

2025

Tufts Health One Care  
(Medicare-Medicaid Plan)

# Lista de Medicamentos Cubiertos 2025

(Lista de medicamentos o formulario)

Formulary File Submission ID: 25504, Version 7  
Updated on 08/19/2024

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



a **Point32Health** company

H7419\_LOCD25\_Accepted

10012024

# LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY



a Point32Health company

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

## Tufts Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes: información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes: intérpretes capacitados e información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Health Plan a **855.393.3154**.

Si considera que Tufts Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

### **Tufts Health Plan**

Attention: Civil Rights Coordinator, Legal Dept.

1 Wellness Way

Canton, MA 02021-1166

Phone: 888.880.8699 ext. 48000, [TTY number— 866-930-9252]

Fax: 617.972.9048

Email: [OCRCoordinator@point32health.org](mailto:OCRCoordinator@point32health.org)

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el coordinador de derechos civiles con Tufts Health Plan está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

### **U.S. Department of Health and Human Services**

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

Phone: 800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>. [TuftsHealthOneCare.org](https://www.tuftshealthonecare.org) | **855.393.3154**

Podemos brindarle información en otros formatos, tales como Braille y letras grandes y también en diferentes idiomas si lo solicita.

# Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 855-393-3154 (TTY: 711), seven days a week, from 8 a.m. to 8 p.m. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Contamos con servicios gratuitos de interpretación para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para conseguir un intérprete, solo tiene que llamarnos al 855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Alguien que habla español podrá ayudarle. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费口译服务，可回答您关于我们健康或药品计划的任何问题。如需口译人员，敬请拨打 855-393-3154 (TTY: 711) 联系我们，服务时间为周一至周日早 8 点至晚 8 点。会讲普通话的工作人员将为您提供帮助。此服务免费。

**Chinese Cantonese:** 我們提供免費口譯服務來回答您對我們的健康或藥物計畫的疑問。如需口譯人員，請致電 855-393-3154 (TTY: 711) 聯絡我們，營業時間一週七天，早上 8 點至晚上 8 點。將有會說粵語的人士為您提供幫助。此為免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang mga katanungan na maaaring mayroon ka tungkol sa aming plano sa kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 855-393-3154 (TTY: 711), pitong araw sa isang linggo, mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Maaaring makatulong sa iyo ang isang taong nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

**French:** Nous mettons des services d'interprétation gratuits à votre disposition pour répondre aux questions que vous pourriez poser sur notre régime d'assurance-maladie ou de médicaments. Pour obtenir l'aide d'un interprète, appelez simplement le 855-393-3154 (TTY : 711), sept jours sur sept, de 8 a.m. à 8 p.m. Une personne parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào mà quý vị đặt ra về chương trình sức khỏe hay chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận người phiên dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 855-393-3154 (TTY: 711), bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Họ sẽ nói tiếng Việt để có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Wir stellen Ihnen einen kostenlosen Dolmetscherservice zur Verfügung, der Ihnen alle Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan beantwortet. Wenn Sie einen Dolmetscher benötigen, rufen Sie uns unter 855-393-3154 (TTY: 711) an, und zwar an sieben Tagen in der Woche von 8 bis 20 Uhr. Jemand, der Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 건강 또는 약품 플랜에 관한 문의에 답변해 드리기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역 서비스를 제공받으려면 요일에 상관 없이 오전 8시~오후 8시에 855-393-3154 (TTY: 711)로 전화해 주십시오. 한국어를 구사하는 직원이 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

**Russian:** Мы предоставляем бесплатную услугу устного перевода, чтобы ответить на вопросы о медицинской страховке или плане получения рецептурных препаратов. Чтобы вам предоставили переводчика, позвоните по телефону 855-393-3154 (TTY: 711). Операторы принимают звонки с 8 утра до 8 вечера, без выходных. Вам поможет сотрудник, говорящий на русском языке. Это — бесплатная услуга.

