fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg	4	
haloette ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr	4	
iclevia tablet 0.03mg; 0.15mg	4	
IMVEXXY MAINTENANCE PACK INSERT 10MCG, 4MCG	3	
IMVEXXY STARTER PACK INSERT 10MCG, 4MCG	3	
introvale tablet 0.03mg; 0.15mg	4	
jaimiess tablet 0; 0	4	
jinteli tablet 5mcg; 1mg	3	
junel 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg	4	
junel 1/20 tablet 20mcg; 1mg	4	
junel fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg	4	
junel fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
junel fe 24 tablet 20mcg; 75mg; 1mg	4	
kariva tablet 0; 0	4	
kelnor 1/35 tablet 35mcg; 1mg	4	
larin 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg	4	
larin 1/20 tablet 20mcg; 1mg	4	
larin fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg	4	
larin fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg	4	
lessina tablet 20mcg; 0.1mg	4	
levonest tablet 0; 0	4	
levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 20mcg; 90mcg	4	
levonorgestrel/ethinyl estradiol/ferrous bisglycinate tablet 0.02mg; 36.5mg; 0.1mg	4	
levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 20mcg; 0.1mg	4	
levora 0.15/30-28 tablet 0.03mg; 0.15mg	4	
lojaimiess tablet 0; 0	4	
luizza 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg	4	
luizza 1/20 tablet 20mcg; 1mg	4	
marlissa tablet 0.03mg; 0.15mg	4	
mibelas 24 fe tablet chewable 20mcg; 75mg; 1mg	4	
microgestin 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg	4	
microgestin 1/20 tablet 20mcg; 1mg	4	
microgestin fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg	4	
microgestin fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg	4	
minzoya tablet 0.02mg; 36.5mg; 0.1mg	4	
necon 0.5/35-28 tablet 35mcg; 0.5mg	4	
nikki tablet 3mg; 0.02mg	4	
norelgestromin/ethinyl estradiol patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr	3	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 5mcg; 1mg	3	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 2.5mcg; 0.5mg	4	
nortrel 0.5/35 (28) tablet 35mcg; 0.5mg	4	
nortrel 1/35 tablet 35mcg; 1mg	4	
nortrel 7/7/7 tablet 35mcg; 0	4	
portia-28 tablet 0.03mg; 0.15mg	4	
PREMARIN CREAM 0.625MG/GM	3	
PREMARIN TABLET 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	4	
PREMPHASE TABLET 0.625MG; 5MG	4	
rosyrah tablet 0; 0	4	
tarina fe 1/20 eq tablet 20mcg; 75mg; 1mg	4	
tri-sprintec tablet 0; 0	2	
trivora-28 tablet 0; 0	4	
turqoz tablet 30mcg; 0.3mg	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
tydemy tablet 3mg; 0.03mg; 0.451mg	4	
valtya 1/35 tablet 35mcg; 1mg	4	
valtya 1/50 tablet 50mcg; 1mg	4	
velivet tablet 0; 0	4	
viorele tablet 0; 0	4	
vyfemla tablet 35mcg; 0.4mg	4	
XARAH FE TABLET 0; 75MG; 1MG	4	
xelria fe tablet chewable 35mcg; 75mg; 0.4mg	4	
xulane patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr	3	
yuvafem tablet 10mcg	4	
zafemy patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr	3	
zovia 1/35 tablet 35mcg; 1mg	4	
Progestinas		
camila tablet 0.35mg	2	
deblitane tablet 0.35mg	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJECTION 104MG/0.65ML	3	
errin tablet 0.35mg	2	
gallifrey tablet 5mg	3	
heather tablet 0.35mg	2	
LILETTA INTRAUTERINE DEVICE 20.1MCG/DAY	3	
medroxyprogesterone acetate injection 150mg/ml	2	
medroxyprogesterone acetate tablet 10mg, 2.5mg, 5mg	1	
megestrol acetate suspension 40mg/ml	3	
megestrol acetate suspension 625mg/5ml	4	
megestrol acetate tablet 20mg, 40mg	2	
meleya tablet 0.35mg	2	
NEXPLANON INJECTION 68MG	3	SP
norethindrone acetate tablet 5mg	3	
orquidea tablet 0.35mg	2	
progesterone capsule 100mg, 200mg	3	
sharobel tablet 0.35mg	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
DEPO-MEDROL INJECTION 20MG/ML	3	
dexamethasone intensol concentrate 1mg/ml	2	
dexamethasone sodium phosphate +rfid injection 4mg/ml	2	
dexamethasone sodium phosphate injection 100mg/10ml, 10mg/ml, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml	2	
dexamethasone elixir 0.5mg/5ml	2	
dexamethasone solution 0.5mg/5ml	2	
dexamethasone tablet 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 6mg	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
fludrocortisone acetate tablet 0.1mg	3	
hydrocortisone sodium succinate injection 100mg	4	
hydrocortisone tablet 10mg, 20mg, 5mg	3	
kenalog-10 injection 10mg/ml	2	
methylprednisolone acetate injection 40mg/ml, 50mg/ml, 80mg/ml	2	
methylprednisolone dose pack tablet therapy pack 4mg	2	
methylprednisolone tablet 16mg, 32mg, 4mg, 8mg	2	
prednisolone sodium phosphate oral solution 15mg/5ml	2	
prednisolone sodium phosphate oral solution 5mg/5ml	3	
prednisolone sodium phosphate oral solution 10mg/5ml, 20mg/5ml, 25mg/5ml	4	
prednisolone solution 15mg/5ml	4	
prednisolone tablet 5mg	4	
prednisone solution 5mg/5ml	4	
prednisone tablet therapy pack 10mg, 5mg	3	
prednisone tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 20mg, 50mg, 5mg	1	
triamcinolone acetonide injection 10mg/ml, 40mg/ml	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
ADTHYZA TABLET 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	4	
ARMOUR THYROID TABLET 120MG, 15MG, 180MG, 240MG, 300MG, 30MG, 60MG, 90MG	4	
euthyrox tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg	1	
levo-t tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg	1	
levothyroxine sodium tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg	1	
levoxyl tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg	1	
liomny tablet 25mcg, 50mcg, 5mcg	3	
liothyronine sodium tablet 25mcg, 50mcg, 5mcg	3	
NIVA THYROID TABLET 15MG	4	
niva thyroid tablet 120mg, 30mg, 60mg, 90mg	4	
np thyroid 120 tablet 120mg	2	
np thyroid 15 tablet 15mg	2	
np thyroid 30 tablet 30mg	2	
np thyroid 60 tablet 60mg	2	
np thyroid 90 tablet 90mg	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
REZDIFFRA TABLET 100MG, 60MG, 80MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
SYNTHROID TABLET 100MCG, 112MCG, 125MCG, 137MCG, 150MCG, 175MCG, 200MCG, 25MCG, 300MCG, 50MCG, 75MCG, 88MCG	4	
THYROID TABLET 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	4	
unithroid tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg	1	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
Agentes antitiroideos		
methimazole tablet 10mg, 5mg	2	
propylthiouracil tablet 50mg	3	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
cabergoline tablet 0.5mg	3	
ELIGARD INJECTION 22.5MG, 30MG, 45MG, 7.5MG	4	SP
FIRMAGON INJECTION 80MG	4	SP
FIRMAGON INJECTION 120MG/VIAL	5	NEDS; SP
lanreotide acetate injection 120mg/0.5ml	5	NEDS; SP
leuprolide acetate injection 1mg/0.2ml	4	SP
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INJECTION 3.75MG, 7.5MG	5	NEDS; SP
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INJECTION 11.25MG, 22.5MG	5	NEDS; SP
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INJECTION 30MG	5	NEDS; SP
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INJECTION 45MG	5	NEDS; SP
mifepristone tablet 300mg	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
octreotide acetate injection 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 50mcg/ml	4	SP
octreotide acetate injection 1000mcg/ml	5	NEDS; SP
ORGOVYX TABLET 120MG	5	PA NSO; NEDS; SP
SIGNIFOR INJECTION 0.3MG/ML, 0.6MG/ML, 0.9MG/ML	5	QL(60 ML por 30 días); PA; NEDS; SP
SOMATULINE DEPOT INJECTION 60MG/0.2ML, 90MG/0.3ML	5	NEDS; SP
SOMAVERT INJECTION 10MG, 15MG, 20MG, 25MG, 30MG	5	PA; NEDS; SP
SYNAREL SOLUTION 2MG/ML	5	NEDS; SP
Agentes inmunológicos		
Agentes inmunológicos, otros		
ARCALYST INJECTION 220MG	5	PA; NEDS; SP
BENLYSTA INJECTION 200MG/ML	5	PA; NEDS; SP
COSENTYX SENSOREADY PEN INJECTION 150MG/ML	5	PA; NEDS; SP

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
COSENTYX UNOREADY INJECTION 300MG/2ML	5	PA; NEDS; SP
COSENTYX INJECTION 125MG/5ML	5	PA; NEDS
COSENTYX INJECTION 150MG/ML, 75MG/0.5ML	5	PA; NEDS; SP
DUPIXENT INJECTION 200MG/1.14ML, 300MG/2ML	5	PA; NEDS; SP
EMPAVELI INJECTION 1080MG/20ML	5	PA; NEDS
KINERET INJECTION 100MG/0.67ML	5	PA; NEDS
ORENCIA CLICKJECT INJECTION 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ORENCIA INJECTION 50MG/0.4ML	5	QL(1.6 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ORENCIA INJECTION 87.5MG/0.7ML	5	QL(2.8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ORENCIA INJECTION 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
OTEZLA TABLET THERAPY PACK 0	5	QL(110 EA por 365 días); PA; NEDS; SP
RINVOQ LQ SOLUTION 1MG/ML	5	QL(360 ML por 30 días); PA; NEDS; SP
RINVOQ TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15MG, 30MG, 45MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
SKYRIZI PEN INJECTION 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
SKYRIZI INJECTION 600MG/10ML	5	PA; NEDS; SP
SKYRIZI INJECTION 55MG/0.37ML	5	QL(0.37 ML por 28 días); PA; NEDS
SKYRIZI INJECTION 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
SKYRIZI INJECTION 180MG/1.2ML	5	QL(1.2 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
SKYRIZI INJECTION 360MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
STELARA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
STEQEYMA INJECTION 45MG/0.5ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA
STEQEYMA INJECTION 45MG/0.5ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA; SP
STEQEYMA INJECTION 90MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
TAVNEOS CAPSULE 10MG	5	PA; NEDS; SP
tofacitinib citrate er tablet extended release 24 hour 11mg, 22mg	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
tofacitinib citrate solution 1mg/ml	5	QL(300 ML por 30 días); PA; NEDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
tofacitinib citrate tablet 10mg, 5mg	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
TYENNE INJECTION 162MG/0.9ML	5	QL(3.6 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ustekinumab injection 45mg/0.5ml, 90mg/ml	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
XELJANZ XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11MG, 22MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
XELJANZ SOLUTION 1MG/ML	5	QL(300 ML por 30 días); PA; NEDS; SP
XELJANZ TABLET 10MG, 5MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
XOLAIR INJECTION 150MG/ML, 150MG, 300MG/2ML, 75MG/0.5ML	5	PA; NEDS; SP
YESINTEK INJECTION 45MG/0.5ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA; SP
YESINTEK INJECTION 90MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
Agentes para angioedema		
BERINERT INJECTION 500UNIT	5	PA; NEDS; SP
HAEGARDA INJECTION 2000UNIT, 3000UNIT	5	PA; NEDS; SP
icatibant acetate injection 30mg/3ml	5	QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS; SP
Inmunoestimulantes		
ACTIMMUNE INJECTION 100MCG/0.5ML	5	NEDS; SP
BESREMI PEN INJECTION 500MCG/0.5ML	5	PA NSO; NEDS
BESREMI INJECTION 500MCG/ML	5	PA NSO; NEDS; SP
PEGASYS INJECTION 180MCG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INJECTION 10%, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI; SP
CUVITRU INJECTION 10GM/50ML, 1GM/5ML, 2GM/10ML, 4GM/20ML, 8GM/40ML	5	PA BvD; NEDS; SP
FLEBOGAMMA DIF INJECTION 10GM/100ML, 10GM/200ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI; SP
GAMMAGARD LIQUID INJECTION 10GM/100ML, 2.5GM/25ML, 20GM/200ML, 30GM/300ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI; SP
GAMMAPLEX INJECTION 10GM/100ML, 10GM/200ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI; SP
HIZENTRA INJECTION 10GM/50ML, 1GM/5ML, 2GM/10ML, 4GM/20ML	5	PA BvD; NEDS; SP

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
OCTAGAM INJECTION 10GM/100ML, 10GM/200ML, 1GM/20ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 2GM/20ML, 30GM/300ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI; SP
PRIVIGEN INJECTION 10GM/100ML, 20GM/200ML, 40GM/400ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI; SP
Inmunosupresores		
adalimumab-aaty 1-pen kit injection 80mg/0.8ml	5	QL(4 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
adalimumab-aaty 1-pen kit injection 40mg/0.4ml	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
adalimumab-aaty 2-pen kit injection 40mg/0.4ml	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
adalimumab-aaty 2-syringe injection 20mg/0.2ml	5	QL(2 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
adalimumab-aaty 2-syringe injection 40mg/0.4ml	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
adalimumab-aaty cd/uc/hs starter injection 80mg/0.8ml	5	PA; NEDS; SP
adalimumab-adbm crohns/uc/hs starter injection 40mg/0.8ml	5	PA; NEDS; SP
adalimumab-adbm psoriasis/uveitis starter injection 40mg/0.8ml	5	PA; NEDS; SP
adalimumab-adbm starter package for crohns disease/uc/hs injection 40mg/0.4ml	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
adalimumab-adbm starter package for psoriasis/uveitis injection 40mg/0.4ml	5	PA; NEDS; SP
adalimumab-adbm injection 10mg/0.2ml, 20mg/0.4ml	5	QL(2 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
adalimumab-adbm injection 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
azathioprine tablet 50mg	3	PA BvD
azathioprine tablet 100mg, 75mg	4	PA BvD
cyclosporine modified capsule 100mg, 25mg, 50mg	4	PA BvD; SP
cyclosporine modified solution 100mg/ml	4	PA BvD; SP
cyclosporine capsule 100mg, 25mg	4	PA BvD; SP
ENBREL MINI INJECTION 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ENBREL SURECLICK INJECTION 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ENBREL INJECTION 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ENBREL INJECTION 25MG/0.5ML	5	QL(8.16 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ENVARSUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75MG, 1MG	4	PA BvD; SP