# Multi-language Interpreter Services

## Arabic:

لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للإجابة عن أي أسئلة قد تكون لديك حول خطتنا الصحية أو الدوائية. للحصول على مترجم فوري، فقط اتصل بنا على الرقم **855-393-3154** (بالنسبة لمستخدمي الهواتف النصية (TTY): 711)، على مدار سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. يمكن لشخص يتحدث اللغة العربية مساعدتك. هذه الخدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 855-393-3154 (TTY: 711), पर सप्ताह के सातों दिन, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक कॉल करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है वह आपकी सहायता कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Italian:** Disponiamo di servizi di interpretariato gratuito in merito al nostro piano sanitario e medicinale. Per richiedere un interprete, basta chiamare al numero 855-393-3154 (TTY: 711), 7 giorni su 7, dalle 8:00 alle 20:00. Una persona che parla italiano può aiutarla. Questo servizio è gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de intérpretes gratuitos para responder a quaisquer perguntas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou de medicamentos. Para obter um intérprete, basta contactar-nos através do número 855-393-3154 (TTY: 711), sete dias por semana, das 8h00 às 20h00. Alguém que fale português pode ajudá-lo. É um serviço gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèpretasyon gratis pou repons ak tout kesyon ou kapab genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou w kapab jwenn yon entèprèt, sèlman rele nou nan 855-393-3154 (TTY: 711), sèt jou sou sèt, sòti 8è nan maten rive 8è nan aswè. Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ap kapab ede w. Sa a se yon sèvis gratis.

**Polish:** Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który odpowie na wszelkie pytania związane z naszym planem zdrowotnym lub dotyczącym leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, wystarczy zadzwonić do pod numer 855-393-3154 (TTY: 711); usługa jest dostępna siedem dni w tygodniu w godzinach 8:00-20:00. Osoba mówiąca po polsku udzieli Ci pomocy. Jest to usługa bezpłatna.

**Japanese:** 医療保険や医薬品プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご希望の方は、855-393-3154までご連絡ください (TTY: 711)、午前8時から午後8時まで、年中無休で日本語でサポートします。これは無料のサービスです。

**Laotian:** ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນການສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບນາຍພາສາ, ພາຍໃຈຕໍ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 855-393-3154 (TTY: 711), ເຈັດມື້ຕໍ່ອາທິດ, ຈາກ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ເຮາມີຄົນທີ່ເວົ້າລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

**Cambodian:** យើងមានសេវាកម្មបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 855-393-3154 (TTY: 711) ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 ល្ងាច។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

# Tufts Health One Care | *Lista de medicamentos cubiertos para 2025 (Lista de medicamentos o formulario)*

## Introducción

Este documento se llama la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocido como *Lista de medicamentos*). Le informa sobre cuáles de sus medicamentos de receta y medicamentos de venta sin receta médica están cubiertos por Tufts Health One Care. La *Lista de medicamentos* también le notifica si hay reglas especiales o restricciones en algunos de los medicamentos cubiertos por Tufts Health One Care. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en el último capítulo del *Manual del miembro*.

## Tabla de contenidos

A. Declaraciones requeridas.....	ii
B. Preguntas frecuentes (FAQ).....	iii
B1. ¿Qué medicamentos de receta se encuentran en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Llamamos “ <i>Lista de medicamentos</i> ” a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> para abreviar.).....	iii
B2. ¿La <i>Lista de medicamentos</i> cambia alguna vez?.....	iv
B3. ¿Qué sucederá cuando haya un cambio en la <i>Lista de medicamentos</i> ?.....	v
B4. ¿La cobertura de medicamentos tiene alguna restricción o límite, o hay que hacer algo en particular para obtener ciertos medicamentos?.....	vi
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si tengo que hacer algo para obtenerlo?.....	vii
B6. ¿Qué sucederá si Tufts Health One Care cambia las reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa (PA) o aprobación, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)?.....	viii
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> ?.....	viii
B8. ¿Qué pasará si el medicamento que quiero tomar no está en la <i>Lista de medicamentos</i> ?.....	viii