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ENVARSUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4MG	5	PA BvD; NEDS; SP
everolimus tablet 0.25mg	4	QL(60 EA por 30 días); PA BvD; SP
everolimus tablet 0.5mg, 0.75mg, 1mg	5	QL(60 EA por 30 días); PA BvD; NEDS; SP
GENGRAF CAPSULE 100MG, 25MG	4	PA BvD; SP
GENGRAF SOLUTION 100MG/ML	4	PA BvD; SP
HUMIRA 2SYRINGE KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 0, 80MG/0.8ML	5	PA; NEDS; SP
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 40MG/0.8ML, 80MG/0.8ML	5	PA; NEDS; SP
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK INJECTION 80MG/0.8ML	5	PA; NEDS; SP
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 0	5	PA; NEDS; SP
HUMIRA PEN INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
HUMIRA INJECTION 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
HUMIRA INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
JYLAMVO SOLUTION 2MG/ML	4	
leflunomide tablet 10mg, 20mg	2	
methotrexate sodium injection 1gm/40ml, 250mg/10ml, 50mg/2ml	2	SP
methotrexate sodium tablet 2.5mg	2	
methotrexate injection 50mg/2ml	2	SP
mycophenolate mofetil capsule 250mg	3	PA BvD; SP
mycophenolate mofetil suspension reconstituted 200mg/ml	5	PA BvD; NEDS; SP
mycophenolate mofetil tablet 500mg	3	PA BvD; SP
mycophenolic acid dr tablet delayed release 180mg, 360mg	4	PA BvD; SP
NULOJIX INJECTION 250MG	5	NEDS; SP
PEGASYS INJECTION 180MCG/0.5ML	5	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP
PROGRAF PACKET 0.2MG, 1MG	4	PA BvD
REZUROCK TABLET 200MG	5	PA; NEDS; SP
sirolimus solution 1mg/ml	4	PA BvD; SP
sirolimus tablet 0.5mg, 1mg, 2mg	4	PA BvD; SP
tacrolimus capsule 0.5mg, 1mg, 5mg	4	PA BvD; SP
XATMEP SOLUTION 2.5MG/ML	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Vacunas		
ABRYSVO INJECTION 120MCG/0.5ML	6	
ACTHIB INJECTION 0	6	
ADACEL INJECTION 2LF/0.5ML; 15.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	6	
AREXVY INJECTION 120MCG/0.5ML	6	
BCG VACCINE INJECTION 50MG	6	
BEXSERO INJECTION 0.5ML	6	
BOOSTRIX INJECTION 2.5LF/0.5ML; 18.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	6	
DAPTACEL INJECTION 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	6	
DENGVAXIA INJECTION 0	6	
ENGERIX-B INJECTION 10MCG/0.5ML, 20MCG/ML	6	PA BvD
GARDASIL 9 INJECTION 0.5ML	6	
HAVRIX INJECTION 1440UNIT/ML, 720ELU/0.5ML	6	
HEPLISAV-B INJECTION 20MCG/0.5ML	6	PA BvD
HIBERIX INJECTION 10MCG	6	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) INJECTION 2.5UNIT/ML	6	PA BvD
INFANRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 10LFU/0.5ML	6	
IPOL INACTIVATED IPV INJECTION 0	6	
IXCHIQ INJECTION 0	6	
IXIARO INJECTION 0	6	
JYNNEOS INJECTION 0.5ML	6	
KINRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	6	
M-M-R II INJECTION 0; 0; 0	6	
MENACTRA INJECTION 0	6	
MENQUADFI INJECTION 0.5ML	6	
MENVEO INJECTION 0	6	
MRESVIA INJECTION 50MCG/0.5ML	6	
PEDIARIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	6	
PEDVAXHIB INJECTION 7.5MCG/0.5ML	6	
PENBRAYA INJECTION 0; 0	6	
PENMENVY INJECTION 0; 0	6	
PENTACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 0; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	6	
PREHEVBRIO INJECTION 10MCG/ML	6	PA BvD
PRIORIX INJECTION 0; 0; 0	6	
PROQUAD INJECTION 0; 0; 0; 0	6	
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	6	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RABAVERT INJECTION 0	6	PA BvD
RECOMBIVAX HB INJECTION 10MCG/ML, 40MCG/ML, 5MCG/0.5ML	6	PA BvD
ROTARIX SUSPENSION 0	6	
ROTATEQ SOLUTION 0	6	
SHINGRIX INJECTION 50MCG/0.5ML	6	
STAMARIL INJECTION 0	6	
TDVAX INJECTION 2LF/0.5ML; 2LF/0.5ML	6	
TENIVAC INJECTION 2LFU; 5LFU	6	
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT INJECTION 2LF/0.5ML; 2LF/0.5ML	6	
TICOVAC INJECTION 1.2MCG/0.25ML, 2.4MCG/0.5ML	6	
TRUMENBA INJECTION 0.5ML	6	
TWINRIX INJECTION 720ELU/ML; 20MCG/ML	6	
TYPHIM VI INJECTION 25MCG/0.5ML	6	
VAQTA INJECTION 25UNIT/0.5ML, 50UNIT/ML	6	
VARIVAX INJECTION 1350PFU/0.5ML	6	
VAXCHORA SUSPENSION RECONSTITUTED 0	6	
VIMKUNYA INJECTION 40MCG/0.8ML	6	
VIVOTIF CAPSULE DELAYED RELEASE 0	6	
YF-VAX INJECTION 0	6	
Agentes oftálmicos		
Agentes oftálmicos antialérgicos		
ALOCRIL SOLUTION 2%	4	
azelastine hcl ophthalmic solution 0.05%	2	
cromolyn sodium solution 4%	2	
epinastine hcl solution 0.05%	4	
olopatadine hydrochloride solution 0.2%	3	
Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos		
betaxolol hcl solution 0.5%	4	
carteolol hcl solution 1%	2	
levobunolol hcl solution 0.5%	3	
timolol hemihydrate solution 0.5%	4	
timolol maleate ophthalmic gel forming gel forming solution 0.25%, 0.5%	4	
timolol maleate solution 0.25%, 0.5%	1	
timolol maleate solution 0.5%	4	
Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros		
acetazolamide er capsule extended release 12 hour 500mg	2	
acetazolamide tablet 125mg, 250mg	2	
apraclonidine solution 0.5%	4	
brimonidine tartrate solution 0.2%	2	
brimonidine tartrate solution 0.1%, 0.15%	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
brinzolamide suspension 1%	4	
dorzolamide hydrochloride solution 2%	2	
methazolamide tablet 25mg, 50mg	4	
pilocarpine hcl solution 1%, 2%, 4%	3	
pilocarpine hydrochloride solution 1%, 2%, 4%	3	
RHOPRESSA SOLUTION 0.02%	3	
Agentes oftálmicos, otros		
atropine sulfate solution 1%	4	
bacitracin/polymyxin b ointment 500unit/gm; 10000unit/gm	2	
brimonidine tartrate/timolol maleate solution 0.2%; 0.5%	4	
cyclopentolate hydrochloride solution 1%	2	
CYSTARAN SOLUTION 0.44%	5	NEDS; SP
dorzolamide hcl/timolol maleate solution 20mg/ml; 5mg/ml	2	
dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf solution 2%; 0.5%	4	
MIEBO SOLUTION 1.338GM/ML	4	
neo-polycin hc ointment 400unit/gm; 1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm	3	
neo-polycin ointment 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm	3	
neomycin/polymyxin/bacitracin zinc ointment 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm	3	
neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone ointment 400unit/gm; 1%; 0.5%; 10000unit/gm	3	
neomycin/polymyxin/bacitracin ointment 400unit/gm; 5mg/gm; 10000unit/gm	3	
neomycin/polymyxin/dexamethasone ointment 0.1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm	3	
neomycin/polymyxin/dexamethasone suspension 0.1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml	2	
neomycin/polymyxin/gramicidin solution 0.025mg/ml; 1.75mg/ml; 10000unit/ml	3	
neomycin/polymyxin/hydrocortisone ophthalmic suspension 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml	4	
polycin ointment 500unit/gm; 10000unit/gm	2	
polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate solution 10000unit/ml; 0.1%	2	
RESTASIS MULTIDOSE EMULSION 0.05%	3	
RESTASIS EMULSION 0.05%	3	
ROCKLATAN SOLUTION 0.005%; 0.02%	3	
SIMBRINZA SUSPENSION 0.2%; 1%	3	
sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate solution 0.23%; 10%	2	
TOBRADEX ST SUSPENSION 0.05%; 0.3%	3	
tobramycin/dexamethasone suspension 0.1%; 0.3%	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XIIDRA SOLUTION 5%	4	
Antiinfecciosos oftálmicos		
bacitracin ointment 500unit/gm	4	
BESIVANCE SUSPENSION 0.6%	4	
ciprofloxacin hydrochloride ophthalmic solution 0.3%	2	
erythromycin ointment 5mg/gm	2	
gatifloxacin solution 0.5%	4	
gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3%	2	
levofloxacin ophthalmic solution 1.5%	3	
moxifloxacin hydrochloride solution 0.5%	2	
NATACYN SUSPENSION 5%	4	
ofloxacin ophthalmic solution 0.3%	2	
sulfacetamide sodium ointment 10%	3	
sulfacetamide sodium solution 10%	3	
tobramycin solution 0.3%	2	
trifluridine solution 1%	4	
XDEMVY SOLUTION 0.25%	5	PA; NEDS
ZIRGAN GEL 0.15%	4	
Antiinflamatorios oftálmicos		
bromfenac sodium solution 0.07%, 0.075%	4	
bromfenac solution 0.09%	4	
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1%	4	
diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1%	2	
difluprednate emulsion 0.05%	4	
FLAREX SUSPENSION 0.1%	3	
fluorometholone suspension 0.1%	4	
flurbiprofen sodium solution 0.03%	4	
ILEVRO SUSPENSION 0.3%	3	
ketorolac tromethamine solution 0.5%	2	
ketorolac tromethamine solution 0.4%	4	
LOTEMAX OINTMENT 0.5%	4	
loteprednol etabonate gel 0.5%	4	
loteprednol etabonate suspension 0.2%, 0.5%	4	
prednisolone acetate suspension 1%	3	
prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1%	3	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
bimatoprost solution 0.01%	3	
bimatoprost solution 0.03%	4	
latanoprost solution 0.005%	2	
LUMIGAN SOLUTION 0.01%	3	
travoprost solution 0.004%	4	
VYZULTA SOLUTION 0.024%	4	
Agentes para la bipolaridad		
Estabilizadores del estado de ánimo		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
lithium carbonate er tablet extended release 300mg, 450mg	2	
lithium carbonate capsule 150mg, 300mg, 600mg	2	
lithium carbonate tablet 300mg	2	
lithium solution 8meq/5ml	3	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
Agentes para dejar de fumar		
bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg	3	
NICOTROL INHALER INHALER 10MG	4	
NICOTROL NS SOLUTION 10MG/ML	4	
TYRVAYA SOLUTION 0.03MG/ACT	4	
varenicline starting month tablet therapy pack 0	4	QL(53 EA por 28 días)
varenicline tartrate continuing month tablet 1mg	4	QL(60 EA por 30 días)
varenicline tartrate tablet 0.5mg, 1mg	4	QL(60 EA por 30 días)
Agentes que revierten los opioides		
KLOXXADO LIQUID 8MG/0.1ML	4	
naloxone hcl injection 4mg/10ml	4	
naloxone hydrochloride injection 0.4mg/ml	2	
naloxone hydrochloride injection 2mg/2ml	3	
naloxone hydrochloride injection 0.4mg/ml, 4mg/10ml	4	
naloxone hydrochloride liquid 4mg/0.1ml	3	QL(4 EA por 30 días)
OPVEE SOLUTION 2.7MG/0.1ML	3	QL(4 EA por 30 días)
Dependencia de opioides		
buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 2mg; 0.5mg, 8mg; 2mg	2	
buprenorphine hcl tablet sublingual 2mg, 8mg	2	
buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg, 4mg; 1mg, 8mg; 2mg	2	
buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg	2	QL(90 EA por 30 días)
Disuasivos del alcohol/disminución del deseo		
acamprosate calcium dr tablet delayed release 333mg	4	
disulfiram tablet 250mg, 500mg	4	
naltrexone hydrochloride tablet 50mg	2	
VIVITROL INJECTION 380MG	5	NEDS; SP
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
Agentes del tracto respiratorio, otros		
acetylcysteine solution 10%, 20%	4	PA BvD
ANORO ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT	3	QL(180 EA por 90 días)
BEVESPI AEROSPHERE AEROSOL 4.8MCG/ACT; 9MCG/ACT	3	QL(10.7 GM por 30 días)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BREO ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 25MCG/INH, 50MCG/INH; 25MCG/INH	3	QL(180 EA por 90 días)
BREYNA AEROSOL 160MCG/ACT; 4.5MCG/ACT, 80MCG/ACT; 4.5MCG/ACT	4	QL(30.9 GM por 90 días)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160MCG/ACT; 4.8MCG/ACT; 18MCG/ACT, 160MCG/ACT; 4.8MCG/ACT; 9MCG/ACT	3	QL(32.1 GM por 90 días)
BRONCHITOL CAPSULE 40MG	5	NEDS; SP
budesonide/formoterol fumarate dihydrate aerosol 160mcg/act; 4.5mcg/act, 80mcg/act; 4.5mcg/act	4	QL(30.9 GM por 90 días)
COMBIVENT RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 100MCG/ACT; 20MCG/ACT	3	QL(24 GM por 90 días)
FASENRA PEN INJECTION 30MG/ML	5	PA; NEDS; SP
FASENRA INJECTION 10MG/0.5ML	4	PA; SP
FASENRA INJECTION 30MG/ML	5	PA; NEDS; SP
fluticasone propionate/salmeterol diskus aerosol powder breath activated 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, 500mcg/act; 50mcg/act	3	QL(180 EA por 90 días)
fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 500mcg/act; 50mcg/act	3	QL(180 EA por 90 días)
fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 113mcg/act; 14mcg/act, 232mcg/act; 14mcg/act, 55mcg/act; 14mcg/act	4	QL(3 EA por 90 días)
ipratropium bromide/albuterol sulfate solution 2.5mg/3ml; 0.5mg/3ml	2	PA BvD
STIOLTO RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT; 2.5MCG/ACT	3	QL(12 GM por 90 días)
TRELEGY ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100MCG/ACT; 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 62.5MCG/INH; 25MCG/INH	3	QL(180 EA por 90 días)
wixela inhub aerosol powder breath activated 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, 500mcg/act; 50mcg/act	3	QL(180 EA por 90 días)
Agentes para fibrosis pulmonar		
nintedanib esylate capsule 100mg, 150mg	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
OFEV CAPSULE 100MG, 150MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
pirfenidone capsule 267mg	5	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
pirfenidone tablet 534mg	5	QL(135 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
pirfenidone tablet 267mg	5	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
pirfenidone tablet 801mg	5	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
Agentes para fibrosis quística		
CAYSTON SOLUTION RECONSTITUTED 75MG	5	PA; NEDS; SP
KALYDECO PACKET 5.8MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
KALYDECO PACKET 13.4MG, 25MG, 50MG, 75MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
KALYDECO TABLET 150MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
ORKAMBI PACKET 125MG; 100MG, 188MG; 150MG, 94MG; 75MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
ORKAMBI TABLET 125MG; 100MG, 125MG; 200MG	5	QL(112 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
PULMOZYME SOLUTION 2.5MG/2.5ML	5	PA BvD; NEDS; SP
TOBI PODHALER CAPSULE 28MG	5	NEDS; SP
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK 50MG; 0; 25MG	5	QL(84 EA por 28 días); PA; NEDS
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK 100MG; 0; 50MG	5	QL(84 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
TRIKAFTA THERAPY PACK 100MG; 0; 50MG, 80MG; 0; 40MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS TABLET 0.5MG, 1.5MG, 1MG, 2.5MG, 2MG	5	PA; NEDS; SP
alyq tablet 20mg	4	PA; SP
ambrisentan tablet 10mg, 5mg	5	PA; NEDS; SP
bosentan tablet 125mg, 62.5mg	5	PA; NEDS; SP
macitentan tablet 10mg	5	PA; NEDS
OPSUMIT TABLET 10MG	5	PA; NEDS; SP
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	PA; NEDS; SP
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	PA; NEDS; SP
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	PA; NEDS; SP
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 0.125MG, 0.25MG, 1MG, 2.5MG	4	PA; SP
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 5MG	5	PA; NEDS; SP
riociguat tablet 0.5mg, 1.5mg, 1mg, 2.5mg, 2mg	5	PA; NEDS
sildenafil citrate tablet 20mg	3	PA; SP
tadalafil tablet 20mg	4	PA; SP
VENTAVIS SOLUTION 10MCG/ML, 20MCG/ML	5	PA; NEDS; SP
WINREVAIR INJECTION 45MG, 60MG	5	QL(1 EA por 21 días); PA; NEDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Antihistamínicos		
azelastine hcl nasal solution 0.15%	2	QL(120 ML por 90 días)
azelastine hydrochloride solution 0.1%	2	QL(120 ML por 90 días)
cyproheptadine hcl syrup 2mg/5ml	4	
cyproheptadine hydrochloride tablet 4mg	2	
desloratadine tablet 5mg	3	
diphenhydramine hydrochloride injection 50mg/ml	2	
hydroxyzine hcl tablet 50mg	2	
hydroxyzine hydrochloride injection 25mg/ml	2	
hydroxyzine hydrochloride syrup 10mg/5ml	3	
hydroxyzine hydrochloride tablet 10mg, 25mg	2	
hydroxyzine pamoate capsule 100mg, 25mg, 50mg	2	
levocetirizine dihydrochloride tablet 5mg	2	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
budesonide suspension 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml	4	PA BvD
flunisolide solution 0.025%	3	QL(150 ML por 90 días)
fluticasone propionate diskus aerosol powder breath activated 250mcg/act	4	QL(720 EA por 90 días); ST
fluticasone propionate diskus aerosol powder breath activated 100mcg/act, 50mcg/act	4	ST
fluticasone propionate hfa aerosol 44mcg/act	4	QL(63.6 GM por 90 días); ST
fluticasone propionate hfa aerosol 110mcg/act, 220mcg/act	4	QL(72 GM por 90 días); ST
fluticasone propionate suspension 50mcg/act	1	QL(48 GM por 90 días)
mometasone furoate suspension 50mcg/act	3	QL(102 GM por 90 días)
QVAR REDIHALER AEROSOL BREATH ACTIVATED 40MCG/ACT, 80MCG/ACT	3	QL(63.6 GM por 90 días)
Antileucotrienos		
montelukast sodium packet 4mg	2	
montelukast sodium tablet chewable 4mg, 5mg	2	
montelukast sodium tablet 10mg	2	
zafirlukast tablet 10mg, 20mg	4	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
atrovent hfa aerosol solution 17mcg/act	4	QL(77.4 GM por 90 días)
INCRUSE ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5MCG/INH	3	QL(30 EA por 30 días)
ipratropium bromide hfa aerosol solution 17mcg/act	4	QL(77.4 GM por 90 días)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02%	2	PA BvD
ipratropium bromide nasal solution 0.03%	3	QL(180 ML por 90 días)
ipratropium bromide nasal solution 0.06%	3	QL(90 ML por 90 días)
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 1.25MCG/ACT, 2.5MCG/ACT	3	QL(12 GM por 90 días)
Broncodilatadores, simpaticomimético		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act (18 gm)	2	QL(108 GM por 90 días)
albuterol sulfate hfa aerosol solution 108 mcg/act (6.7 gm)	2	QL(40.2 GM por 90 días)
albuterol sulfate hfa aerosol solution 108 mcg/act (8.5 gm)	2	QL(51 GM por 90 días)
albuterol sulfate nebulization solution 0.083%, 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	2	PA BvD
albuterol sulfate syrup 2mg/5ml	4	
albuterol sulfate tablet 2mg, 4mg	4	
arformoterol tartrate nebulization solution 15mcg/2ml	4	PA BvD
epinephrine injection 0.15mg/0.3ml	3	QL(2 EA por 1 días)
epinephrine injection 0.15mg/0.15ml, 0.3mg/0.3ml	3	QL(2 EA por 1 días); SP
formoterol fumarate nebulization solution 20mcg/2ml	4	PA BvD
levalbuterol hcl nebulization solution 0.31mg/3ml, 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml	4	PA BvD
levalbuterol hydrochloride nebulization solution 0.63mg/3ml	4	PA BvD
levalbuterol nebulization solution 1.25mg/0.5ml	4	PA BvD
PROAIR RESPICLICK AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 108MCG/ACT	3	QL(6 EA por 90 días)
SEREVENT DISKUS AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50MCG/DOSE	3	QL(180 EA por 90 días)
STRIVERDI RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT	3	QL(12 GM por 90 días)
Estabilizadores de mastocitos		
cromolyn sodium nebulization solution 20mg/2ml	3	PA BvD
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
elixophyllin elixir 80mg/15ml	2	
roflumilast tablet 250mcg, 500mcg	4	
theophylline er tablet extended release 12 hour 100mg, 200mg, 300mg, 450mg	4	
theophylline er tablet extended release 24 hour 400mg, 600mg	3	
theophylline elixir 80mg/15ml	4	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
alcohol prep pads pad 70%	2	
curity gauze pads 2"x2" 12 ply pad	2	
insulin syringes, needles miscellaneous	2	
INTRALIPID INJECTION 20GM/100ML, 30GM/100ML	3	PA BvD
levocarnitine tablet 330mg	4	
NUTRILIPID INJECTION 20GM/100ML	3	PA BvD
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5) KIT	4	
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5) MISCELLANEOUS	4	
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5) KIT	4	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5) MISCELLANEOUS	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
OMNIPOD 5 LIBRE INTRO KIT KIT	4	
OMNIPOD 5 LIBRE PODS MISCELLANEOUS	4	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) MISCELLANEOUS	4	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) KIT	4	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) KIT	4	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) MISCELLANEOUS	4	
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY KIT	4	
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY KIT	4	
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY KIT	4	
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY KIT	4	
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY KIT	4	
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY KIT	4	
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY KIT	4	
sodium chloride 0.9% solution 0.9%	3	
sterile water for irrigation solution 0	2	
Agentes óticos		
Agentes óticos		
acetic acid solution 2%	2	
ciprofloxacin hydrochloride otic solution 0.2%	4	
ciprofloxacin/dexamethasone suspension 0.3%; 0.1%	4	
CORTISPORIN-TC SUSPENSION 3MG/ML; 10MG/ML; 3.3MG/ML; 0.5MG/ML	4	
flac oil 0.01%	4	
fluocinolone acetonide oil 0.01%	3	
hydrocortisone/acetic acid solution 2%; 1%	4	
neomycin/polymyxin/hc solution 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml	4	
neomycin/polymyxin/hydrocortisone otic suspension 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml	4	
ofloxacin otic solution 0.3%	2	
Analgésicos		
Analgésicos opioides, de acción prolongada		
buprenorphine patch weekly 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr, 5mcg/hr, 7.5mcg/hr	4	QL(4 EA por 28 días)
fentanyl patch 72 hour 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr	4	QL(10 EA por 30 días)
methadone hcl solution 5mg/5ml	3	QL(1200 ML por 30 días)
methadone hcl tablet 10mg, 5mg	2	QL(120 EA por 30 días)
methadone hydrochloride solution 10mg/5ml	3	QL(600 ML por 30 días)
morphine sulfate er tablet extended release 15mg, 30mg, 60mg	2	QL(60 EA por 30 días)
morphine sulfate er tablet extended release 100mg, 200mg	3	QL(60 EA por 30 días)
tramadol hydrochloride er tablet extended release 24 hour 100mg, 200mg, 300mg	4	QL(30 EA por 30 días)
Analgésicos opioides, de acción rápida		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
acetaminophen/codeine phosphate tablet 300mg; 60mg	2	QL(240 EA por 30 días)
acetaminophen/codeine solution 120mg/5ml; 12mg/5ml	2	QL(3600 ML por 30 días)
acetaminophen/codeine tablet 300mg; 15mg, 300mg; 30mg, 300mg; 60mg	2	QL(240 EA por 30 días)
butorphanol tartrate solution 10mg/ml	4	QL(7.5 ML por 30 días)
endocet tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg	2	QL(240 EA por 30 días)
fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 200mcg	4	QL(120 EA por 30 días); PA
fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
hydrocodone bitartrate/acetaminophen solution 325mg/15ml; 7.5mg/15ml	2	QL(3600 ML por 30 días)
hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet 300mg; 5mg, 300mg; 7.5mg, 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg	2	QL(240 EA por 30 días)
hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet 300mg; 10mg	3	QL(240 EA por 30 días)
hydrocodone/acetaminophen tablet 325mg; 7.5mg	2	QL(240 EA por 30 días)
hydromorphone hcl liquid 1mg/ml	3	QL(1350 ML por 30 días)
hydromorphone hcl tablet 8mg	2	QL(120 EA por 30 días)
hydromorphone hcl tablet 2mg, 4mg	2	QL(240 EA por 30 días)
morphine sulfate solution 100mg/5ml	3	QL(180 ML por 30 días)
morphine sulfate solution 10mg/5ml, 20mg/5ml	3	QL(900 ML por 30 días)
morphine sulfate tablet 15mg, 30mg	2	QL(180 EA por 30 días)
oxycodone hydrochloride capsule 5mg	3	QL(240 EA por 30 días)
oxycodone hydrochloride concentrate 100mg/5ml	4	QL(120 ML por 30 días)
oxycodone hydrochloride solution 5mg/5ml	2	QL(2400 ML por 30 días)
oxycodone hydrochloride tablet 20mg, 30mg	2	QL(120 EA por 30 días)
oxycodone hydrochloride tablet 10mg, 15mg	2	QL(180 EA por 30 días)
oxycodone hydrochloride tablet 5mg	2	QL(240 EA por 30 días)
oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg	2	QL(240 EA por 30 días)
tramadol hydrochloride/acetaminophen tablet 325mg; 37.5mg	2	QL(240 EA por 30 días)
tramadol hydrochloride tablet 50mg	1	QL(240 EA por 30 días)
Analgésicos		
JOURNAVX TABLET 50MG	4	QL(30 EA por 90 días)
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
celecoxib capsule 100mg, 200mg, 50mg	2	
celecoxib capsule 400mg	3	
diclofenac potassium tablet 50mg	3	
diclofenac sodium dr tablet delayed release 50mg, 75mg	2	
diclofenac sodium dr tablet delayed release 25mg	4	
diclofenac sodium er tablet extended release 24 hour 100mg	4	
diclofenac sodium gel 1%	3	QL(960 GM por 30 días)
diclofenac sodium topical solution 1.5%	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
diflunisal tablet 500mg	4	
ec-naproxen tablet delayed release 500mg	4	
etodolac er tablet extended release 24 hour 400mg, 500mg, 600mg	4	
etodolac capsule 200mg, 300mg	3	
etodolac tablet 400mg, 500mg	2	
flurbiprofen tablet 100mg	3	
ibuprofen suspension 100mg/5ml	2	
ibuprofen tablet 400mg, 600mg, 800mg	1	
ibu tablet 400mg, 600mg, 800mg	1	
indomethacin capsule 25mg, 50mg	2	
meloxicam tablet 15mg, 7.5mg	1	
nabumetone tablet 500mg, 750mg	2	
naproxen dr tablet delayed release 375mg, 500mg	4	
naproxen sodium tablet 275mg, 550mg	2	
naproxen tablet 250mg, 375mg, 500mg	1	
oxaprozin tablet 600mg	2	
piroxicam capsule 10mg, 20mg	3	
salsalate tablet 500mg, 750mg	4	
sulindac tablet 150mg, 200mg	2	
Anestésicos		
Anestésicos locales		
glydo prefilled syringe 2%	2	QL(100 ML por 30 días)
lidocaine hcl jelly prefilled syringe 2%	2	QL(100 ML por 30 días)
lidocaine hcl injection 0.5%, 1.5%	2	
lidocaine hcl prefilled syringe 2%	2	QL(100 ML por 30 días)
lidocaine hydrochloride jelly gel 2%	2	QL(100 ML por 30 días)
lidocaine hydrochloride injection 1%, 2%, 4%	2	
lidocaine hydrochloride topical solution 4%	3	QL(100 ML por 30 días)
lidocaine/prilocaine cream 2.5%; 2.5%	2	QL(60 GM por 30 días)
lidocaine ointment 5%	3	QL(100 GM por 30 días)
lidocaine patch 5%	4	QL(90 EA por 30 días); PA
premium lidocaine ointment 5%	3	QL(100 GM por 30 días)
Ansiolíticos		
Ansiolíticos, otros		
buspirone hcl tablet 15mg	2	
buspirone hydrochloride tablet 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg	2	
Benzodiazepinas		
alprazolam tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg	2	
clorazepate dipotassium tablet 15mg, 3.75mg, 7.5mg	4	
diazepam intensol concentrate 5mg/ml	3	
diazepam solution 5mg/5ml	3	
diazepam tablet 10mg, 2mg, 5mg	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
lorazepam intensol concentrate 2mg/ml	2	
lorazepam tablet 0.5mg, 1mg, 2mg	2	
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
amikacin sulfate injection 1gm/4ml, 500mg/2ml	4	HI
ARIKAYCE SUSPENSION 590MG/8.4ML	5	PA; NEDS; SP
gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride injection 1.2mg/ml; 0.9%, 1.6mg/ml; 0.9%, 1mg/ml; 0.9%, 2mg/ml; 0.9%	4	HI
gentamicin sulfate cream 0.1%	3	
gentamicin sulfate injection 40mg/ml	4	HI
gentamicin sulfate ointment 0.1%	2	
isotonic gentamicin injection 0.8mg/ml; 0.9%	4	HI
neomycin sulfate tablet 500mg	2	
streptomycin sulfate injection 1gm	5	NEDS
tobramycin sulfate injection 1.2gm/30ml, 40mg/ml	2	HI
tobramycin sulfate injection 10mg/ml, 80mg/2ml	4	HI
Antibacterianos, otros		
aztreonam injection 1gm, 2gm	4	HI
clindamycin hcl capsule 300mg	2	
clindamycin hydrochloride capsule 150mg, 75mg	2	
clindamycin palmitate hydrochloride solution reconstituted 75mg/5ml	4	
clindamycin phosphate cream 2%	4	
clindamycin phosphate injection 9000mg/60ml	2	HI
clindamycin phosphate injection 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml	4	HI
clindamycin phosphate swab 1%	3	
colistimethate sodium injection 150mg	5	NEDS; HI
daptomycin/sodium chloride injection 1000mg/100ml; 0.9%, 350mg/50ml; 0.9%, 500mg/50ml; 0.9%, 700mg/100ml; 0.9%	4	HI
daptomycin injection 350mg, 500mg	5	NEDS; HI
fosfomycin tromethamine packet 3gm	4	
IMPAVIDO CAPSULE 50MG	5	NEDS
linezolid injection 600mg/300ml	4	HI
linezolid suspension reconstituted 100mg/5ml	5	NEDS
linezolid tablet 600mg	4	
methenamine hippurate tablet 1gm	4	
methenamine mandelate tablet 0.5gm, 1gm	4	
metronidazole vaginal gel 0.75%	3	
metronidazole injection 500mg/100ml	2	HI
metronidazole tablet 250mg, 500mg	2	
nitrofurantoin macrocrystals capsule 100mg, 25mg, 50mg	4	
nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals capsule 100mg	2	
NUVESSA GEL 1.3%	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
tigecycline injection 50mg	4	HI
tinidazole tablet 250mg, 500mg	4	
trimethoprim tablet 100mg	3	
vancomycin hcl injection 0.9%; 1gm/200ml	2	HI
vancomycin hcl injection 100gm, 10gm	4	HI
vancomycin hydrochloride capsule 125mg, 250mg	3	
vancomycin hydrochloride injection 1.25gm, 1.5gm, 1.75gm, 1gm, 2gm, 500mg, 5gm, 750mg	4	HI
vancomycin injection 0.9%; 500mg/100ml, 0.9%; 750mg/150ml	2	HI
VOQUEZNA DUAL PAK THERAPY PACK 500MG; 20MG	4	PA
VOQUEZNA TRIPLE PAK THERAPY PACK 500MG; 500MG; 20MG	4	PA
Betalactámico, cefalosporinas		
cefaclor capsule 250mg, 500mg	4	
cefadroxil capsule 500mg	2	
cefadroxil suspension reconstituted 250mg/5ml, 500mg/5ml	4	
cefazolin sodium/dextrose injection 1gm; 4%, 2gm; 3%, 3gm; 2%	4	HI
cefazolin sodium injection 1gm/50ml; 4%	2	HI
cefazolin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm, 3gm, 500mg	4	HI
cefazolin/dextrose injection 3gm/150ml; 4%	2	HI
cefazolin injection 2gm/100ml; 4%	2	HI
cefazolin injection 2gm, 3gm	4	HI
cefdinir capsule 300mg	2	
cefdinir suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	
cefepime hydrochloride injection 2gm	4	HI
cefepime/dextrose injection 1gm/50ml; 5%, 2gm/50ml; 5%	4	HI
cefepime injection 1gm/50ml, 1gm, 2gm/100ml, 2gm	4	HI
cefixime capsule 400mg	4	
cefixime suspension reconstituted 100mg/5ml, 200mg/5ml	4	
cefotetan injection 1gm, 2gm	4	HI
cefoxitin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm	4	HI
cefpodoxime proxetil suspension reconstituted 100mg/5ml, 50mg/5ml	4	
cefpodoxime proxetil tablet 100mg, 200mg	3	
cefprozil suspension reconstituted 125mg/5ml	3	
cefprozil suspension reconstituted 250mg/5ml	4	
cefprozil tablet 250mg, 500mg	3	
ceftaroline fosamil injection 400mg, 600mg	5	NEDS; HI
ceftazidime injection 1gm, 2gm, 6gm	4	HI
ceftriaxone in iso-osmotic dextrose injection 20mg/ml; 0, 40mg/ml; 0	4	HI
ceftriaxone sodium injection 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg	4	HI

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ceftriaxone/dextrose injection 1gm; 3.74%	4	HI
cefuroxime axetil tablet 250mg, 500mg	2	
cefuroxime sodium injection 1.5gm, 750mg	4	HI
cephalexin capsule 250mg, 500mg	2	
cephalexin capsule 750mg	4	
cephalexin suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
tazicef injection 1gm, 2gm, 6gm	4	HI
TEFLARO INJECTION 400MG, 600MG	5	NEDS; HI
Betalactámico, penicilinas		
amoxicillin/clavulanate potassium er tablet extended release 12 hour 1000mg; 62.5mg	4	
amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml	2	
amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 250mg/5ml; 62.5mg/5ml	4	
amoxicillin/clavulanate potassium tablet chewable 200mg; 28.5mg, 400mg; 57mg	4	
amoxicillin/clavulanate potassium tablet 500mg; 125mg, 875mg; 125mg	2	
amoxicillin/clavulanate potassium tablet 250mg; 125mg	4	
amoxicillin/potassium clavulanate tablet chewable 200mg; 28.5mg, 400mg; 57mg	4	
amoxicillin capsule 250mg, 500mg	2	
amoxicillin suspension reconstituted 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml	2	
amoxicillin tablet chewable 125mg, 250mg	2	
amoxicillin tablet 500mg, 875mg	2	
ampicillin sodium injection 2gm	4	
ampicillin sodium injection 10gm, 125mg, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg	4	HI
ampicillin-sulbactam injection 10gm; 5gm	4	HI
ampicillin/sulbactam injection 1gm; 0.5gm, 2gm; 1gm	4	HI
ampicillin capsule 500mg	2	
BICILLIN L-A INJECTION 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	4	
dicloxacillin sodium capsule 250mg, 500mg	3	
nafcillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm	4	HI
oxacillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm	4	HI
penicillin g potassium injection 20000000unit, 5000000unit	4	HI
penicillin g sodium injection 5000000unit	5	NEDS; HI
penicillin v potassium solution reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	
penicillin v potassium tablet 250mg, 500mg	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
piperacillin sodium/tazobactam sodium injection 12gm; 1.5gm, 2gm; 0.25gm, 36gm; 4.5gm, 3gm; 0.375gm, 4gm; 0.5gm	4	HI
ZOSYN INJECTION 5%; 4GM/100ML; 0.5GM/100ML	3	HI
Carbapenemas		
ertapenem sodium injection 1gm	4	HI
imipenem/cilastatin injection 250mg; 250mg, 500mg; 500mg	4	HI
meropenem injection 500mg	3	HI
meropenem injection 1gm, 2gm	4	HI
Macrólidos		
azithromycin injection 500mg	4	HI
azithromycin packet 1gm	3	
azithromycin suspension reconstituted 100mg/5ml, 200mg/5ml	3	
azithromycin tablet 250mg, 500mg, 600mg	2	
clarithromycin er tablet extended release 24 hour 500mg	3	
clarithromycin suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml	4	
clarithromycin tablet 250mg, 500mg	2	
DIFICID SUSPENSION RECONSTITUTED 40MG/ML	5	NEDS
DIFICID TABLET 200MG	5	NEDS
erythromycin dr capsule delayed release particles 250mg	4	
erythromycin dr tablet delayed release 250mg, 333mg, 500mg	4	
erythromycin ethylsuccinate tablet 400mg	4	
fidaxomicin tablet 200mg	5	NEDS
Quinolonas		
ciprofloxacin hcl tablet 750mg	1	
ciprofloxacin hydrochloride tablet 250mg, 500mg, 750mg	1	
ciprofloxacin i.v.-in d5w injection 200mg/100ml; 5%, 400mg/200ml; 5%	4	HI
levofloxacin in d5w injection 5%; 250mg/50ml, 5%; 500mg/100ml	3	HI
levofloxacin in d5w injection 5%; 750mg/150ml	4	HI
levofloxacin oral solution 25mg/ml	4	
levofloxacin tablet 250mg, 500mg, 750mg	2	
moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride injection 400mg/250ml; 0.8%	4	HI
moxifloxacin hydrochloride tablet 400mg	2	
Sulfonamidas		
sulfacetamide sodium lotion 10%	4	
sulfadiazine tablet 500mg	4	
sulfamethoxazole/trimethoprim ds tablet 800mg; 160mg	1	
sulfamethoxazole/trimethoprim suspension 200mg/5ml; 40mg/5ml	3	
sulfamethoxazole/trimethoprim tablet 400mg; 80mg	1	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Tetraciclinas		
doxycycline hyclate capsule 100mg, 50mg	2	
doxycycline hyclate injection 100mg	3	HI
doxycycline hyclate tablet 100mg, 20mg	2	
doxycycline hyclate tablet 150mg	4	
doxycycline monohydrate capsule 100mg, 50mg	2	
doxycycline monohydrate tablet 100mg, 50mg, 75mg	2	
doxycycline monohydrate tablet 150mg	4	
doxycycline suspension reconstituted 25mg/5ml	4	
minocycline hcl capsule 75mg	3	
minocycline hcl tablet 100mg, 75mg	4	
minocycline hydrochloride capsule 100mg, 50mg	3	
minocycline hydrochloride tablet 50mg	4	
tetracycline hydrochloride capsule 250mg, 500mg	3	
Anticonvulsivos		
Agentes de modificación de los canales de calcio		
ethosuximide capsule 250mg	4	
ethosuximide solution 250mg/5ml	3	
methsuximide capsule 300mg	3	
Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)		
clobazam suspension 2.5mg/ml	3	
clobazam tablet 10mg, 20mg	3	QL(60 EA por 30 días)
clonazepam odt tablet disintegrating 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg	3	
clonazepam tablet 0.5mg, 1mg, 2mg	1	
DIACOMIT CAPSULE 250MG, 500MG	5	PA NSO; NEDS
DIACOMIT PACKET 250MG, 500MG	5	PA NSO; NEDS
diazepam gel 10mg, 2.5mg, 20mg	4	
divalproex sodium dr capsule delayed release sprinkle 125mg	3	
divalproex sodium dr tablet delayed release 125mg, 250mg, 500mg	2	
divalproex sodium er tablet extended release 24 hour 250mg, 500mg	3	
gabapentin capsule 100mg, 300mg, 400mg	2	
gabapentin solution 250mg/5ml	4	
gabapentin tablet 600mg, 800mg	2	
LIBERVANT FILM 10MG, 12.5MG, 15MG, 5MG, 7.5MG	4	QL(10 EA por 30 días)
phenobarbital elixir 20mg/5ml	3	
phenobarbital tablet 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg	2	
pregabalin capsule 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 300mg, 50mg, 75mg	2	
pregabalin solution 20mg/ml	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
primidone tablet 250mg, 50mg	2	
primidone tablet 125mg	4	
SYMPAZAN FILM 5MG	4	
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	5	NEDS
tiagabine hydrochloride tablet 12mg, 16mg, 2mg, 4mg	4	
VALTOCO 10 MG DOSE LIQUID 10MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 15 MG DOSE LIQUID THERAPY PACK 7.5MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 20 MG DOSE LIQUID THERAPY PACK 10MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 5 MG DOSE LIQUID 5MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
vigabatrin packet 500mg	5	NEDS; SP
vigabatrin tablet 500mg	5	NEDS; SP
VIGAFYDE SOLUTION 100MG/ML	5	PA NSO; NEDS; SP
vigpoder packet 500mg	5	NEDS; SP
ZTALMY SUSPENSION 50MG/ML	5	PA NSO; NEDS
Agentes para los canales de sodio		
carbamazepine er capsule extended release 12 hour 100mg, 200mg, 300mg	4	
carbamazepine er tablet extended release 12 hour 100mg, 200mg, 400mg	4	
carbamazepine suspension 100mg/5ml	4	
carbamazepine tablet chewable 100mg, 200mg	3	
carbamazepine tablet 200mg	3	
DILANTIN CAPSULE 30MG	4	
epitol tablet 200mg	3	
eslicarbazepine acetate tablet 200mg, 400mg, 600mg, 800mg	4	
lacosamide injection 200mg/20ml	4	
lacosamide oral solution 10mg/ml	4	
lacosamide tablet 100mg, 150mg, 200mg, 50mg	3	QL(60 EA por 30 días)
oxcarbazepine suspension 300mg/5ml	4	
oxcarbazepine tablet 150mg, 300mg, 600mg	3	
phenytek capsule 200mg, 300mg	2	
phenytoin sodium extended capsule 100mg, 200mg, 300mg	2	
phenytoin suspension 125mg/5ml	2	
phenytoin tablet chewable 50mg	2	
rufinamide suspension 40mg/ml	5	NEDS
rufinamide tablet 200mg	4	
rufinamide tablet 400mg	5	NEDS
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 12.5MG-25MG	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 50MG-100MG; 150MG-200MG (28 TAB PACK); 100MG-150MG; 150MG-200MG (56 TAB PACK)	5	NEDS
XCOPRI TABLET 100MG, 150MG, 200MG, 25MG, 50MG	5	NEDS
ZONISADE SUSPENSION 100MG/5ML	4	
zonisamide capsule 100mg, 25mg, 50mg	2	
Anticonvulsivos, otros		
brivaracetam solution 10mg/ml	4	
brivaracetam tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	4	
BRIVIACT SOLUTION 10MG/ML	5	NEDS
BRIVIACT TABLET 100MG, 10MG, 25MG, 50MG, 75MG	5	NEDS
EPIDIOLEX SOLUTION 100MG/ML	5	PA NSO; NEDS; SP
EPRONTIA SOLUTION 25MG/ML	4	
felbamate suspension 600mg/5ml	4	
felbamate tablet 400mg, 600mg	4	
FINTEPLA SOLUTION 2.2MG/ML	5	PA NSO; NEDS
FYCOMPA SUSPENSION 0.5MG/ML	4	
FYCOMPA TABLET 10MG, 12MG, 2MG, 4MG, 6MG, 8MG	4	
lamotrigine er tablet extended release 24 hour 100mg, 200mg, 250mg, 25mg, 300mg, 50mg	4	
lamotrigine odt tablet disintegrating 100mg, 200mg, 25mg, 50mg	4	
lamotrigine starter kit/blue kit 25mg	4	
lamotrigine starter kit/green kit 0	4	
lamotrigine starter kit/orange kit 0	4	
lamotrigine tablet chewable 25mg, 5mg	3	
lamotrigine tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg	2	
levetiracetam er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg	4	
levetiracetam injection 500mg/5ml	2	
levetiracetam oral solution 100mg/ml	2	
levetiracetam tablet disintegrating soluble 250mg, 500mg	4	
levetiracetam tablet 1000mg, 250mg, 500mg, 750mg	3	
NAYZILAM SOLUTION 5MG/0.1ML	4	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
perampanel suspension 0.5mg/ml	4	
perampanel tablet 10mg, 12mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg	4	
roweepra tablet 500mg	3	
SPRITAM TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000MG, 250MG, 500MG, 750MG	4	
subvenite starter kit/blue kit 25mg	4	
subvenite starter kit/green kit 0	4	
subvenite starter kit/orange kit 0	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SUBVENITE SUSPENSION 10MG/ML	4	
subvenite tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg	2	
topiramate capsule sprinkle 15mg, 25mg, 50mg	4	
topiramate solution 25mg/ml	4	
topiramate tablet 100mg, 200mg, 25mg, 50mg	2	
valproic acid capsule 250mg	2	
valproic acid solution 250mg/5ml	2	
Antidepresivos		
Antidepresivos, otros		
AUVELITY TITRATION PACK TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0; 0	4	
AUVELITY TABLET EXTENDED RELEASE 105MG; 45MG	4	
bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 100mg, 150mg, 200mg	2	
bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 150mg, 300mg	2	
bupropion hydrochloride tablet 100mg, 75mg	2	
EXXUA TITRATION PACK TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2MG	5	ST NSO; NEDS
EXXUA TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2MG, 36.3MG, 54.5MG, 72.6MG	5	ST NSO; NEDS
mirtazapine odt tablet disintegrating 15mg, 30mg, 45mg	3	
mirtazapine tablet 15mg, 30mg, 45mg, 7.5mg	2	
ZURZUVAE CAPSULE 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
ZURZUVAE CAPSULE 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
Inhibidores de la monoaminooxidasa		
EMSAM PATCH 24 HOUR 12MG/24HR, 6MG/24HR, 9MG/24HR	5	ST NSO; NEDS
MARPLAN TABLET 10MG	4	
phenelzine sulfate tablet 15mg	3	
tranylcypromine sulfate tablet 10mg	4	
Tricíclicos		
amitriptyline hcl tablet 100mg, 150mg, 25mg, 75mg	2	
amitriptyline hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg, 75mg	2	
amoxapine tablet 100mg, 150mg, 25mg, 50mg	3	
clomipramine hydrochloride capsule 25mg, 50mg, 75mg	4	
desipramine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg, 75mg	4	
doxepin hcl capsule 75mg	3	
doxepin hcl concentrate 10mg/ml	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
doxepin hydrochloride capsule 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg	3	
imipramine hcl tablet 25mg, 50mg	2	
imipramine hydrochloride tablet 10mg	2	
nortriptyline hcl capsule 25mg, 75mg	2	
nortriptyline hcl solution 10mg/5ml	4	
nortriptyline hydrochloride capsule 10mg, 50mg	2	
protriptyline hcl tablet 10mg, 5mg	4	
trimipramine maleate capsule 100mg, 25mg, 50mg	4	
Antidepressants		
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor		
citalopram hydrobromide solution 10mg/5ml	4	
citalopram hydrobromide tablet 10mg, 20mg, 40mg	1	
desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 100mg, 25mg, 50mg	3	
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20MG, 60MG	4	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30MG, 40MG	4	QL(90 EA por 30 días)
duloxetine hydrochloride dr capsule delayed release particles 20mg, 60mg	2	QL(60 EA por 30 días)
duloxetine hydrochloride dr capsule delayed release particles 30mg	2	QL(90 EA por 30 días)
duloxetine hydrochloride dr capsule delayed release particles 120mg, 80mg, 90mg	4	QL(30 EA por 30 días)
duloxetine hydrochloride dr capsule delayed release particles 40mg	4	QL(90 EA por 30 días)
escitalopram oxalate solution 5mg/5ml	4	
escitalopram oxalate tablet 10mg, 20mg, 5mg	2	
FETZIMA TITRATION PACK CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 0	4	ST NSO
FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120MG, 20MG, 40MG, 80MG	4	ST NSO
fluoxetine dr capsule delayed release 90mg	4	
fluoxetine hydrochloride capsule 10mg, 20mg, 40mg	1	
fluoxetine hydrochloride solution 20mg/5ml	4	
fluvoxamine maleate tablet 100mg, 25mg, 50mg	3	
nefazodone hydrochloride tablet 100mg, 150mg, 200mg, 250mg, 50mg	4	
paroxetine hcl tablet 30mg, 40mg	2	
paroxetine hydrochloride suspension 10mg/5ml	4	
paroxetine hydrochloride tablet 10mg, 20mg	2	
RALDESY SOLUTION 10MG/ML	5	NEDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
sertraline hcl concentrate 20mg/ml	3	
sertraline hcl tablet 50mg	1	
sertraline hydrochloride tablet 100mg, 25mg	1	
trazodone hydrochloride tablet 100mg, 150mg, 50mg	2	
trazodone hydrochloride tablet 25mg, 300mg, 75mg	4	
TRINTELLIX TABLET 10MG, 20MG, 5MG	4	
venlafaxine hydrochloride er capsule extended release 24 hour 150mg, 37.5mg, 75mg	3	
venlafaxine hydrochloride tablet 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg	2	
vilazodone hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 40mg	4	
Antieméticos		
Adyuvantes para terapia emetogénica		
aprepitant capsule therapy pack 0	4	PA BvD
aprepitant capsule 40mg, 80mg	4	PA BvD
aprepitant capsule 125mg	5	PA BvD; NEDS
dronabinol capsule 10mg, 2.5mg, 5mg	4	PA BvD
granisetron hydrochloride tablet 1mg	3	PA BvD
ondansetron hcl solution 4mg/5ml	2	PA BvD
ondansetron hcl tablet 24mg	2	PA BvD
ondansetron hydrochloride tablet 4mg, 8mg	2	PA BvD
ondansetron odt tablet disintegrating 4mg, 8mg	2	PA BvD
Antieméticos, otros		
meclizine hcl tablet 12.5mg, 25mg	2	
meclizine hydrochloride tablet 25mg	2	
prochlorperazine edisylate injection 10mg/2ml	2	
prochlorperazine maleate tablet 10mg, 5mg	2	
prochlorperazine suppository 25mg	4	
promethazine hcl injection 25mg/ml, 50mg/ml	2	
promethazine hydrochloride plain solution 6.25mg/5ml	2	
promethazine hydrochloride solution 6.25mg/5ml	2	
promethazine hydrochloride tablet 12.5mg, 25mg, 50mg	2	
scopolamine patch 72 hour 1mg/3days	4	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
dapsone tablet 100mg, 25mg	3	
rifabutin capsule 150mg	4	
Antituberculosos		
ethambutol hydrochloride tablet 100mg, 400mg	3	
isoniazid syrup 50mg/5ml	4	
isoniazid tablet 100mg, 300mg	1	
PRIFTIN TABLET 150MG	4	
pyrazinamide tablet 500mg	4	
rifampin capsule 150mg, 300mg	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
rifampin injection 600mg	4	
rifapentine tablet 150mg	4	
SIRTURO TABLET 100MG, 20MG	5	PA; NEDS
TRECATOR TABLET 250MG	4	
Antimicóticos		
Antimicóticos		
ABELCET INJECTION 5MG/ML	4	PA BvD
amphotericin b liposome injection 50mg	5	PA BvD; NEDS
amphotericin b injection 50mg	4	PA BvD
clotrimazole cream 1%	2	
clotrimazole solution 1%	3	
clotrimazole troche 10mg	3	
CRESEMBA CAPSULE 186MG, 74.5MG	5	PA; NEDS
econazole nitrate cream 1%	2	
fluconazole in sodium chloride injection 200mg/100ml; 0.9%, 400mg/200ml; 0.9%	4	
fluconazole suspension reconstituted 10mg/ml, 40mg/ml	4	
fluconazole tablet 100mg, 150mg, 200mg, 50mg	2	
flucytosine capsule 250mg, 500mg	5	NEDS
griseofulvin microsize suspension 125mg/5ml	4	
griseofulvin microsize tablet 500mg	4	
griseofulvin ultramicrosize tablet 125mg, 250mg	4	
itraconazole capsule 100mg	3	
ketoconazole cream 2%	2	QL(120 GM por 30 días)
ketoconazole shampoo 2%	2	
ketoconazole tablet 200mg	2	
klayesta powder 100000unit/gm	2	
micafungin injection 100mg, 50mg	4	
miconazole 3 suppository 200mg	3	
naftifine hydrochloride cream 1%, 2%	4	
nyamyc powder 100000unit/gm	2	
nystatin cream 100000unit/gm	2	
nystatin ointment 100000unit/gm	2	
nystatin powder 100000unit/gm	2	
nystatin suspension 100000unit/ml	2	
nystatin tablet 500000unit	3	
nystop powder 100000unit/gm	2	
posaconazole dr tablet delayed release 100mg	5	NEDS
posaconazole suspension 40mg/ml	5	NEDS
terbinafine hcl tablet 250mg	2	QL(42 EA por 42 días)
terconazole cream 0.4%, 0.8%	3	
terconazole suppository 80mg	4	
voriconazole injection 200mg	5	PA; NEDS
voriconazole suspension reconstituted 40mg/ml	5	NEDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
voriconazole tablet 200mg, 50mg	4	
Antineoplásicos		
Agentes alquilantes		
cyclophosphamide capsule 25mg, 50mg	4	PA BvD; SP
cyclophosphamide tablet 25mg, 50mg	3	PA BvD
GLEOSTINE CAPSULE 100MG, 10MG, 40MG	4	SP
LEUKERAN TABLET 2MG	5	NEDS
lomustine capsule 100mg, 10mg, 40mg	4	
MATULANE CAPSULE 50MG	5	NEDS; SP
VALCHLOR GEL 0.016%	5	NEDS; SP
Agentes antiangiogénicos		
lenalidomide capsule 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 25mg, 5mg	5	PA NSO; NEDS; SP
pomalidomide capsule 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	5	PA NSO; NEDS
POMALYST CAPSULE 1MG, 2MG, 3MG, 4MG	5	PA NSO; NEDS; SP
THALOMID CAPSULE 100MG, 150MG, 200MG, 50MG	5	NEDS; SP
Antiandrogénicos		
abiraterone acetate tablet 250mg, 500mg	5	PA NSO; NEDS; SP
ABIRTEGA TABLET 250MG	4	PA NSO; SP
bicalutamide tablet 50mg	2	SP
ERLEADA TABLET 240MG, 60MG	5	PA NSO; NEDS; SP
EULEXIN CAPSULE 125MG	4	
nilutamide tablet 150mg	5	NEDS
NUBEQA TABLET 300MG	5	PA NSO; NEDS; SP
XTANDI CAPSULE 40MG	5	PA NSO; NEDS; SP
XTANDI TABLET 40MG, 80MG	5	PA NSO; NEDS; SP
YONSA TABLET 125MG	5	PA NSO; NEDS; SP
Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco		
DARZALEX INJECTION 100MG/5ML, 400MG/20ML	5	NEDS
OPDIVO INJECTION 100MG/10ML, 120MG/12ML, 240MG/24ML, 40MG/4ML	5	NEDS; SP
YERVOY INJECTION 200MG/40ML, 50MG/10ML	5	NEDS; SP
Antiestrógenos/modificadores		
EMCYT CAPSULE 140MG	5	NEDS; SP
INLURIYO TABLET 200MG	5	PA NSO; NEDS
ORSERDU TABLET 345MG, 86MG	5	PA NSO; NEDS
SOLTAMOX SOLUTION 10MG/5ML	5	NEDS
tamoxifen citrate tablet 10mg, 20mg	3	
toremifene citrate tablet 60mg	5	NEDS
Antimetabolitos		
DROXIA CAPSULE 200MG, 300MG, 400MG	3	
hydroxyurea capsule 500mg	3	
mercaptopurine suspension 2000mg/100ml	5	NEDS
mercaptopurine tablet 50mg	4	
TABLOID TABLET 40MG	5	NEDS; SP