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



B9. ¿Qué pasará si soy un miembro nuevo de Tufts Health One Care y no puedo encontrar mi medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> o tengo problemas para obtener mi medicamento?.....	ix
B10. ¿Puedo pedir al plan que haga una excepción para cubrir mi medicamento? .....	x
B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?.....	x
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?.....	x
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?.....	xi
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?.....	xi
B15. ¿Qué son los medicamentos de venta sin receta médica (OTC)?.....	xi
B16. ¿Tufts Health One Care cubre algún producto de venta sin receta médica que no sea un medicamento?.....	xii
B17. ¿Tufts Health One Care cubre suministros de recetas a largo plazo? .....	xii
B18. ¿Puedo hacer que envíen los medicamentos de receta a mi casa desde mi farmacia local?.....	xii
B19. ¿Cuánto es mi copago? .....	xii
B20. ¿Qué son los niveles de medicamentos?.....	xii
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> .....	xiii
C1. Medicamentos agrupados por tipos de enfermedades.....	xv
D. Índice de medicamentos cubiertos .....	77

---

## A. Declaraciones requeridas

Esta es una lista de medicamentos que los miembros pueden obtener en Tufts Health One Care.

- ❖ Tufts Health One Care es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y MassHealth (Medicaid) para proporcionar los beneficios de los dos programas a los miembros.
- ❖ El formulario y la red de farmacias o proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



- ❖ Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ❖ Usted siempre puede verificar la Lista de Medicamentos Cubiertos actualizada de Tufts Health One Care por internet en [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org) o llamando al 1-855-393-3154 (TTY: 711), siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
- ❖ Puede obtener este documento gratis en otros formatos, por ejemplo, en letra grande, formatos que funcionen con tecnología de lector de pantalla, braille o audio. Llame al al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
- ❖ Este documento está disponible de manera gratuita en Inglés, Español, Camboyano, Chino, Criollo Haitiano, Laosiano, Portugués, Ruso, y Vietnamita.
- ❖ Llame para solicitar materiales en idiomas que no sean inglés o en un formato alternativo. También puede pedir que se conserve su solicitud para futuros envíos por correo en el idioma o formato alternativo. De este modo, no será necesario que presente una solicitud individual en cada oportunidad. Puede comunicarse con Servicios para miembros para modificar su solicitud permanente de idioma o formato preferido.

---

## B. Preguntas frecuentes (FAQ)

Aquí encontrará las respuestas a las preguntas que pueda tener sobre esta *Lista de medicamentos cubiertos*. Para obtener más información o buscar preguntas y respuestas, usted puede leer todas las Preguntas frecuentes.

---

### B1. ¿Qué medicamentos de receta se encuentran en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Llamamos “*Lista de medicamentos*” a la *Lista de medicamentos cubiertos* para abreviar.)

Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* en la sección C son los medicamentos cubiertos por Tufts Health One Care. Los medicamentos están disponibles en las farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si tenemos un acuerdo con ellos para que pueda trabajar con nosotros y pueda proporcionarle servicios a usted. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

- Tufts Health One Care cubrirá todos los medicamentos de la *Lista de medicamentos*, si:
  - su médico u otro profesional autorizado dice que usted los necesita para mejorar o para seguir sano,
  - Tufts Health One Care está de acuerdo con que el medicamento es medicamento necesario para usted, y

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



- usted surte la receta en una farmacia de la red de Tufts Health One Care.
- En algunos casos, usted tendrá que hacer algo antes de poder obtener un medicamento (consulte la pregunta B4 de abajo).

Usted puede también consultar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org). o llamando a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

---

## **B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?**

Sí, y Tufts Health One Care debe seguir las reglas de Medicare y MassHealth cuando se realicen los cambios. Podríamos agregar o quitar medicamentos de la *Lista de Medicamentos* durante el año.