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA TABLET 500MG; 100MG, 500MG; 50MG	5	PA NSO; NEDS
bortezomib injection 1mg, 2.5mg	4	
bortezomib injection 3.5mg/1.4ml	5	NEDS
bortezomib injection 3.5mg	5	NEDS; SP
boruzu injection 3.5mg/1.4ml	4	
docetaxel injection 160mg/8ml, 20mg/ml, 80mg/4ml	4	
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO; NEDS; SP
INREBIC CAPSULE 100MG	5	PA NSO; NEDS; SP
ITOVEBI TABLET 9MG	5	PA NSO; NEDS; SP
ITOVEBI TABLET 3MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
IWILFIN TABLET 192MG	5	PA NSO; NEDS
KISQALI FEMARA 200 DOSE TABLET THERAPY PACK 2.5MG; 200MG	5	PA NSO; NEDS; SP
KISQALI FEMARA 400 DOSE TABLET THERAPY PACK 2.5MG; 200MG	5	PA NSO; NEDS; SP
KISQALI FEMARA 600 DOSE TABLET THERAPY PACK 2.5MG; 200MG	5	PA NSO; NEDS; SP
KOMZIFTI CAPSULE 200MG	5	PA NSO; NEDS
LAZCLUZE TABLET 240MG	5	PA NSO; NEDS
LAZCLUZE TABLET 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
leucovorin calcium tablet 10mg, 15mg, 25mg, 5mg	2	
LONSURF TABLET 6.14MG; 15MG, 8.19MG; 20MG	5	PA NSO; NEDS; SP
LYSODREN TABLET 500MG	5	NEDS
MODEYSO CAPSULE 125MG	5	PA NSO; NEDS
OGSIVEO TABLET 100MG, 150MG, 50MG	5	PA NSO; NEDS
OJEMDA SUSPENSION RECONSTITUTED 25MG/ML	5	PA NSO; NEDS
OJEMDA TABLET 100MG	5	PA NSO; NEDS
ONUREG TABLET 200MG, 300MG	5	PA NSO; NEDS; SP
paclitaxel injection 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml, 30mg/5ml	2	
REVUFORJ TABLET 25MG	5	PA NSO; NEDS
REVUFORJ TABLET 110MG, 160MG	5	PA NSO; NEDS; SP
VONJO CAPSULE 100MG	5	PA NSO; NEDS; SP
ZENBEXUS CAPSULE 0.75MG, 1MG	5	PA NSO; NEDS
ZOLINZA CAPSULE 100MG	5	PA NSO; NEDS; SP
Complementos del tratamiento		
mesna tablet 400mg	5	NEDS
VORANIGO TABLET 40MG	5	PA NSO; NEDS
VORANIGO TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
Inhibidores de enzimas		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK THERAPY PACK 0.8MG; 200MG	5	PA NSO; NEDS
KYPROLIS INJECTION 10MG, 30MG, 60MG	5	NEDS; SP
Inhibidores de la aromatasa, tercera generación		
anastrozole tablet 1mg	3	
exemestane tablet 25mg	4	
letrozole tablet 2.5mg	3	
Inhibidores moleculares dirigidos		
ALECENSA CAPSULE 150MG	5	PA NSO; NEDS; SP
ALUNBRIG TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO; NEDS; SP
ALUNBRIG TABLET 180MG, 30MG, 90MG	5	PA NSO; NEDS; SP
AUGTYRO CAPSULE 160MG, 40MG	5	PA NSO; NEDS; SP
AYVAKIT TABLET 100MG, 200MG, 25MG, 300MG, 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
BALVERSA TABLET 3MG, 4MG, 5MG	5	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPSULE 50MG	5	PA NSO; NEDS; SP
BOSULIF CAPSULE 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
BOSULIF TABLET 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
BOSULIF TABLET 400MG, 500MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
bosutinib tablet 100mg	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
bosutinib tablet 400mg, 500mg	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BRAFTOVI CAPSULE 75MG	5	PA NSO; NEDS; SP
BRUKINSA CAPSULE 80MG	5	PA NSO; NEDS; SP
BRUKINSA TABLET 160MG	5	PA NSO; NEDS
CABOMETYX TABLET 20MG, 40MG, 60MG	5	PA NSO; NEDS; SP
CALQUENCE CAPSULE 100MG	5	PA NSO; NEDS; SP
CALQUENCE TABLET 100MG	5	PA NSO; NEDS; SP
CAPRELSA TABLET 300MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
CAPRELSA TABLET 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
COMETRIQ KIT 0, 20MG	5	PA NSO; NEDS; SP
COPIKTRA CAPSULE 15MG, 25MG	5	PA NSO; NEDS; SP
COTELLIC TABLET 20MG	5	PA NSO; NEDS; SP
DANZITEN TABLET 95MG	5	PA NSO; NEDS
DANZITEN TABLET 71MG	5	PA NSO; NEDS; SP
dasatinib tablet 100mg, 140mg, 20mg, 50mg, 70mg, 80mg	5	PA NSO; NEDS; SP
DAURISMO TABLET 100MG, 25MG	5	PA NSO; NEDS; SP
ENSACOVE CAPSULE 100MG, 25MG	5	PA NSO; NEDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ERIVEDGE CAPSULE 150MG	5	PA NSO; NEDS; SP
erlotinib hydrochloride tablet 150mg, 25mg	5	QL(30 EA por 30 días); NEDS; SP
erlotinib hydrochloride tablet 100mg	5	QL(90 EA por 30 días); NEDS; SP
everolimus tablet soluble 2mg, 3mg, 5mg	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
everolimus tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
EXKIVITY CAPSULE 40MG	5	PA NSO; NEDS; SP
FOTIVDA CAPSULE 0.89MG, 1.34MG	5	PA NSO; NEDS; SP
FRUZAQLA CAPSULE 1MG, 5MG	5	PA NSO; NEDS
GAVRETO CAPSULE 100MG	5	PA NSO; NEDS; SP
gefitinib tablet 250mg	5	PA NSO; NEDS; SP
GILOTRIF TABLET 20MG, 30MG, 40MG	5	PA NSO; NEDS; SP
GOMEKLI CAPSULE 1MG, 2MG	5	PA NSO; NEDS
GOMEKLI TABLET SOLUBLE 1MG	5	PA NSO; NEDS
HERNEXEOS TABLET 60MG	5	PA NSO; NEDS
HYRNUO TABLET 10MG	5	PA NSO; NEDS
IBRANCE CAPSULE 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO; NEDS; SP
IBTROZI CAPSULE 200MG	5	PA NSO; NEDS
ICLUSIG TABLET 10MG, 15MG, 30MG, 45MG	5	PA NSO; NEDS; SP
IDHIFA TABLET 100MG, 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
imatinib mesylate tablet 100mg	4	SP
imatinib mesylate tablet 400mg	5	NEDS; SP
IMBRUVICA CAPSULE 140MG, 70MG	5	PA NSO; NEDS; SP
IMBRUVICA SUSPENSION 70MG/ML	5	PA NSO; NEDS; SP
IMBRUVICA TABLET 140MG, 280MG, 420MG	5	PA NSO; NEDS; SP
IMKELDI SOLUTION 80MG/ML	5	PA NSO; NEDS; SP
INLYTA TABLET 1MG, 5MG	5	PA NSO; NEDS; SP
INQOVI TABLET 100MG; 35MG	5	PA NSO; NEDS; SP
JAKAFI XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11MG, 22MG, 33MG, 44MG, 55MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
JAKAFI TABLET 10MG, 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	5	PA NSO; NEDS; SP
JAYPIRCA TABLET 100MG, 50MG	5	PA NSO; NEDS; SP
JIDEYTRO TABLET 100MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
JIDEYTRO TABLET 25MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
KISQALI TABLET THERAPY PACK 200MG	5	PA NSO; NEDS; SP
KOSELUGO CAPSULE SPRINKLE 5MG, 7.5MG	5	PA NSO; NEDS
KOSELUGO CAPSULE 10MG, 25MG	5	PA NSO; NEDS; SP
KRAZATI TABLET 200MG	5	PA NSO; NEDS

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

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VIZIMPRO TABLET 15MG, 30MG, 45MG	5	PA NSO; NEDS; SP
XALKORI CAPSULE SPRINKLE 150MG, 20MG, 50MG	5	PA NSO; NEDS; SP
XALKORI CAPSULE 200MG, 250MG	5	PA NSO; NEDS; SP
XOSPATA TABLET 40MG	5	PA NSO; NEDS; SP
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TABLET THERAPY PACK 20MG	5	PA NSO; NEDS; SP
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TABLET THERAPY PACK 20MG	5	PA NSO; NEDS; SP
XPOVIO TABLET THERAPY PACK 10MG, 80MG	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO TABLET THERAPY PACK 40MG, 50MG, 60MG	5	PA NSO; NEDS; SP
yulithira tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg	4	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
ZEJULA TABLET 100MG, 200MG, 300MG	5	PA NSO; NEDS; SP
ZELBORAF TABLET 240MG	5	PA NSO; NEDS; SP
ZYDELIG TABLET 100MG, 150MG	5	PA NSO; NEDS; SP
ZYKADIA TABLET 150MG	5	PA NSO; NEDS; SP
Retinoides		
bexarotene capsule 75mg	5	NEDS; SP
bexarotene gel 1%	5	PA NSO; NEDS; SP
PANRETIN GEL 0.1%	5	NEDS
tretinoin capsule 10mg	5	NEDS; SP
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
albendazole tablet 200mg	4	
ivermectin tablet 3mg, 6mg	3	
praziquantel tablet 600mg	3	
Antiprotozoico		
atovaquone/proguanil hcl tablet 62.5mg; 25mg	4	
atovaquone/proguanil hydrochloride tablet 250mg; 100mg	4	
atovaquone suspension 750mg/5ml	4	
chloroquine phosphate tablet 250mg	3	
chloroquine phosphate tablet 500mg	4	
COARTEM TABLET 20MG; 120MG	4	QL(24 EA por 3 días)
hydroxychloroquine sulfate tablet 200mg	2	
mefloquine hydrochloride tablet 250mg	3	
nitazoxanide tablet 500mg	4	
pentamidine isethionate injection 300mg	4	
pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300mg	4	PA BvD
primaquine phosphate tablet 26.3mg	4	
pyrimethamine tablet 25mg	5	NEDS
quinine sulfate capsule 324mg	4	PA
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
FANAPT TITRATION PACK B TABLET 0	4	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK C TABLET 0	4	ST NSO
FANAPT TABLET 10MG, 12MG, 1MG, 2MG, 4MG, 6MG, 8MG	5	ST NSO; NEDS
INVEGA HAFYERA INJECTION 1092MG/3.5ML, 1560MG/5ML	5	NEDS
INVEGA SUSTENNA INJECTION 39MG/0.25ML	4	
INVEGA SUSTENNA INJECTION 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	5	NEDS
INVEGA TRINZA INJECTION 273MG/0.88ML, 410MG/1.32ML, 546MG/1.75ML, 819MG/2.63ML	5	NEDS
lurasidone hydrochloride tablet 120mg, 20mg, 40mg, 60mg	4	QL(30 EA por 30 días)
lurasidone hydrochloride tablet 80mg	4	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI TABLET 10MG; 10MG, 15MG; 10MG, 20MG; 10MG, 5MG; 10MG	5	PA NSO; NEDS
NUPLAZID CAPSULE 34MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
NUPLAZID TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
olanzapine odt tablet disintegrating 5mg	2	
olanzapine odt tablet disintegrating 10mg, 15mg, 20mg	3	
olanzapine injection 10mg	3	
olanzapine tablet 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 5mg, 7.5mg	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
paliperidone er tablet extended release 24 hour 1.5mg, 3mg, 6mg, 9mg	4	
PERSERIS INJECTION 120MG, 90MG	5	NEDS
quetiapine fumarate tablet 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg	2	
quetiapine fumarate tablet 25mg, 50mg	2	QL(60 EA por 30 días)
REXULTI TABLET 0.25MG, 0.5MG, 1MG, 2MG, 3MG, 4MG	5	NEDS
risperidone er injection 12.5mg, 25mg	4	
risperidone er injection 37.5mg, 50mg	5	NEDS
risperidone odt tablet disintegrating 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	3	
risperidone solution 1mg/ml	3	
risperidone tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	1	
SECUADO PATCH 24 HOUR 3.8MG/24HR, 5.7MG/24HR, 7.6MG/24HR	5	NEDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VRAYLAR CAPSULE 0.5MG, 0.75MG, 1.5MG, 3MG, 4.5MG, 6MG	5	NEDS
ziprasidone hcl capsule 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	3	
ziprasidone mesylate injection 20mg	3	
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 210MG	3	
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 300MG, 405MG	5	NEDS
Antivírico		
Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)		
APTIVUS CAPSULE 250MG	5	NEDS; SP
atazanavir sulfate capsule 300mg	4	SP
atazanavir capsule 150mg, 200mg	4	SP
darunavir tablet 600mg	4	SP
darunavir tablet 800mg	5	NEDS; SP
EVOTAZ TABLET 300MG; 150MG	5	NEDS; SP
fosamprenavir calcium tablet 700mg	5	NEDS; SP
KALETRA SOLUTION 400MG/5ML; 100MG/5ML	4	SP
LEXIVA SUSPENSION 50MG/ML	3	SP
lopinavir/ritonavir solution 400mg/5ml; 100mg/5ml	4	SP
lopinavir/ritonavir tablet 100mg; 25mg, 200mg; 50mg	4	SP
NORVIR PACKET 100MG	4	
PREZCOBIX TABLET 150MG; 675MG	5	NEDS
PREZCOBIX TABLET 150MG; 800MG	5	NEDS; SP
PREZISTA SUSPENSION 100MG/ML	5	NEDS; SP
PREZISTA TABLET 75MG	4	SP
PREZISTA TABLET 150MG	5	NEDS; SP
REYATAZ PACKET 50MG	5	NEDS; SP
ritonavir tablet 100mg	3	SP
SYMTUZA TABLET 150MG; 800MG; 200MG; 10MG	5	NEDS
VIRACEPT TABLET 250MG	3	SP
VIRACEPT TABLET 625MG	5	NEDS; SP
Agentes anti-VIH, otros		
FUZEON INJECTION 90MG	5	NEDS; SP
maraviroc tablet 300mg	5	QL(120 EA por 30 días); NEDS; SP
maraviroc tablet 150mg	5	QL(60 EA por 30 días); NEDS; SP
RUKOBIA TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600MG	5	NEDS
SELZENTRY SOLUTION 20MG/ML	3	QL(1800 ML por 30 días)
SELZENTRY TABLET 25MG	4	QL(480 EA por 30 días)
SELZENTRY TABLET 75MG	5	QL(60 EA por 30 días); NEDS
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK 300MG	5	NEDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SUNLENCA TABLET 300MG	5	QL(24 EA por 168 días); NEDS
TYBOST TABLET 150MG	3	SP
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
cidofovir injection 75mg/ml	5	NEDS
LIVTENCITY TABLET 200MG	5	PA; NEDS
PREVYMIS PACKET 20MG	4	PA
PREVYMIS PACKET 120MG	5	PA; NEDS
PREVYMIS TABLET 240MG, 480MG	5	PA; NEDS
valganciclovir hydrochloride solution reconstituted 50mg/ml	5	NEDS
valganciclovir tablet 450mg	3	
Agentes antigripales		
amantadine hcl capsule 100mg	3	
amantadine hcl solution 50mg/5ml	3	
amantadine hcl tablet 100mg	3	
amantadine hydrochloride tablet 100mg	3	
oseltamivir phosphate capsule 30mg, 45mg, 75mg	3	
oseltamivir phosphate suspension reconstituted 6mg/ml	3	
RELENZA DISKHALER AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5MG/BLISTER	3	
rimantadine hydrochloride tablet 100mg	4	
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 40MG, 80MG	3	QL(1 EA por 7 días)
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET PACKET 50MG; 20MG	5	PA; NEDS; SP
MAVYRET TABLET 100MG; 40MG	5	PA; NEDS; SP
ribavirin capsule 200mg	3	SP
ribavirin tablet 200mg	3	SP
VOSEVI TABLET 400MG; 100MG; 100MG	5	PA; NEDS; SP
Agentes antiherpéticos		
acyclovir sodium injection 50mg/ml	4	PA BvD
acyclovir capsule 200mg	2	
acyclovir suspension 200mg/5ml	4	
acyclovir tablet 400mg, 800mg	2	
famciclovir tablet 125mg, 250mg, 500mg	3	
valacyclovir hydrochloride tablet 1gm, 500mg	2	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY TABLET 30MG; 120MG; 15MG, 50MG; 200MG; 25MG	5	NEDS
BIXLENVO TABLET 75MG; 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); NEDS
DOVATO TABLET 50MG; 300MG	5	NEDS
GENVOYA TABLET 150MG; 150MG; 200MG; 10MG	5	NEDS
ISENTRESS HD TABLET 600MG	5	QL(60 EA por 30 días); NEDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ISENTRESS PACKET 100MG	4	SP
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 25MG	3	QL(720 EA por 30 días); SP
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 100MG	5	QL(180 EA por 30 días); NEDS; SP
ISENTRESS TABLET 400MG	5	QL(120 EA por 30 días); NEDS; SP
JULUCA TABLET 50MG; 25MG	5	NEDS
STRIBILD TABLET 150MG; 150MG; 200MG; 300MG	5	NEDS; SP
TIVICAY PD TABLET SOLUBLE 5MG	4	SP
TIVICAY TABLET 10MG	3	SP
TIVICAY TABLET 25MG, 50MG	5	NEDS; SP
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
DELSTRIGO TABLET 100MG; 300MG; 300MG	5	NEDS
EDURANT PED TABLET SOLUBLE 2.5MG	5	NEDS
EDURANT TABLET 25MG	5	NEDS; SP
efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 600mg; 200mg; 300mg	3	SP
efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 400mg; 300mg; 300mg, 600mg; 300mg; 300mg	5	NEDS
efavirenz capsule 200mg, 50mg	4	SP
efavirenz tablet 600mg	4	SP
emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 200mg; 25mg; 300mg	5	NEDS; SP
etravirine tablet 100mg, 200mg	5	NEDS; SP
IDVYNSO TABLET 100MG; 0.25MG	5	QL(30 EA por 30 días); NEDS
INTELENCE TABLET 25MG	3	SP
nevirapine er tablet extended release 24 hour 400mg	4	SP
nevirapine suspension 50mg/5ml	4	SP
nevirapine tablet 200mg	2	SP
PIFELTRO TABLET 100MG	5	NEDS
rilpivirine hydrochloride tablet 25mg	5	NEDS
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
abacavir sulfate/lamivudine tablet 600mg; 300mg	4	SP
abacavir solution 20mg/ml	4	SP
abacavir tablet 300mg	3	SP
CIMDUO TABLET 300MG; 300MG	5	NEDS
DESCOVY TABLET 120MG; 15MG, 200MG; 25MG	5	NEDS
emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 100mg; 150mg, 200mg; 300mg	4	SP

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 133mg; 200mg	5	NEDS; SP
emtricitabine/tenofovir disoproxil tablet 167mg; 250mg	4	SP
emtricitabine capsule 200mg	4	SP
EMTRIVA SOLUTION 10MG/ML	4	SP
lamivudine/zidovudine tablet 150mg; 300mg	4	SP
lamivudine solution 10mg/ml	4	SP
lamivudine tablet 150mg, 300mg	3	SP
ODEFSEY TABLET 200MG; 25MG; 25MG	5	NEDS
tenofovir disoproxil fumarate tablet 300mg	4	SP
TRIUMEQ PD TABLET SOLUBLE 60MG; 5MG; 30MG	4	
TRIUMEQ TABLET 600MG; 50MG; 300MG	5	NEDS; SP
VIREAD POWDER 40MG/GM	5	NEDS; SP
VIREAD TABLET 150MG, 200MG, 250MG	5	NEDS; SP
zidovudine capsule 100mg	3	SP
zidovudine syrup 50mg/5ml	3	SP
zidovudine tablet 300mg	3	SP
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
adefovir dipivoxil tablet 10mg	4	SP
entecavir tablet 0.5mg, 1mg	4	SP
lamivudine tablet 100mg	3	SP
VEMLIDY TABLET 25MG	5	NEDS
Antivirales, agentes de coronavirus		
LAGEVRIO CAPSULE 200MG	3	QL(40 EA por 5 días)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 300MG-100MG DAY 1; 150MG-100MG DAYS 2-5	3	QL(11 EA por 5 días)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(20 EA por 5 días)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(30 EA por 5 días)
XOCOVA TABLET 125MG	3	QL(7 EA por 5 días)
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Aglutinantes de potasio		
LOKELMA PACKET 10GM, 5GM	4	QL(90 EA por 30 días)
sodium polystyrene sulfonate powder 0	3	
sodium polystyrene sulfonate suspension 15gm/60ml	4	
sps multiple routes suspension 15gm/60ml, 15gm/60ml	4	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET CAPSULE 100MG	5	NEDS
deferasirox packet 180mg, 360mg, 90mg	5	NEDS; SP
deferasirox tablet soluble 125mg	4	SP
deferasirox tablet soluble 250mg, 500mg	5	NEDS; SP
deferasirox tablet 90mg	3	SP
deferasirox tablet 180mg, 360mg	4	SP
JYNARQUE TABLET 15MG, 30MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS; SP

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
penicillamine tablet 250mg	5	NEDS
tolvaptan tablet 15mg, 30mg	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
trientine hydrochloride capsule 250mg, 500mg	5	NEDS
Quelantes de fosfato		
calcium acetate capsule 667mg	4	
calcium acetate tablet 667mg	3	
sevelamer carbonate packet 0.8gm, 2.4gm	4	
sevelamer carbonate tablet 800mg	4	
VELPHORO TABLET CHEWABLE 500MG	5	NEDS
Reemplazo de electrolitos/minerales		
AMINOSYN II INJECTION 107.6MEQ/L; 1490MG/100ML; 1527MG/100ML; 1050MG/100ML; 1107MG/100ML; 750MG/100ML; 450MG/100ML; 990MG/100ML; 1500MG/100ML; 1575MG/100ML; 258MG/100ML; 405MG/100ML; 447MG/100ML; 1083MG/100ML; 795MG/100ML; 50MEQ/L; 600MG/100ML; 300MG/100ML; 750MG/100ML, 993MG/100ML; 1018MG/100ML; 700MG/100ML; 738MG/100ML; 500MG/100ML; 300MG/100ML; 660MG/100ML; 1000MG/100ML; 1050MG/100ML; 172MG/100ML; 270MG/100ML; 298MG/100ML; 722MG/100ML; 530MG/100ML; 400MG/100ML; 200MG/100ML; 500MG/100ML	3	PA BvD
AMINOSYN-PF 7% INJECTION 32.5MEQ/L; 490MG/100ML; 861MG/100ML; 370MG/100ML; 576MG/100ML; 270MG/100ML; 220MG/100ML; 534MG/100ML; 831MG/100ML; 475MG/100ML; 125MG/100ML; 300MG/100ML; 570MG/100ML; 347MG/100ML; 50MG/100ML; 360MG/100ML; 125MG/100ML; 44MG/100ML; 452MG/100ML	3	PA BvD
AMINOSYN-PF INJECTION 46MEQ/L; 698MG/100ML; 1227MG/100ML; 527MG/100ML; 820MG/100ML; 385MG/100ML; 312MG/100ML; 760MG/100ML; 1200MG/100ML; 677MG/100ML; 180MG/100ML; 427MG/100ML; 812MG/100ML; 495MG/100ML; 70MG/100ML; 512MG/100ML; 180MG/100ML; 44MG/100ML; 673MG/100ML	3	PA BvD
carglumic acid tablet soluble 200mg	5	PA; NEDS; SP
CLINIMIX 6/5 INJECTION 1242MG/100ML; 690MG/100ML; 5GM/100ML; 618MG/100ML; 288MG/100ML; 360MG/100ML; 438MG/100ML; 348MG/100ML; 240MG/100ML; 336MG/100ML; 408MG/100ML; 300MG/100ML; 252MG/100ML; 108MG/100ML; 24MG/100ML; 348MG/100ML	3	PA BvD

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
klor-con packet 20meq	3	
lactated ringers injection 3meq/l; 109meq/l; 28meq/l; 4meq/l; 130meq/l	2	
magnesium sulfate injection 50%	4	
PLENAMINE INJECTION 147.4MEQ/L; 2.17GM/100ML; 1.47GM/100ML; 434MG/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 894MG/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 1.18GM/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 894MG/100ML; 592MG/100ML; 749MG/100ML; 250MG/100ML; 39MG/100ML; 960MG/100ML	3	PA BvD
potassium chloride er capsule extended release 10meq, 8meq	3	
potassium chloride er tablet extended release 10meq, 15meq, 20meq, 8meq	2	
potassium chloride/dextrose/sodium chloride injection 5%; 10meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.225%, 5%; 20meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.9%, 5%; 30meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.9%	4	
potassium chloride injection 10meq/50ml, 20meq/50ml	2	
potassium chloride injection 2meq/ml	4	
potassium chloride packet 20meq	3	
potassium chloride oral solution 10%, 20%	3	
potassium citrate er tablet extended release 1080mg, 15meq, 540mg	4	
PREMASOL INJECTION 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	3	PA BvD
PROSOL INJECTION 140MEQ/100ML; 2.76GM/100ML; 1.96GM/100ML; 600MG/100ML; 1.02GM/100ML; 2.06GM/100ML; 1.18GM/100ML; 1.08GM/100ML; 1.08GM/100ML; 1.35GM/100ML; 760MG/100ML; 1GM/100ML; 1.34GM/100ML; 1.02GM/100ML; 980MG/100ML; 320MG/100ML; 50MG/100ML; 1.44GM/100ML	3	PA BvD
sodium chloride 0.45% injection 0.45%	2	
sodium chloride injection 0.9%, 3%, 5%	2	
sodium chloride injection 0.9%, 2.5meq/ml, 4meq/ml	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRAVASOL INJECTION 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 500MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	3	PA BvD
TROPHAMINE INJECTION 0.54GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.32GM/100ML; 0; 0; 0.5GM/100ML; 0.36GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.82GM/100ML; 1.4GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.34GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.68GM/100ML; 0.38GM/100ML; 5MEQ/L; 0.025GM/100ML; 0.42GM/100ML; 0.2GM/100ML; 0.24GM/100ML; 0.78GM/100ML	3	PA BvD
Vitaminas		
prenatal tablet 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg	2	
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		
aminocaproic acid injection 250mg/ml	2	
aminocaproic acid oral solution 0.25gm/ml	4	
aminocaproic acid tablet 500mg	2	
tranexamic acid tablet 650mg	3	
Agentes modificadores de plaquetas		
aspirin/dipyridamole er capsule extended release 12 hour 25mg; 200mg	4	
CABLIVI INJECTION 11MG	5	NEDS
cilostazol tablet 100mg, 50mg	2	
clopidogrel tablet 300mg, 75mg	1	
DOPTELET TABLET 20MG	5	PA; NEDS; SP
prasugrel hydrochloride tablet 10mg, 5mg	3	
ticagrelor tablet 60mg, 90mg	3	
Anticoagulantes		
dabigatran etexilate capsule 110mg, 150mg, 75mg	4	
ELIQUIS STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 5MG	3	
ELIQUIS CAPSULE SPRINKLE 0.15MG	3	
ELIQUIS TABLET SOLUBLE 0.5MG	3	
ELIQUIS TABLET 2.5MG, 5MG	3	
enoxaparin sodium injection 300mg/3ml	3	SP
enoxaparin sodium injection 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml, 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml	4	SP
fondaparinux sodium injection 2.5mg/0.5ml	4	SP