También podríamos cambiar nuestras reglas sobre algunos medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir requerir o no requerir aprobación previa (PA) para algún medicamento. (La PA es el permiso de Tufts Health One Care antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Aumentar o reducir la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (llamado límite de cantidad).
- Agregar o cambiar restricciones a la terapia escalonada de un medicamento. (Terapia escalonada significa que usted podría tener que probar un medicamento antes que cubramos otro medicamento.)

Para obtener más información acerca de estas restricciones, consulte la pregunta B4.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **principio** del año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- salga al mercado un medicamento nuevo y más barato que funcione tan bien como un medicamento en la Lista de medicamentos actual, **o**
- nos demos cuenta de que un medicamento no es seguro, **o**
- un medicamento sea retirado del mercado.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).





Las preguntas B3 y B6 de abajo contienen más información sobre lo que sucederá cuando la *Lista de medicamentos* cambie.

- Usted siempre puede leer la *Lista de medicamentos* actualizada de Tufts Health One Care en Internet, en [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org). Las actualizaciones de la *Lista de medicamentos* se publican cada mes en nuestro sitio web.
- También puede llamar a Servicios al miembro para revisar la *Lista de medicamentos* actual al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

---

### **B3. ¿Qué sucederá cuando haya un cambio en la *Lista de medicamentos*?**

Algunos cambios a la *Lista de medicamentos* ocurren **de inmediato**. Por ejemplo:

- **Sustitutos de nuevas versiones de medicamentos.** Podemos eliminar inmediatamente los medicamentos de la *Lista de medicamentos* si los reemplazamos con ciertas versiones de ese medicamento, pero su gasto para el medicamento nuevo seguirá siendo el mismo. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento, podemos también decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus reglas de cobertura o sus límites.
  - Es posible que no le informemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez realizado.
  - Podemos hacer estos cambios solo si el medicamento que agregamos:
    - Es una nueva versión genérica de un medicamento de marca o
    - Es una cierta versión biosimilar nueva de productos biológicos originales de la *Lista de medicamentos* (por ejemplo, si agregamos un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original sin una receta nueva).
  - Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la Sección B14.
  - Usted o su proveedor pueden pedir una “excepción” de estos cambios. Le mandaremos un aviso con los pasos que puede tomar para pedir una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte la pregunta B10.
- **Un medicamento se retira del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que un medicamento que usted está tomando no es seguro o eficaz, o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado,

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).

08/19/2024



podemos eliminarlo inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Le enviaremos un aviso después de hacer el cambio si usted está tomando el medicamento. Llame a su médico u otro profesional que escribe recetas para considerar medicamentos alternativos y pedir una nueva receta.

**Es posible que hagamos otros cambios que pueden afectar a los medicamentos que usted toma.** Le informaremos por adelantado sobre estos cambios en la *Lista de medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA provee nuevas guías o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Eliminamos un medicamento de marca de la *Lista de medicamentos* al agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, o
- eliminamos un producto biológico original al agregar un biosimilar, o
- cambiamos las reglas de cobertura o los límites para el medicamento de marca.
- Cuando sucedan estos cambios:
  - le informaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio en la *Lista de medicamentos*, o
  - le informaremos y le proporcionaremos un suministro para 30 días del medicamento luego de que usted solicite un nuevo surtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional autorizado, que pueden ayudarlo a decidir:

- si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que usted puede tomar en su lugar ○
- si debe pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte la pregunta B10.

---

#### **B4. ¿La cobertura de medicamentos tiene alguna restricción o límite, o hay que hacer algo en particular para obtener ciertos medicamentos?**

Sí, algunos medicamentos tienen reglas de cobertura o tienen límites de cantidad que usted puede obtener. En algunos casos, usted o su médico u otro profesional autorizado tendrán que hacer algo antes de poder obtener el medicamento. Por ejemplo:

- **Autorización previa (PA) o aprobación:** En el caso de algunos medicamentos, su médico u otro profesional deben obtener una PA por parte de Tufts Health One Care antes de hacer una receta. Tufts Health One Care podría no cubrir el medicamento si usted no consigue la aprobación.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



- **Límites de cantidad:** A veces Tufts Health One Care limita la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
- **Terapia escalonada:** A veces Tufts Health One Care exige que usted siga una terapia escalonada. Esto significa que usted tendrá que probar los medicamentos para su enfermedad en un cierto orden. Usted podría tener que probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si a su proveedor le parece que el primer medicamento no funciona para usted, entonces cubriremos el segundo.

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 la glucosa (CGM por su siglas en inglés) están cubiertos por el beneficio médico del plan en las farmacias minoristas o de venta por correo participantes. Cubrimos:

- Tiras reactivas OneTouch
- Medidores OneTouch (cantidad límite: 1 medidor por 180 días)
- Los productos Dexcom y FreeStyle Libre que Medicare considera equipos médicos duraderos (DME por sus siglas en inglés) (Requiere autorización previa.)

Para averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional, consulte las tablas que comienzan en la sección C. Usted también puede obtener más información visitando nuestro sitio web en [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org). Tenemos en internet documentos que explican nuestras restricciones de PA y de terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

**Usted puede pedir una excepción a esos límites.** Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional autorizado, Él podrá ayudarlo a decidir si hay algún otro medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que usted puede tomar en su lugar o si tiene que pedir una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

---

## **B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si tengo que hacer algo para obtenerlo?**

La tabla de medicamentos en la sección C tiene una columna llamada “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso”.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](http://TuftsHealthOneCare.org).



---

**B6. ¿Qué sucederá si Tufts Health One Care cambia las reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa (PA) o aprobación, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)?**

En algunos casos, le avisaremos por adelantado si agregamos o cambiamos requisitos de PA, límites de cantidad y restricciones de terapia escalonada a un medicamento. Para obtener más información sobre este aviso por adelantado y sobre las situaciones en las cuales no le notificaremos por adelantado cuando cambiemos nuestras reglas sobre medicamentos en la *Lista de medicamentos*, consulte la pregunta B3.

---

**B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la *Lista de medicamentos*?**

Hay dos maneras de encontrar un medicamento:

- Puede buscar por orden alfabético, por el nombre del medicamento o
- Puede buscar por enfermedad.

Para buscar **en orden alfabético**, vaya al índice de la sección Medicamentos cubiertos. Usted puede encontrarlo en la Sección D.

Para buscar **por enfermedad**, busque la sección titulada “Medicamentos agrupados por tipos de enfermedades” en la sección C. Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías, de acuerdo con el tipo de enfermedades para las que se usan como tratamiento. Por ejemplo, si usted tiene una enfermedad del corazón, debe buscar en la categoría “Medicamentos cardiovasculares”. Ahí encontrará los medicamentos que traten enfermedades del corazón.

---

**B8. ¿Qué pasará si el medicamento que quiero tomar no está en la *Lista de medicamentos*?**

Si usted no encuentra su medicamento en la *Lista de medicamentos*, llame a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. y pregunte por él. Si se entera de que Tufts Health One Care no cubrirá el medicamento, usted puede hacer lo siguiente:

- Pedir a Servicios al miembro una lista de medicamentos similares al que quiere tomar. Luego, muestre la lista a su médico u otro profesional autorizado. Este podrá recetarle un medicamento similar al de la *Lista de medicamentos* que usted quiere tomar. **O**
- Pedir al plan de salud que haga una excepción para cubrir su medicamento. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://www.tuftshealthonecare.org).



---

## **B9. ¿Qué pasará si soy un miembro nuevo de Tufts Health One Care y no puedo encontrar mi medicamento en la *Lista de medicamentos* o tengo problemas para obtener mi medicamento?**

Podemos ayudarle. Podríamos cubrir su medicamento temporariamente con un suministro de 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días que usted sea miembro de Tufts Health One Care. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional autorizado, Él podrá ayudarlo a decidir si hay algún otro medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que usted puede tomar en su lugar o si tiene que pedir una excepción.