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
fondaparinux sodium injection 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml	5	NEDS; SP
heparin sodium/d5w injection 5%; 40unit/ml	2	
heparin sodium injection 10000unit/ml, 1000unit/ml, 20000unit/ml, 5000unit/0.5ml, 5000unit/ml	3	
jantoven tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg	1	
rivaroxaban suspension reconstituted 1mg/ml	3	
rivaroxaban tablet 2.5mg	3	
warfarin sodium tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg	1	
XARELTO STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0	3	
XARELTO SUSPENSION RECONSTITUTED 1MG/ML	3	
XARELTO TABLET 10MG, 15MG, 2.5MG, 20MG	3	
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
anagrelide hydrochloride capsule 0.5mg, 1mg	3	
eltrombopag olamine packet 12.5mg, 25mg	5	PA; NEDS; SP
eltrombopag olamine tablet 12.5mg, 25mg, 50mg, 75mg	5	PA; NEDS; SP
MOZOBIL INJECTION 24MG/1.2ML	5	NEDS; SP
NEULASTA ONPRO KIT INJECTION 6MG/0.6ML	5	NEDS; SP
NEULASTA INJECTION 4MG/0.4ML	5	NEDS
NEULASTA INJECTION 6MG/0.6ML	5	NEDS; SP
plerixafor injection 24mg/1.2ml	5	NEDS; SP
PROCRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	SP
PROCRIT INJECTION 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	5	NEDS; SP
RETACRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	SP
RETACRIT INJECTION 40000UNIT/ML	5	NEDS; SP
UDENYCA ONBODY INJECTION 6MG/0.6ML	5	NEDS; SP
UDENYCA INJECTION 6MG/0.6ML	5	NEDS; SP
ZARXIO INJECTION 300MCG/0.5ML, 480MCG/0.8ML	5	NEDS; SP
Reguladores de la glucemia		
Agentes antidiabéticos		
acarbose tablet 100mg, 25mg, 50mg	1	
dapagliflozin/metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 10mg; 1000mg, 10mg; 500mg, 5mg; 1000mg, 5mg; 500mg	3	
glimepiride tablet 1mg, 2mg, 4mg	1	
glipizide er tablet extended release 24 hour 10mg, 2.5mg, 5mg	1	
glipizide/metformin hydrochloride tablet 2.5mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg	1	
glipizide tablet 10mg, 5mg	1	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
glyburide micronized tablet 1.5mg, 3mg, 6mg	1	
glyburide/metformin hydrochloride tablet 1.25mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg	1	
glyburide tablet 1.25mg, 2.5mg, 5mg	1	
GLYXAMBI TABLET 10MG; 5MG, 25MG; 5MG	3	
JANUMET XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1000MG; 100MG, 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	3	
JANUMET TABLET 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	3	
JANUVIA TABLET 100MG, 25MG, 50MG	3	
JENTADUETO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	3	
JENTADUETO TABLET 2.5MG; 1000MG, 2.5MG; 500MG, 2.5MG; 850MG	3	
metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg	1	
metformin hydrochloride solution 500mg/5ml	2	
metformin hydrochloride tablet 1000mg, 500mg, 850mg	1	
miglitol tablet 100mg, 25mg, 50mg	2	
MOUNJARO INJECTION 10MG/0.5ML, 12.5MG/0.5ML, 15MG/0.5ML, 2.5MG/0.5ML, 5MG/0.5ML, 7.5MG/0.5ML	3	PA
nateglinide tablet 120mg, 60mg	1	
OZEMPIC INJECTION 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	3	PA
OZEMPIC TABLET 1.5MG, 4MG, 9MG	3	PA
pioglitazone hcl-glimepiride tablet 2mg; 30mg, 4mg; 30mg	1	
pioglitazone hcl/metformin hcl tablet 500mg; 15mg, 850mg; 15mg	1	
pioglitazone hcl tablet 45mg	1	
pioglitazone hydrochloride tablet 15mg, 30mg	1	
repaglinide tablet 0.5mg, 1mg, 2mg	1	
RYBELSUS TABLET 1.5MG, 14MG, 3MG, 4MG, 7MG, 9MG	3	PA
saxagliptin hydrochloride tablet 2.5mg, 5mg	1	
sitagliptin phosphate/metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 1000mg; 100mg, 1000mg; 50mg, 500mg; 50mg	3	
sitagliptin phosphate/metformin hydrochloride tablet 1000mg; 50mg, 500mg; 50mg	3	
sitagliptin phosphate tablet 100mg, 25mg, 50mg	3	
SYMLINPEN 120 INJECTION 2700MCG/2.7ML	5	NEDS
SYMLINPEN 60 INJECTION 1500MCG/1.5ML	5	NEDS
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 1000MG, 12.5MG; 1000MG, 25MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SYNJARDY TABLET 12.5MG; 1000MG, 12.5MG; 500MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	3	
TRADJENTA TABLET 5MG	3	
TRULICITY INJECTION 0.75MG/0.5ML, 1.5MG/0.5ML, 3MG/0.5ML, 4.5MG/0.5ML	3	PA
XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 1000MG, 10MG; 500MG, 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	3	
Agentes antiglucémicos		
BAQSIMI ONE PACK POWDER 3MG/DOSE	3	
BAQSIMI TWO PACK POWDER 3MG/DOSE	3	
diazoxide suspension 50mg/ml	4	
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION 1MG	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR INJECTION 1MG/ML	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR INJECTION 1MG	4	
GLUCAGON EMERGENCY KIT INJECTION 1MG	4	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK INJECTION 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK INJECTION 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	3	
GVOKE KIT INJECTION 1MG/0.2ML	3	
GVOKE PFS INJECTION 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	3	
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH INJECTION 100UNIT/ML	3	
FIASP PENFILL INJECTION 100UNIT/ML	3	
FIASP INJECTION 100UNIT/ML	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
HUMALOG KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJECTION 50UNIT/ML; 50UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 50/50 INJECTION 50UNIT/ML; 50UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJECTION 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 75/25 INJECTION 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	3	
HUMALOG INJECTION 100UNIT/ML	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
HUMULIN 70/30 INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
HUMULIN N KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HUMULIN N INJECTION 100UNIT/ML	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INJECTION 500UNIT/ML	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN INJECTION 500UNIT/ML	3	
HUMULIN R INJECTION 100UNIT/ML	3	
insulin aspart flexpen injection 100unit/ml	3	
insulin aspart penfill injection 100unit/ml	3	
insulin aspart protamine/insulin aspart injection 30%; 70%	3	
insulin aspart injection 100unit/ml	3	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
INSULIN LISPRO KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
INSULIN LISPRO PROTAMINE/INSULIN LISPRO KWIKPEN INJECTION 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	3	
INSULIN LISPRO INJECTION 100UNIT/ML	3	
LANTUS SOLOSTAR INJECTION 100UNIT/ML	3	
LANTUS INJECTION 100UNIT/ML	3	
novolin 70/30 flexpen injection 30unit/ml; 70unit/ml	3	
novolin 70/30 injection 30unit/ml; 70unit/ml	3	
novolin n flexpen injection 100unit/ml	3	
novolin n injection 100unit/ml	3	
novolin r flexpen injection 100unit/ml	3	
novolin r injection 100unit/ml	3	
NOVOLOG FLEXPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLOG PENFILL INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLOG INJECTION 100UNIT/ML	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR INJECTION 300UNIT/ML	3	
TOUJEO SOLOSTAR INJECTION 300UNIT/ML	3	
TRESIBA FLEXTOUCH INJECTION 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	3	
TRESIBA INJECTION 100UNIT/ML	3	
Relajantes musculares esqueléticos		
Relajantes musculares esqueléticos		
cyclobenzaprine hydrochloride tablet 10mg, 5mg	2	
cyclobenzaprine hydrochloride tablet 7.5mg	4	
methocarbamol tablet 750mg	3	
methocarbamol tablet 500mg	3	SP
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
betaine anhydrous powder 0	5	NEDS; SP
CREON CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 120000UNIT; 24000UNIT; 76000UNIT, 15000UNIT; 3000UNIT; 9500UNIT, 180000UNIT; 36000UNIT; 114000UNIT, 30000UNIT; 6000UNIT; 19000UNIT, 60000UNIT; 12000UNIT; 38000UNIT	3	
cromolyn sodium concentrate 100mg/5ml	4	
CYSTAGON CAPSULE 150MG, 50MG	4	SP
dichlorphenamide tablet 50mg	5	PA; NEDS; SP
l-glutamine packet 5gm	5	NEDS
nitisinone capsule 10mg, 20mg, 2mg, 5mg	5	PA; NEDS; SP
PROLASTIN-C INJECTION 1000MG/20ML	5	PA; NEDS; SP
REVCOVI INJECTION 2.4MG/1.5ML	5	PA; NEDS
sapropterin dihydrochloride packet 100mg, 500mg	5	PA; NEDS; SP
sapropterin dihydrochloride tablet 100mg	5	PA; NEDS; SP
sodium phenylbutyrate powder 3gm/tsp	5	NEDS; SP
sodium phenylbutyrate tablet 500mg	5	NEDS; SP
WELIREG TABLET 40MG	5	PA NSO; NEDS
zelvysia packet 100mg, 500mg	5	PA; NEDS
ZENPEP CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 105000UNIT; 25000UNIT; 79000UNIT, 14000UNIT; 3000UNIT; 10000UNIT, 168000UNIT; 40000UNIT; 126000UNIT, 24000UNIT; 5000UNIT; 17000UNIT, 252600UNIT; 60000UNIT; 189600UNIT, 42000UNIT; 10000UNIT; 32000UNIT, 63000UNIT; 15000UNIT; 47000UNIT, 84000UNIT; 20000UNIT; 63000UNIT	3	

Índice de Drogas

Nombre del medicamento	Página
abacavir	64
abacavir sulfate/lamivudine	64
ABELCET	52
abigale	20
abigale lo	20
ABILIFY ASIMTUFII	60
ABILIFY MAINTENA	60
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	60
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	60
abiraterone acetate	53
ABIRTEGA	53
ABRYSVO	30
acamprosate calcium dr	34
acarbose	70
accutane	15
acebutolol hydrochloride	5
acetaminophen/codeine	40
acetaminophen/codeine phosphate	40
acetazolamide	31
acetazolamide er	31
acetic acid	39
acetic acid 0.25%	19
acetylcysteine	34
acitretin	15
ACTHIB	30
ACTIMMUNE	27
acyclovir	63
acyclovir sodium	63
ADACEL	30
adalimumab-aaty 1-pen kit	28
adalimumab-aaty 2-pen kit	28
adalimumab-aaty 2-syringe	28
adalimumab-aaty cd/uc/hs starter	28
adalimumab-adbm	28
adalimumab-adbm crohns/uc/hs starter	28
adalimumab-adbm psoriasis/uveitis starter	28
adalimumab-adbm starter package for crohns disease/uc/hs	28
adalimumab-adbm starter package for psoriasis/uveitis	28
adapalene	15
adefovir dipivoxil	65
ADEMPAS	36
ADTHYZA	24
AIMOVIG	4
AKEEGA	54
albendazole	59
albuterol sulfate	38
albuterol sulfate hfa	38
alcohol prep pads	38
ALECENSA	55
alendronate sodium	11
alfuzosin hcl er	19
aliskiren	6
allopurinol	11
ALOCRIL	31
alosetron hydrochloride	17
alprazolam	41
ALUNBRIG	55
alyq	36
amabelz	20
amantadine hcl	63
amantadine hydrochloride	63
ambrisentan	36
amikacin sulfate	42
amiloride hcl	9
amiloride/hydrochlorothiazide	6
aminocaproic acid	69
AMINOSYN II	66
AMINOSYN-PF	66
AMINOSYN-PF 7%	66
amiodarone hydrochloride	8
amitriptyline hcl	49
amitriptyline hydrochloride	49
amlodipine besylate	5
amlodipine besylate/atorvastatin calcium	6
amlodipine besylate/benazepril hydrochloride	6
amlodipine besylate/valsartan	6
amlodipine/olmesartan medoxomil	7
amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide	7
ammonium lactate	16
amnesteem	15
amoxapine	49
amoxicillin	44
amoxicillin/clavulanate potassium	44
amoxicillin/clavulanate potassium er	44
amoxicillin/potassium clavulanate	44

ID de formulario: 26452, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2026
Ultima actualización: 11/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página
amphetamine/dextroamphetamine	12
amphotericin b	52
amphotericin b liposome	52
ampicillin	44
ampicillin sodium	44
ampicillin/sulbactam	44
ampicillin-sulbactam	44
anagrelide hydrochloride	70
anastrozole	55
ANORO ELLIPTA	34
apraclonidine	31
aprepitant	51
apri	20
APTIVUS	62
ARCALYST	25
AREXVY	30
arformoterol tartrate	38
ARIKAYCE	42
aripiprazole	60
aripiprazole odt	60
ARISTADA	60
ARISTADA INITIO	60
armodafinil	14
ARMOUR THYROID	24
asenapine maleate sl	60
ashlyna	20
aspirin/dipyridamole er	69
atazanavir	62
atazanavir sulfate	62
atenolol	5
atenolol/chlorthalidone	7
atomoxetine	13
atomoxetine hydrochloride	13
atorvastatin calcium	9
atovaquone	59
atovaquone/proguanil hcl	59
atovaquone/proguanil hydrochloride	59
atropine sulfate	32
atrovent hfa	37
AUGTYRO	55
AUSTEDO	14
AUSTEDO XR	13
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT	13
AUVELITY	49
AUVELITY TITRATION PACK	49
aviane	21
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	55
AVONEX	12
AVONEX PEN	12
AYVAKIT	55
azathioprine	28
azelaic acid	15
azelastine hcl	31
azelastine hcl	37
azelastine hydrochloride	37
azithromycin	45
aztreonam	42
azurette	21
bacitracin	33
bacitracin/polymyxin b	32
baclofen	3
balsalazide disodium	11
BALVERSA	55
balziva	21
BAQSIMI ONE PACK	72
BAQSIMI TWO PACK	72
BCG VACCINE	30
BELSOMRA	14
benazepril hydrochloride	10
benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide	7
BENLYSTA	25
benztropine mesylate	4
BERINERT	27
BESIVANCE	33
BESREMI	27
BESREMI PEN	27
betaine anhydrous	74
betamethasone dipropionate	16
betamethasone dipropionate augmented	16
betamethasone valerate	16
BETASERON	12
betaxolol hcl	31
bethanechol chloride	19
BEVESPI AEROSPHERE	34
bexarotene	59
BEXSERO	30
bicalutamide	53
BICILLIN L-A	44
BIKTARVY	63
bimatoprost	33

Nombre del medicamento	Página
bisoprolol fumarate	5
bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide	7
BIVIGAM	27
BIXLENVO	63
BONSITY	11
BOOSTRIX	30
bortezomib	54
boruzu	54
bosentan	36
BOSULIF	55
bosutinib	55
BRAFTOVI	55
BREO ELLIPTA	35
BREYNA	35
BREZTRI AEROSPHERE	35
briellyn	21
brimonidine tartrate	31
brimonidine tartrate/timolol maleate	32
brinzolamide	32
brivaracetam	48
BRIVIACT	48
bromfenac	33
bromfenac sodium	33
bromocriptine mesylate	4
BRONCHITOL	35
BRUKINSA	55
budesonide	11
budesonide	37
budesonide er	11
budesonide/formoterol fumarate dihydrate	35
bumetanide	10
buprenorphine	39
buprenorphine hcl	34
buprenorphine hcl/naloxone hcl	34
buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride	34
bupropion hydrochloride	49
bupropion hydrochloride er (sr)	34
bupropion hydrochloride er (sr)	49
bupropion hydrochloride er (xl)	49
buspirone hcl	41
buspirone hydrochloride	41
butorphanol tartrate	40
cabergoline	25
CABLIVI	69
CABOMETYX	55
calcipotriene	15
calcitonin salmon	11
calcitonin-salmon	11
calcitriol	11
calcitriol	15
calcium acetate	66
CALQUENCE	55
camila	23
candesartan cilexetil	8
candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide	7
CAPLYTA	60
CAPRELSA	55
captopril	10
carbamazepine	47
carbamazepine er	47
carbidopa	5
carbidopa/levodopa	5
carbidopa/levodopa er	5
carbidopa/levodopa odt	5
carbidopa/levodopa/entacapone	4
carglumic acid	66
carteolol hcl	31
cartia xt	5
carvedilol	5
CAYSTON	36
cefaclor	43
cefadroxil	43
cefazolin	43
cefazolin sodium	43
cefazolin sodium/dextrose	43
cefazolin/dextrose	43
cefdinir	43
cefepime	43
cefepime hydrochloride	43
cefepime/dextrose	43
cefixime	43
cefotetan	43
cefoxitin sodium	43
cefpodoxime proxetil	43
cefprozil	43
ceftaroline fosamil	43
ceftazidime	43
ceftriaxone in iso-osmotic dextrose	43
ceftriaxone sodium	43

Nombre del medicamento	Página
ceftriaxone/dextrose	44
cefuroxime axetil	44
cefuroxime sodium	44
celecoxib	40
cephalexin	44
cevimeline hydrochloride	14
CHEMET	65
chlorhexidine gluconate	14
chloroquine phosphate	59
chlorpromazine hydrochloride	60
chlorthalidone	10
cholestyramine	9
cholestyramine light	9
ciclopirox	17
ciclopirox nail lacquer	17
ciclopirox olamine	17
cidofovir	63
cilostazol	69
CIMDUO	64
cimetidine	18
cinacalcet hydrochloride	11
ciprofloxacin hcl	45
ciprofloxacin hydrochloride	33
ciprofloxacin hydrochloride	39
ciprofloxacin hydrochloride	45
ciprofloxacin i.v.-in d5w	45
ciprofloxacin/dexamethasone	39
citalopram hydrobromide	50
claravis	15
clarithromycin	45
clarithromycin er	45
CLENPIQ	18
clindamycin hcl	42
clindamycin hydrochloride	42
clindamycin palmitate hydrochloride	42
clindamycin phosphate	17
clindamycin phosphate	42
clindamycin phosphate (once-daily)	17
clindamycin phosphate (twice-daily)	17
clindamycin phosphate/benzoyl peroxide	15
clindamycin/benzoyl peroxide	15
CLINIMIX 6/5	66
CLINIMIX 8/10	67
CLINIMIX E 8/10	67
clobazam	46
clobetasol propionate	16
clobetasol propionate emollient base	16
clodan	16
clomipramine hydrochloride	49
clonazepam	46
clonazepam odt	46
clonidine	8
clonidine hydrochloride	8
clonidine hydrochloride er	13
clopidogrel	69
clorazepate dipotassium	41
clotrimazole	52
clotrimazole/betamethasone dipropionate	15
clozapine	60
clozapine odt	60
COARTEM	59
COBENFY	14
COBENFY STARTER PACK	14
colchicine	11
colestipol hydrochloride	9
colistimethate sodium	42
COMBIVENT RESPIMAT	35
COMETRIQ	55
conjugated estrogens	21
constulose	17
COPIKTRA	55
CORLANOR	7
CORTIFOAM	11
CORTISPORIN-TC	39
COSENTYX	26
COSENTYX SENSOREADY PEN	25
COSENTYX UNOREADY	26
COTELLIC	55
CREON	74
CRESEMBA	52
cromolyn sodium	31
cromolyn sodium	38
cromolyn sodium	74
curity gauze pads 2"x2" 12 ply	38
CUVITRU	27
cyclobenzaprine hydrochloride	73
cyclopentolate hydrochloride	32
cyclophosphamide	53
cyclosporine	28
cyclosporine modified	28