Si su receta es para menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionarle hasta un máximo de 30 días de medicamento.

Cubriremos un suministro de 30 días de su medicamento si:

- usted está tomando algún medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o
- las reglas del plan de salud no le permiten obtener la cantidad recetada por su profesional autorizado o
- el medicamento requiere PA de Tufts Health One Care o
- usted toma algún medicamento que forma parte de una restricción de terapia escalonada.

Si está tomando un medicamento que Tufts Health One Care no considera como medicamento de la Parte D, usted tendrá derecho a obtener un suministro único del medicamento para 72 horas. Puede encontrar más información sobre cómo obtener un suministro temporal de un medicamento en el Capítulo 5 de su *Manual del miembro*.

Si usted está en un hogar para personas de la tercera edad u otro centro de cuidado a largo plazo, y necesita un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos* o si no puede obtener fácilmente el medicamento que necesita, podemos ayudarle. Si usted ha estado en el plan por más de 90 días, vive en una institución de cuidado a largo plazo y necesita su suministro de inmediato:

- Le cubriremos un suministro de 31 días del medicamento que necesite (a menos que tenga una receta para menos días), aunque sea o no sea un nuevo miembro de Tufts Health One Care.
- Esto es adicional al suministro temporal durante sus primeros 90 días que sea un miembro de Tufts Health One Care.

Por esta vez, el surtido temporal del medicamento sin cobertura le da tiempo de conversar sobre un plan de transición con el médico. Su médico también puede solicitar una excepción a la

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



cobertura del medicamento no cubierto basado en la revisión de la necesidad médica luego del proceso estándar de excepción indicado anteriormente.

Tal como se mencionó anteriormente, el surtido temporal será, por lo general, un suministro de hasta 31 días, pero se podría extender para darles tiempo a usted y al médico para administrar las complejidades de múltiples medicamentos o cuando existan circunstancias especiales. Usted puede solicitar una receta transitoria llamando al departamento de servicios para miembros de Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

---

## **B10. ¿Puedo pedir al plan que haga una excepción para cubrir mi medicamento?**

Sí. Usted puede pedirle a Tufts Health One Care que haga una excepción para cubrir su medicamento si no está en la *Lista de medicamentos*.

Usted también puede pedirnos un cambio a las reglas de su medicamento.

- Por ejemplo, Tufts Health One Care podría limitar la cantidad que cubriremos de un medicamento. Si su medicamento tiene un límite, usted puede pedirnos que quitemos el límite y que cubramos más.
- Otros ejemplos: Usted puede pedirnos que quitemos las restricciones de terapia escalonada o los requisitos de PA.

---

## **B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?**

Para pedir una excepción, llame a Servicios al miembro. Un representante de Servicios al miembro trabajará con usted y su proveedor para ayudarle a pedir una excepción. También puede consultar el Capítulo 9 del *Manual del miembro* para obtener más información sobre excepciones.

---

## **B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?**

Tras recibir una declaración de su profesional autorizado apoya su petición de una excepción, le comunicaremos nuestra decisión al respecto en un plazo de 72 horas. Para presentar una solicitud, su proveedor o usted puede solicitar una excepción de cobertura por correo, fax, comunicándose con Servicios para Miembros o enviando una solicitud a través del sitio web de Tufts Health One Care.

### **Correo:**

Tufts Health Plan  
ATTN: Pharmacy Utilization Management Department  
1 Wellness Way  
Canton, MA 02021

**Fax:** 617-673-0956

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



**Servicios para Miembros:** 1-855-393-3154 (TTY: 711) los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

**Sitio web de Tufts Health One Care:** [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org)

Si usted o su profesional autorizado piensan que su salud podría deteriorarse si tiene que esperar 72 horas para obtener una decisión, entonces usted puede pedir una excepción acelerada (una decisión más rápida). Si su profesional autorizado apoya su petición, le daremos una decisión a más tardar 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su profesional autorizado.

---

### **B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?**

Los medicamentos genéricos están hechos con los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente cuestan menos que los medicamentos de marca y suelen funcionar igual de bien. En general, no tienen marcas tan conocidas. Los medicamentos genéricos son aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. En general, los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por los medicamentos de marca en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, según las leyes de cada estado.

Tufts Health One Care cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

---

### **B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?**

Cuando hablamos de medicamentos, esto puede hacer referencia a un fármaco o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos comunes. Es por esto que, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas que se denominan biosimilares. En general, los biosimilares funcionan igual de bien que los productos biológicos originales y pueden costar menos. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes de cada estado, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 5 del *Manual del miembro*.

---

### **B15. ¿Qué son los medicamentos de venta sin receta médica (OTC)?**

OTC quiere decir “medicamentos de venta sin receta médica”. Tufts Health One Care cubre algunos medicamentos de venta sin receta médica cuando son recetados por su proveedor.

Usted puede leer la *Lista de medicamentos* de Tufts Health One Care para averiguar qué medicamentos de venta sin receta médica están cubiertos.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



---

## **B16. ¿Tufts Health One Care cubre algún producto de venta sin receta médica que no sea un medicamento?**

Tufts Health One Care cubre algunos productos de venta sin receta médica que no son medicamentos cuando son recetados por su proveedor.

Ejemplos de productos de venta sin receta médica que no son medicamentos incluyen gases y suplementos vitamínicos.

Usted puede leer la *Lista de medicamentos* de Tufts Health One Care para averiguar qué productos de venta sin receta médica que no son medicamentos están cubiertos.

---

## **B17. ¿Tufts Health One Care cubre suministros de recetas a largo plazo?**

- **Programas de pedidos por correo.** Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite obtener suministros de sus medicamentos de receta de hasta 90 días, enviados directamente a su hogar. No se aplicará un copago al suministro para 90 días ni para un mes.
  - **Programas de farmacias minoristas de 90 días.** Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer un suministro de hasta 90 días de medicamentos de receta cubiertos. No se aplicará un copago al suministro para 90 días ni para un mes.
- 

## **B18. ¿Puedo hacer que envíen los medicamentos de receta a mi casa desde mi farmacia local?**

Es posible que su farmacia local pueda enviar su medicamento de receta a su casa. Usted puede llamar a su farmacia para verificar si le ofrecen entrega a domicilio.

---

## **B19. ¿Cuánto es mi copago?**

Los miembros de Tufts Health One Care no tienen copagos por medicamentos de receta y medicamentos de venta sin receta médica (OTC), siempre y cuando el miembro siga las reglas del plan.

---

## **B20. ¿Qué son los niveles de medicamentos?**

Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra Lista de medicamentos.

- Los medicamentos de Nivel 1 son medicamentos vacunos.
  - Los medicamentos de nivel 2 son medicamentos genéricos.
  - Los medicamentos de nivel 3 son medicamentos de marca.
- 

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).





- Los medicamentos de nivel 4 son medicamentos de venta libre cubierto por MassHealth.

Tenga en cuenta lo siguiente: Ninguno de los niveles tiene copago.

---

## C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La siguiente *lista de medicamentos cubiertos* le da información sobre los medicamentos cubiertos por Tufts Health One Care. Si usted tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la sección D. El índice alfabético enumera todos los medicamentos cubiertos por Tufts Health One Care.

La primera columna de la tabla contiene el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están escritos en mayúsculas (p. ej.: ENTRESTO) y los medicamentos genéricos están escritos en cursivas minúsculas (p. ej.: lisinopril).

La información de la columna titulada “medidas necesarias, restricciones o límites de uso” le indica si Tufts Health One Care tiene alguna regla para cubrir su medicamento.