Nombre del medicamento	Página
cyproheptadine hcl	37
cyproheptadine hydrochloride	37
CYSTAGON	74
CYSTARAN	32
dabigatran etexilate	69
dalfampridine er	12
danazol	20
dantrolene sodium	3
DANZITEN	55
dapagliflozin	10
dapagliflozin/metformin hydrochloride er	70
dapsone	51
DAPTACEL	30
daptomycin	42
daptomycin/sodium chloride	42
darunavir	62
DARZALEX	53
dasatinib	55
DAURISMO	55
deblitane	23
deferasirox	65
DELSTRIGO	64
DENGVAXIA	30
DEPO-MEDROL	23
DEPO-SUBQ PROVERA 104	23
DESCOVY	64
desipramine hydrochloride	49
desloratadine	37
desmopressin acetate	20
desonide	16
desoximetasone	16
desvenlafaxine er	50
dexamethasone	23
dexamethasone intensol	23
dexamethasone sodium phosphate	23
dexamethasone sodium phosphate	33
dexamethasone sodium phosphate +rfid	23
DEXLANSOPRAZOLE	19
dexmethylphenidate hcl	13
dexmethylphenidate hydrochloride	13
dexmethylphenidate hydrochloride er	13
dextroamphetamine sulfate	13
dextroamphetamine sulfate er	13
dextromethorphan hydrobromide/quinidine sulfate	14
dextrose 10%	67
dextrose 10%/sodium chloride 0.2%	67
dextrose 10%/sodium chloride 0.45%	67
dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%	67
dextrose 5%	67
dextrose 5%/sodium chloride 0.2%	67
dextrose 5%/sodium chloride 0.3%	67
dextrose 5%/sodium chloride 0.33%	67
dextrose 5%/sodium chloride 0.45%	67
dextrose 5%/sodium chloride 0.9%	67
dextrose 50%	67
dextrose 70%	67
dextrose/sodium chloride	67
DIACOMIT	46
diazepam	41
diazepam	46
diazepam intensol	41
diazoxide	72
dichlorphenamide	74
diclofenac potassium	40
diclofenac sodium	15
diclofenac sodium	33
diclofenac sodium	40
diclofenac sodium dr	40
diclofenac sodium er	40
dicloxacillin sodium	44
dicyclomine hcl	19
dicyclomine hydrochloride	19
DIFICID	45
diflunisal	41
difluprednate	33
digoxin	8
dihydroergotamine mesylate	4
DILANTIN	47
diltiazem hcl	6
diltiazem hcl cd	6
diltiazem hcl er	6
diltiazem hydrochloride	6
diltiazem hydrochloride er	6
dilt-xr	5
dimethyl fumarate	12
diphenhydramine hydrochloride	37
disulfiram	34
divalproex sodium dr	46
divalproex sodium er	46

Nombre del medicamento	Página
docetaxel	54
dofetilide	8
donepezil hcl	3
donepezil hydrochloride	3
DOPTELET	69
dorzolamide hcl/timolol maleate	32
dorzolamide hydrochloride	32
dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf	32
dotti	21
DOVATO	63
doxazosin mesylate	19
doxepin hcl	49
doxepin hydrochloride	50
doxycycline	46
doxycycline hyclate	46
doxycycline monohydrate	46
DRIZALMA SPRINKLE	50
dronabinol	51
drospirenone/ethinyl estradiol	21
DROXIA	53
droxidopa	8
duloxetine hydrochloride dr	50
DUPIXENT	26
dutasteride	19
dutasteride/tamsulosin hydrochloride	19
ec-naproxen	41
econazole nitrate	52
EDURANT	64
EDURANT PED	64
efavirenz	64
efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate	64
efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate	64
effer-k	67
ELIGARD	25
ELIQUIS	69
ELIQUIS STARTER PACK	69
elixophyllin	38
ELMIRON	19
eltrombopag olamine	70
eluryng	21
EMCYT	53
EMGALITY	4
EMPAVELI	26
EMSAM	49
emtricitabine	65
emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate	64
emtricitabine/tenofovir disoproxil	65
emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate	64
EMTRIVA	65
enalapril maleate	10
enalapril maleate/hydrochlorothiazide	7
ENBREL	28
ENBREL MINI	28
ENBREL SURECLICK	28
endocet	40
ENGERIX-B	30
enilloring	21
enoxaparin sodium	69
ENSACOVE	55
entacapone	4
entecavir	65
ENTRESTO	7
enulose	18
ENVARSUS XR	28
EPIDIOLEX	48
epinastine hcl	31
epinephrine	38
epitol	47
eplerenone	8
EPRONTIA	48
ergotamine tartrate/caffeine	4
ERIVEDGE	56
ERLEADA	53
erlotinib hydrochloride	56
errin	23
ertapenem sodium	45
ery	17
erythromycin	17
erythromycin	33
erythromycin dr	45
erythromycin ethylsuccinate	45
escitalopram oxalate	50
eslicarbazepine acetate	47
esomeprazole magnesium	19
estradiol	21
estradiol valerate	21
estradiol/norethindrone acetate	21

Nombre del medicamento	Página
ESTRING	21
eszopiclone	14
ethacrynic acid	10
ethambutol hydrochloride	51
ethosuximide	46
etodolac	41
etodolac er	41
etonogestrel/ethinyl estradiol	21
etravirine	64
EUCRISA	16
EULEXIN	53
euthyrox	24
everolimus	29
everolimus	56
EVOTAZ	62
exemestane	55
EXKIVITY	56
EXXUA	49
EXXUA TITRATION PACK	49
ezetimibe	9
ezetimibe/simvastatin	9
falmina	21
famciclovir	63
famotidine	18
FANAPT	61
FANAPT TITRATION PACK A	60
FANAPT TITRATION PACK B	61
FANAPT TITRATION PACK C	61
FARXIGA	10
FASENRA	35
FASENRA PEN	35
FEIRZA 1.5/30	21
FEIRZA 1/20	21
felbamate	48
felodipine er	5
fenofibrate	9
fenofibrate micronized	9
fenofibric acid dr	9
fentanyl	39
fentanyl citrate oral transmucosal	40
FETZIMA	50
FETZIMA TITRATION PACK	50
FIASP	72
FIASP FLEXTOUCH	72
FIASP PENFILL	72
fidaxomicin	45
finasteride	19
fingolimod hydrochloride	12
FINTEPLA	48
finzala	21
FIRMAGON	25
flac	39
FLAREX	33
FLEBOGAMMA DIF	27
flecainide acetate	8
fluconazole	52
fluconazole in sodium chloride	52
flucytosine	52
fludrocortisone acetate	24
flunisolide	37
fluocinolone acetonide	16
fluocinolone acetonide	39
fluocinolone acetonide body	16
fluocinolone acetonide scalp	16
fluocinolone acetonide topical	16
fluocinonide	16
fluocinonide emulsified base	16
fluorometholone	33
fluorouracil	15
fluoxetine dr	50
fluoxetine hydrochloride	50
fluphenazine decanoate	60
fluphenazine hcl	60
fluphenazine hydrochloride	60
flurbiprofen	41
flurbiprofen sodium	33
fluticasone propionate	16
fluticasone propionate	37
fluticasone propionate diskus	37
fluticasone propionate hfa	37
fluticasone propionate/salmeterol	35
fluticasone propionate/salmeterol diskus	35
fluvastatin	9
fluvastatin sodium er	9
fluvoxamine maleate	50
fondaparinux sodium	69
formoterol fumarate	38
fosamprenavir calcium	62
fosfomycin tromethamine	42
fosinopril sodium	10

Nombre del medicamento	Página
fosinopril sodium/hydrochlorothiazide	7
FOTIVDA	56
FRUZAQLA	56
furosemide	10
FUZEON	62
fyavolv	21
FYCOMPA	48
gabapentin	46
galantamine hydrobromide	3
galantamine hydrobromide er	3
galbriela	21
gallifrey	23
GAMMAGARD LIQUID	27
GAMMAPLEX	27
GARDASIL 9	30
gatifloxacin	33
gavilyte-c	18
gavilyte-g	18
gavilyte-n/flavor pack	18
GAVRETO	56
gefitinib	56
gemfibrozil	9
GEMTESA	19
generlac	18
GENGRAF	29
GENOTROPIN	20
GENOTROPIN MINIQUICK	20
gentamicin sulfate	33
gentamicin sulfate	42
gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride	42
GENVOYA	63
GILOTRIF	56
glatiramer acetate	12
GLEOSTINE	53
glimepiride	70
glipizide	70
glipizide er	70
glipizide/metformin hydrochloride	70
GLUCAGEN HYPOKIT	72
GLUCAGON EMERGENCY KIT	72
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	72
glucose (dextrose) 50%	67
glucose (dextrose) 70%	67
glyburide	71
glyburide micronized	71
glyburide/metformin hydrochloride	71
glycopyrrolate	19
glydo	41
GLYXAMBI	71
GOMEKLI	56
granisetron hydrochloride	51
griseofulvin microsize	52
griseofulvin ultramicrosize	52
guanfacine hydrochloride er	13
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	72
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	72
GVOKE KIT	72
GVOKE PFS	72
HAEGARDA	27
hailey fe 1/20	21
halobetasol propionate	17
haloette	21
haloperidol	60
haloperidol decanoate	60
haloperidol lactate	60
HAVRIX	30
heather	23
heparin sodium	70
heparin sodium/d5w	70
HEPLISAV-B	30
HERNEXEOS	56
HIBERIX	30
HIZENTRA	27
HUMALOG	72
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	72
HUMALOG KWIKPEN	72
HUMALOG MIX 50/50	72
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	72
HUMALOG MIX 75/25	72
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	72
HUMIRA	29
HUMIRA 2SYRINGE KIT	29
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	29
HUMIRA PEN	29
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	29
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	29
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	29

ID de formulario: 26452, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2026
Ultima actualización: 11/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página
HUMULIN 70/30	72
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	72
HUMULIN N	73
HUMULIN N KWIKPEN	72
HUMULIN R	73
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	73
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	73
hydralazine hydrochloride	10
hydrochlorothiazide	10
hydrocodone bitartrate/acetaminophen	40
hydrocodone/acetaminophen	40
hydrocortisone	11
hydrocortisone	17
hydrocortisone	24
hydrocortisone sodium succinate	24
hydrocortisone valerate	17
hydrocortisone/acetic acid	39
hydromorphone hcl	40
hydroxychloroquine sulfate	59
hydroxyurea	53
hydroxyzine hcl	37
hydroxyzine hydrochloride	37
hydroxyzine pamoate	37
HYRNUO	56
IBRANCE	54
IBRANCE	56
IBTROZI	56
ibu	41
ibuprofen	41
icatibant acetate	27
iclevia	21
ICLUSIG	56
icosapent ethyl	9
IDHIFA	56
IDVYNSO	64
ILEVRO	33
imatinib mesylate	56
IMBRUVICA	56
imipenem/cilastatin	45
imipramine hcl	50
imipramine hydrochloride	50
imiquimod	15
IMKELDI	56
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	30
IMPAVIDO	42
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	21
IMVEXXY STARTER PACK	21
INCRELEX	20
INCRUSE ELLIPTA	37
indapamide	10
indomethacin	41
INFANRIX	30
INLURIYO	53
INLYTA	56
INQOVI	56
INREBIC	54
insulin aspart	73
insulin aspart flexpen	73
insulin aspart penfill	73
insulin aspart protamine/insulin aspart	73
INSULIN LISPRO	73
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	73
INSULIN LISPRO KWIKPEN	73
INSULIN LISPRO PROTAMINE/INSULIN LISPRO KWIKPEN	73
Insulin Syringes, Needles	38
INTELENCE	64
INTRALIPID	38
introvale	21
INVEGA HAFYERA	61
INVEGA SUSTENNA	61
INVEGA TRINZA	61
IPOL INACTIVATED IPV	30
ipratropium bromide	37
ipratropium bromide hfa	37
ipratropium bromide/albuterol sulfate	35
irbesartan	8
irbesartan/hydrochlorothiazide	7
ISENTRESS	64
ISENTRESS HD	63
isoniazid	51
isosorbide dinitrate	10
isosorbide mononitrate	10
isosorbide mononitrate er	10
isotonic gentamicin	42
isotretinoin	15
ITOVEBI	54
itraconazole	52
ivabradine hydrochloride	7
ivermectin	59

Nombre del medicamento	Página
IWILFIN	54
IXCHIQ	30
IXIARO	30
jaimiess	21
JAKAFI	56
JAKAFI XR	56
jantoven	70
JANUMET	71
JANUMET XR	71
JANUVIA	71
JARDIANCE	10
JAYPIRCA	56
JENTADUETO	71
JENTADUETO XR	71
JIDEYTRO	56
jinteli	21
JOURNAVX	40
JUBBONTI	11
JULUCA	64
junel 1.5/30	21
junel 1/20	21
junel fe 1.5/30	21
junel fe 1/20	21
junel fe 24	22
JYLAMVO	29
JYNARQUE	65
JYNNEOS	30
KALETRA	62
KALYDECO	36
kariva	22
kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%	67
kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%	67
kcl 0.15%/d5w/nacl 0.225%	67
kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%	67
kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%	67
kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%	67
kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%	67
kelnor 1/35	22
kenalog-10	24
KERENDIA	8
KESIMPTA	12
ketoconazole	52
ketorolac tromethamine	33
KINERET	26
KINRIX	30
KISQALI	56
KISQALI FEMARA 200 DOSE	54
KISQALI FEMARA 400 DOSE	54
KISQALI FEMARA 600 DOSE	54
klayesta	52
klor-con	68
klor-con 10	67
klor-con 8	67
klor-con m10	67
klor-con m15	67
klor-con m20	67
klor-con/ef	67
KLOXXADO	34
KOMZIFTI	54
KOSELUGO	56
kourzeq	14
k-prime	67
KRAZATI	56
KYPROLIS	55
labetalol hydrochloride	5
lacosamide	47
lactated ringers	68
lactulose	18
LAGEVRIO	65
lamivudine	65
lamivudine	65
lamivudine/zidovudine	65
lamotrigine	48
lamotrigine er	48
lamotrigine odt	48
lamotrigine starter kit/blue	48
lamotrigine starter kit/green	48
lamotrigine starter kit/orange	48
lanreotide acetate	25
lansoprazole	19
LANTUS	73
LANTUS SOLOSTAR	73
lapatinib ditosylate	57
larin 1.5/30	22
larin 1/20	22
larin fe 1.5/30	22
larin fe 1/20	22
latanoprost	33
LAZCLUZE	54
leflunomide	29

Nombre del medicamento	Página
lenalidomide	53
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	57
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	57
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	57
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	57
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	57
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	57
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	57
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	57
lessina	22
letrozole	55
leucovorin calcium	54
LEUKERAN	53
leuprolide acetate	25
levalbuterol	38
levalbuterol hcl	38
levalbuterol hydrochloride	38
levetiracetam	48
levetiracetam er	48
levobunolol hcl	31
levocarnitine	38
levocetirizine dihydrochloride	37
levofloxacin	33
levofloxacin	45
levofloxacin in d5w	45
levonest	22
levonorgestrel and ethinyl estradiol	22
levonorgestrel/ethinyl estradiol	22
levonorgestrel/ethinyl estradiol/ferrous bisglycinate	22
levora 0.15/30-28	22
levo-t	24
levothyroxine sodium	24
levoxyl	24
LEXIVA	62
l-glutamine	74
LIBERVANT	46
lidocaine	41
lidocaine hcl	41
lidocaine hcl jelly	41
lidocaine hydrochloride	41
lidocaine hydrochloride jelly	41
lidocaine hydrochloride viscous	14
lidocaine viscous	14
lidocaine/prilocaine	41
LIFYORLI	57
LILETTA	23
linezolid	42
LINZESS	18
liomny	24
liothyronine sodium	24
lisinopril	10
lisinopril/hydrochlorothiazide	7
lithium	34
lithium carbonate	34
lithium carbonate er	34
LIVTENCITY	63
lojaimiess	22
LOKELMA	65
lomustine	53
LONSURF	54
loperamide hydrochloride	17
lopinavir/ritonavir	62
lorazepam	42
lorazepam intensol	42
LORBRENA	57
losartan potassium	8
losartan potassium/hydrochlorothiazide	7
LOTEMAX	33
loteprednol etabonate	33
lovastatin	9
loxapine	60
lubiprostone	18
luizza 1.5/30	22
luizza 1/20	22
LUMAKRAS	57
LUMIGAN	33
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	25
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	25
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	25
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	25
lurasidone hydrochloride	61
LYBALVI	61
LYNPARZA	57
LYSODREN	54
LYTGOBI	57
macitentan	36
magnesium sulfate	68
malathion	17
maraviroc	62

Nombre del medicamento	Página
marlissa	22
MARPLAN	49
MATULANE	53
matzim la	6
MAVYRET	63
meclizine hcl	51
meclizine hydrochloride	51
medroxyprogesterone acetate	23
mefloquine hydrochloride	59
megestrol acetate	23
MEKINIST	57
MEKTOVI	57
meleya	23
meloxicam	41
memantine hcl titration pak	3
memantine hydrochloride	3
memantine hydrochloride er	3
memantine/donepezil hydrochloride er	3
MENACTRA	30
MENQUADFI	30
MENVEO	30
mercaptopurine	53
meropenem	45
mesalamine	11
mesalamine dr	11
mesalamine er	11
mesna	54
metformin hydrochloride	71
metformin hydrochloride er	71
methadone hcl	39
methadone hydrochloride	39
methazolamide	32
methenamine hippurate	42
methenamine mandelate	42
methimazole	25
methocarbamol	73
methotrexate	29
methotrexate sodium	29
methsuximide	46
methylphenidate hydrochloride	13
methylphenidate hydrochloride er	13
methylphenidate hydrochloride er (cd)	13
methylphenidate hydrochloride er (dif)	13
methylphenidate hydrochloride er (la)	13
methylphenidate hydrochloride er (osm)	13
methylprednisolone	24
methylprednisolone acetate	24
methylprednisolone dose pack	24
metoclopramide hcl	18
metoclopramide hydrochloride	18
metoclopramide hydrochloride +rfid	18
metolazone	10
metoprolol succinate er	5
metoprolol tartrate	5
metoprolol/hydrochlorothiazide	7
metronidazole	15
metronidazole	42
metronidazole vaginal	42
metyrosine	7
mexiletine hydrochloride	8
mibelas 24 fe	22
micafungin	52
miconazole 3	52
microgestin 1.5/30	22
microgestin 1/20	22
microgestin fe 1.5/30	22
microgestin fe 1/20	22
midodrine hydrochloride	8
MIEBO	32
mifepristone	25
miglitol	71
milnacipran hydrochloride	12
milnacipran hydrochloride titration pack	12
minocycline hcl	46
minocycline hydrochloride	46
minoxidil	10
minzoya	22
mirtazapine	49
mirtazapine odt	49
misoprostol	19
M-M-R II	30
modafinil	14
MODEYSO	54
moexipril hydrochloride	10
molindone hydrochloride	60
mometasone furoate	17
mometasone furoate	37
montelukast sodium	37
morphine sulfate	40
morphine sulfate er	39

ID de formulario: 26452, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2026
Ultima actualización: 11/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página
MOUNJARO	71
MOVANTIK	18
moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride	45
moxifloxacin hydrochloride	33
moxifloxacin hydrochloride	45
MOZOBIL	70
MRESVIA	30
MULTAQ	8
mupirocin	17
mycophenolate mofetil	29
mycophenolic acid dr	29
MYRBETRIQ	20
nabumetone	41
nadolol	5
nafcillin sodium	44
naftifine hydrochloride	52
naloxone hcl	34
naloxone hydrochloride	34
naltrexone hydrochloride	34
NAMZARIC	3
naproxen	41
naproxen dr	41
naproxen sodium	41
naratriptan hcl	3
NATACYN	33
nateglinide	71
NAYZILAM	48
nebivolol hydrochloride	5
necon 0.5/35-28	22
nefazodone hydrochloride	50
neomycin sulfate	42
neomycin/polymyxin/bacitracin	32
neomycin/polymyxin/bacitracin zinc	32
neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone	32
neomycin/polymyxin/dexamethasone	32
neomycin/polymyxin/gramicidin	32
neomycin/polymyxin/hc	39
neomycin/polymyxin/hydrocortisone	32
neomycin/polymyxin/hydrocortisone	39
neo-polycin	32
neo-polycin hc	32
NERLYNX	57
NEULASTA	70
NEULASTA ONPRO KIT	70
nevirapine	64
nevirapine er	64
NEXLETOL	9
NEXLIZET	9
NEXPLANON	23
niacin er	9
NICOTROL INHALER	34
NICOTROL NS	34
nifedipine er	5
nikki	22
nilotinib d-tartrate	57
nilotinib hydrochloride	57
nilutamide	53
nimodipine	5
NINLARO	57
nintedanib esylate	35
nitazoxanide	59
nitisinone	74
nitrofurantoin macrocrystals	42
nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals	42
nitroglycerin	10
nitroglycerin	18
nitroglycerin transdermal	10
NIVA THYROID	24
norelgestromin/ethinyl estradiol	22
norethindrone acetate	23
norethindrone acetate/ethinyl estradiol	22
nortrel 0.5/35 (28)	22
nortrel 1/35	22
nortrel 7/7/7	22
nortriptyline hcl	50
nortriptyline hydrochloride	50
NORVIR	62
novolin 70/30	73
novolin 70/30 flexpen	73
novolin n	73
novolin n flexpen	73
novolin r	73
novolin r flexpen	73
NOVOLOG	73
NOVOLOG FLEXPEN	73
NOVOLOG MIX 70/30	73
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	73

Nombre del medicamento	Página
NOVOLOG PENFILL	73
np thyroid 120	24
np thyroid 15	24
np thyroid 30	24
np thyroid 60	24
np thyroid 90	24
NUBEQA	53
NUEDEXTA	14
NULOJIX	29
NUPLAZID	61
NURTEC	4
NUTRILIPID	38
NUVESSA	42
nyamyc	52
nystatin	52
nystatin/triamcinolone	15
nystatin/triamcinolone acetonide	15
nystop	52
OCTAGAM	28
octreotide acetate	25
ODEFSEY	65
ODOMZO	57
OFEV	35
ofloxacin	33
ofloxacin	39
OGSIVEO	54
OJEMDA	54
OJJAARA	57
olanzapine	61
olanzapine odt	61
olmesartan medoxomil	8
olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide	7
olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide	7
olopatadine hydrochloride	31
omega-3-acid ethyl esters	9
omeprazole	19
omeprazole dr	19
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5)	38
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5)	38
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	38
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	38
OMNIPOD 5 LIBRE INTRO KIT	39
OMNIPOD 5 LIBRE PODS	39
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	39
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	39
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	39
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	39
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	39
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	39
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	39
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	39
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	39
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	39
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	39
ondansetron hcl	51
ondansetron hydrochloride	51
ondansetron odt	51
ONUREG	54
OPDIVO	53
OPIPZA	61
opium	18
opium tincture	18
OPSUMIT	36
OPVEE	34
oralone dental paste	14
ORENCIA	26
ORENCIA CLICKJECT	26
ORENITRAM	36
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	36
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	36
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	36
ORGOVYX	25
ORKAMBI	36
orquidea	23
ORSERDU	53
oseltamivir phosphate	63
OSPHENA	20
OTEZLA	15
OTEZLA	26
oxacillin sodium	44
oxaprozin	41
oxcarbazepine	47
oxybutynin chloride	20
oxybutynin chloride er	20
oxycodone hydrochloride	40
oxycodone/acetaminophen	40
OZEMPIC	71

ID de formulario: 26452, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2026
Ultima actualización: 11/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página
paclitaxel	54
paliperidone er	61
PANRETIN	59
pantoprazole sodium	19
paricalcitol	11
paroxetine hcl	50
paroxetine hydrochloride	50
PAXLOVID	65
pazopanib hydrochloride	57
PEDIARIX	30
PEDVAXHIB	30
peg-3350/electrolytes	18
peg-3350/electrolytes/ascorbate	18
peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl	18
peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic	18
PEGASYS	27
PEGASYS	29
PEMAZYRE	57
PENBRAYA	30
penicillamine	66
penicillin g potassium	44
penicillin g sodium	44
penicillin v potassium	44
PENMENVY	30
PENTACEL	30
pentamidine isethionate	59
pentoxifylline er	7
perampanel	48
perindopril erbumine	10
periogard	14
permethrin	17
perphenazine	60
PERSERIS	61
phenelzine sulfate	49
phenobarbital	46
phenytek	47
phenytoin	47
phenytoin sodium extended	47
PIFELTRO	64
pilocarpine hcl	32
pilocarpine hydrochloride	14
pilocarpine hydrochloride	32
pimecrolimus	17
pimozide	60
pindolol	5
pioglitazone hcl	71
pioglitazone hcl/metformin hcl	71
pioglitazone hcl-glimepiride	71
pioglitazone hydrochloride	71
piperacillin sodium/tazobactam sodium	45
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	57
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	57
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	57
pirfenidone	35
piroxicam	41
pitavastatin calcium	9
PLEGRIDY	12
PLEGRIDY STARTER PACK	12
PLENAMINE	68
plerixafor	70
podofilox	15
polycin	32
polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate	32
pomalidomide	53
POMALYST	53
portia-28	22
posaconazole	52
posaconazole dr	52
potassium chloride	68
potassium chloride er	68
potassium chloride/dextrose/sodium chloride	68
potassium citrate er	68
PRALUENT	9
pramipexole dihydrochloride	4
prasugrel hydrochloride	69
pravastatin sodium	9
praziquantel	59
prazosin hydrochloride	5
prednisolone	24
prednisolone acetate	33
prednisolone sodium phosphate	24
prednisolone sodium phosphate	33
prednisone	24
pregabalin	46
PREHEVBRIO	30
PREMARIN	22
PREMASOL	68
premium lidocaine	41
PREMPHASE	22

Nombre del medicamento	Página
prenatal	69
prevalite	9
PREVYMIS	63
PREZCOBIX	62
PREZISTA	62
PRIFTIN	51
primaquine phosphate	59
primidone	47
PRIORIX	30
PRIVIGEN	28
PROAIR RESPICLICK	38
probenecid	11
probenecid/colchicine	11
prochlorperazine	51
prochlorperazine edisylate	51
prochlorperazine maleate	51
PROCRIT	70
procto-med hc	11
proctosol hc	11
proctozone-hc	11
progesterone	23
PROGRAF	29
PROLASTIN-C	74
promethazine hcl	51
promethazine hydrochloride	51
promethazine hydrochloride plain	51
propafenone hcl	8
propafenone hydrochloride	8
propafenone hydrochloride er	8
propranolol hcl	5
propranolol hydrochloride	5
propranolol hydrochloride er	5
propylthiouracil	25
PROQUAD	30
PROSOL	68
protriptyline hcl	50
PULMOZYME	36
pyrazinamide	51
pyridostigmine bromide	4
pyridostigmine bromide er	4
pyrimethamine	59
QINLOCK	57
QUADRACEL	30
quetiapine fumarate	61
quinapril hydrochloride	10
quinapril/hydrochlorothiazide	7
quinidine sulfate	8
quinine sulfate	59
QULIPTA	4
QVAR REDIHALER	37
RABAVERT	31
rabeprazole sodium	19
RADICAVA ORS	14
RADICAVA ORS STARTER KIT	14
RALDESY	50
raloxifene hydrochloride	20
ramelteon	14
ramipril	10
ranolazine er	7
rasagiline mesylate	4
RAYALDEE	11
REBIF	12
REBIF REBIDOSE	12
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	12
REBIF TITRATION PACK	12
RECOMBIVAX HB	31
RELENZA DISKHALER	63
repaglinide	71
REPATHA	9
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	9
REPATHA SURECLICK	9
RESTASIS	32
RESTASIS MULTIDOSE	32
RETACRIT	70
RETEVMO	58
REVCOVI	74
REVUFORJ	54
REXULTI	61
REYATAZ	62
REZDIFFRA	25
REZLIDHIA	58
REZUROCK	29
RHOPRESSA	32
ribavirin	63
rifabutin	51
rifampin	51
rifapentine	52
rilpivirine hydrochloride	64
riluzole	14
rimantadine hydrochloride	63

Nombre del medicamento	Página
RINVOQ	26
RINVOQ LQ	26
riociguat	36
risedronate sodium	11
risedronate sodium dr	11
risperidone	61
risperidone er	61
risperidone odt	61
ritonavir	62
rivaroxaban	70
rivastigmine tartrate	3
rivastigmine transdermal system	3
rizatriptan benzoate	3
rizatriptan benzoate odt	3
ROCKLATAN	32
roflumilast	38
ROMVIMZA	58
ropinirole er	4
ropinirole hcl	4
ropinirole hydrochloride	4
rosuvastatin calcium	9
rosyrah	22
ROTARIX	31
ROTATEQ	31
roweepra	48
ROZLYTREK	58
RUBRACA	58
rufinamide	47
RUKOBIA	62
RYBELSUS	71
RYDAPT	58
sacubitril/valsartan	7
salsalate	41
SANTYL	15
sapropterin dihydrochloride	74
SAVELLA	12
SAVELLA TITRATION PACK	12
saxagliptin hydrochloride	71
SCEMBLIX	58
scopolamine	51
SECUADO	61
selegiline hcl	4
selenium sulfide	17
SELZENTRY	62
SEREVENT DISKUS	38
sertraline hcl	51
sertraline hydrochloride	51
sevelamer carbonate	66
sf 5000 plus	15
sharobel	23
SHINGRIX	31
SIGNIFOR	25
sildenafil	19
sildenafil citrate	19
sildenafil citrate	36
silver sulfadiazine	15
SIMBRINZA	32
simvastatin	9
sirolimus	29
SIRTURO	52
sitagliptin phosphate	71
sitagliptin phosphate/metformin hydrochloride	71
sitagliptin phosphate/metformin hydrochloride er	71
SKYRIZI	26
SKYRIZI PEN	26
sodium chloride	68
sodium chloride 0.45%	68
sodium chloride 0.9%	39
sodium fluoride	15
sodium fluoride 5000 plus	15
sodium fluoride 5000 ppm	15
sodium oxybate	14
sodium phenylbutyrate	74
sodium polystyrene sulfonate	65
sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate	18
solifenacin succinate	20
SOLTAMOX	53
SOMATULINE DEPOT	25
SOMAVERT	25
sorafenib	58
sorafenib tosylate	58
sotalol hcl	8
sotalol hydrochloride	9
sotalol hydrochloride (af)	9
SPIRIVA RESPIMAT	37
spironolactone	8
spironolactone/hydrochlorothiazide	7
SPRITAM	48

Nombre del medicamento	Página
sps	65
ssd	15
STAMARIL	31
STELARA	26
STEQEYMA	26
sterile water for irrigation	39
STIOLTO RESPIMAT	35
STIVARGA	58
streptomycin sulfate	42
STRIBILD	64
STRIVERDI RESPIMAT	38
SUBVENITE	49
subvenite starter kit/blue	48
subvenite starter kit/green	48
subvenite starter kit/orange	48
sucralfate	19
sulfacetamide sodium	33
sulfacetamide sodium	45
sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate	32
sulfadiazine	45
sulfamethoxazole/trimethoprim	45
sulfamethoxazole/trimethoprim ds	45
SULFAMYLON	17
sulfasalazine	11
sulindac	41
sumatriptan	3
sumatriptan succinate	3
sumatriptan succinate refill	3
sunitinib malate	58
SUNLENCA	62
SYMLINPEN 120	71
SYMLINPEN 60	71
SYMPAZAN	47
SYMTUZA	62
SYNAREL	25
SYNJARDY	72
SYNJARDY XR	71
SYNTHROID	25
TABLOID	53
TABRECTA	58
tacrolimus	17
tacrolimus	29
tadalafil	19
tadalafil	36
TAFINLAR	58
TAGRISSO	58
TALZENNA	58
tamoxifen citrate	53
tamsulosin hydrochloride	19
tarina fe 1/20 eq	22
tasimelteon	14
TAVNEOS	26
tazarotene	16
taziceƒ	44
taztia xt	6
TAZVERIK	58
TDVAX	31
TEFLARO	44
telmisartan	8
telmisartan/amlodipine	7
telmisartan/hydrochlorothiazide	8
temazepam	14
TENIVAC	31
tenofovir disoproxil fumarate	65
TEPMETKO	58
terazosin hcl	19
terazosin hydrochloride	19
terbinafine hcl	52
terconazole	52
teriflunomide	12
teriparatide	11
testosterone	20
testosterone cypionate	20
testosterone enanthate	20
testosterone pump	20
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	31
tetrabenazine	14
tetracycline hydrochloride	46
THALOMID	53
theophylline	38
theophylline er	38
thioridazine hydrochloride	60
thiothixene	60
THYROID	25
tiadylt er	6
tiagabine hydrochloride	47
TIBSOVO	58
ticagrelor	69

Nombre del medicamento	Página
TICOVAC	31
tigecycline	43
timolol hemihydrate	31
timolol maleate	4
timolol maleate	31
timolol maleate ophthalmic gel forming	31
tinidazole	43
tiopronin dr	19
TIVICAY	64
TIVICAY PD	64
tizanidine hcl	3
tizanidine hydrochloride	3
TOBI PODHALER	36
TOBRADEX ST	32
tobramycin	33
tobramycin sulfate	42
tobramycin/dexamethasone	32
tofacitinib citrate	26
tofacitinib citrate er	26
tolterodine tartrate	20
tolterodine tartrate er	20
tolvaptan	66
topiramate	49
toremifene citrate	53
torsemide	10
TOUJEO MAX SOLOSTAR	73
TOUJEO SOLOSTAR	73
TRADJENTA	72
tramadol hydrochloride	40
tramadol hydrochloride er	39
tramadol hydrochloride/acetaminophen	40
trandolapril	10
trandolapril/verapamil hcl er	8
tranexamic acid	69
tranylcypromine sulfate	49
TRAVASOL	69
travoprost	33
trazodone hydrochloride	51
TRECATOR	52
TRELEGY ELLIPTA	35
TRESIBA	73
TRESIBA FLEXTOUCH	73
tretinoin	16
tretinoin	59
triamcinolone acetonide	17
triamcinolone acetonide	24
triamcinolone acetonide dental paste	15
triamterene	9
triamterene/hydrochlorothiazide	8
trientine hydrochloride	66
trifluoperazine hcl	60
trifluoperazine hydrochloride	60
trifluridine	33
trihexyphenidyl hydrochloride	4
TRIKAFTA	36
trimethoprim	43
trimipramine maleate	50
TRINTELLIX	51
tri-sprintec	22
TRIUMEQ	65
TRIUMEQ PD	65
trivora-28	22
TROPHAMINE	69
trospium chloride	20
TRULICITY	72
TRUMENBA	31
TRUQAP	58
TUKYSA	58
TURALIO	58
turqoz	22
TWINRIX	31
TYBOST	63
tydemy	23
TYENNE	27
TYPHIM VI	31
TYRVAYA	34
UBRELVY	4
UDENYCA	70
UDENYCA ONBODY	70
unithroid	25
ursodiol	18
ustekinumab	27
valacyclovir hydrochloride	63
VALCHLOR	53
valganciclovir	63
valganciclovir hydrochloride	63
valproic acid	49
valsartan	8
valsartan/hydrochlorothiazide	8
VALTOCO 10 MG DOSE	47

ID de formulario: 26452, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2026
Ultima actualización: 11/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página
VALTOCO 15 MG DOSE	47
VALTOCO 20 MG DOSE	47
VALTOCO 5 MG DOSE	47
valtya 1/35	23
valtya 1/50	23
vancomycin	43
vancomycin hcl	43
vancomycin hydrochloride	43
VANFLYTA	58
VAQTA	31
varenicline starting month	34
varenicline tartrate	34
varenicline tartrate continuing month	34
VARIVAX	31
VAXCHORA	31
velivet	23
VELPHORO	66
VEMLIDY	65
VENCLEXTA	58
VENCLEXTA STARTING PACK	58
venlafaxine hydrochloride	51
venlafaxine hydrochloride er	51
VENTAVIS	36
VEOZAH	14
verapamil hcl er	6
verapamil hcl sr	6
verapamil hydrochloride	6
verapamil hydrochloride er	6
verapamil hydrochloride sr	6
VERQUVO	10
VERSACLOZ	60
VERZENIO	58
vigabatrin	47
VIGAFYDE	47
vigpoder	47
vilazodone hydrochloride	51
VIMKUNYA	31
viorele	23
VIRACEPT	62
VIREAD	65
VITRAKVI	58
VIVITROL	34
VIVOTIF	31
VIZIMPRO	59
VONJO	54
VOQUEZNA	18
VOQUEZNA DUAL PAK	43
VOQUEZNA TRIPLE PAK	43
VORANIGO	54
voriconazole	52
VOSEVI	63
VOWST	18
VRAYLAR	62
VUMERITY	12
vyfemla	23
VYNDAMAX	8
VYZULTA	33
warfarin sodium	70
WELIREG	74
WINREVAIR	36
wixela inhub	35
WYOST	11
XALKORI	59
XARAH FE	23
XARELTO	70
XARELTO STARTER PACK	70
XATMEP	29
XCOPRI	47
XDEMVY	33
XELJANZ	27
XELJANZ XR	27
xelria fe	23
XERMELO	17
XIFAXAN	18
XIGDUO XR	72
XIIDRA	33
XOCOVA	65
XOFLUZA	63
XOLAIR	27
XOSPATA	59
XPOVIO	59
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	59
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	59
XTANDI	53
xulane	23
YERVOY	53
YESINTEK	27
YF-VAX	31
YONSA	53
yulithira	59

Nombre del medicamento	Página
yuvafem	23
zafemy	23
zafirlukast	37
zaleplon	14
ZARXIO	70
ZEJULA	59
ZELBORAF	59
zelvysia	74
ZENATANE	16
ZENBEXUS	54
ZENPEP	74
ZEPOSIA	12
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	12
zidovudine	65
ziprasidone hcl	62
ziprasidone mesylate	62
ZIRGAN	33
zoledronic acid	12
ZOLINZA	54
zolpidem tartrate	14
ZONISADE	48
zonisamide	48
ZOSYN	45
zovia 1/35	23
ZTALMY	47
ZURZUVAE	49
ZYDELIG	59
ZYKADIA	59
ZYPREXA RELPREVV	62

TUFTS Health Plan

a Point32Health company

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

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

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

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

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services 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. યોગ્ય ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Este formulario se actualizó el 11/01/2026. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred HMO al **1-800-701-9000** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o visite **www.thpmp.org**.

TUFTS Health Plan
1 Wellness Way
Canton, MA 02021

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad ni sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).
ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-670-5934 (TTY:711).