**Nota:** El símbolo “EC” (Enhanced Coverage) junto a un medicamento significa que el medicamento no es un “Medicamento de la Parte D”. La cantidad que usted paga cuando surta una receta de este medicamento no cuenta en el costo total de sus medicamentos (o sea, la cantidad que usted paga no le ayuda para cumplir con los requisitos para la cobertura catastrófica).

- Además, si recibe Ayuda adicional para pagar sus recetas, usted no recibirá ninguna Ayuda adicional para pagar estos medicamentos. Para obtener más información sobre Ayuda adicional, consulte la información del recuadro a continuación.

**Ayuda adicional** es un programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a reducir sus gastos en medicamentos de receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. Ayuda adicional también se llama “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

- Estos medicamentos tienen reglas diferentes para las apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos alguna decisión que hayamos tomado sobre su cobertura y que la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted quiere ya no está cubierto por Medicare o MassHealth.
- Si usted o la persona que le receta sus medicamentos no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



- Si en algún momento tiene una pregunta, llame a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede enterarse de cómo apelar una decisión en el Capítulo 9 del *Manual del miembro*.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



---

## C1. Medicamentos agrupados por tipos de enfermedades

Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías, de acuerdo con el tipo de enfermedades para las que se usan como tratamiento. Por ejemplo, si usted tiene una enfermedad del corazón, debe buscar en la categoría Medicamentos cardiovasculares. Ahí encontrará los medicamentos que traten enfermedades del corazón.

Estos son los significados de los códigos usados en la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso”:

QL (por sus siglas en inglés) = Límite de cantidad: Esto limita el suministro del medicamento que usted puede obtener.

NEDS (por sus siglas en inglés) = Medicamento suministrado sin extensión: Para poder reducir los costos de los medicamentos, ciertos medicamentos de alto costo se limitarán a una cantidad de 30 días por receta.

PA (por sus siglas en inglés) = Autorización previa (aprobación): usted debe tener aprobación del plan antes de poder obtener este medicamento.

PA BvD (por sus siglas en inglés) = Estos medicamentos necesitan una autorización previa para determinar la cobertura adecuada según Medicare Parte B o Parte D.

PA NSO (por sus siglas en inglés) = La restricción de autorización previa solo aplica si es un miembro nuevo o si ha tomado este medicamento antes.

SP (por sus siglas en inglés) = Disponible a través de un proveedor designado especial de farmacia. Usted tiene la opción de obtener este medicamento a través de un proveedor de farmacia de especialidades. Estas farmacias se especializan en suministrar una cantidad selecta de medicamentos directamente a nuestros miembros. Proveen entrega gratuita a su domicilio, apoyo educacional 24/7 por teléfono, apoyo de enfermeras y farmacéuticos y colaborarán estrechamente con su médico. Los medicamentos incluyen, pero no se limitan, a medicamentos usados en el tratamiento de la esclerosis múltiple, hepatitis C, artritis reumatoide y cánceres tratados con medicamentos administrados por vía oral.

ST (por sus siglas en inglés) = Terapia escalonada: usted tiene que probar otro medicamento, antes de poder utilizar este.

ST NSO = La 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.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



# Medicamentos agrupados por tipos de enfermedades

Agentes antidemencia.....	3
Agentes antiespásticos.....	3
Agentes antiyaquecosos .....	3
Agentes antimiaasténicos.....	4
Agentes antiparkinsonianos .....	4
Agentes cardiovasculares .....	4
Agentes de antigout.....	9
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal .....	9
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas .....	10
Agentes del sistema nervioso central .....	10
Agentes del trastorno del sueño .....	12
Agentes dentales y orales .....	13
Agentes dermatológicos .....	13
Agentes gastrointestinales.....	16
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) .....	23
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides).....	24
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria).....	24
Agentes inmunológicos .....	25
Agentes oftálmicos .....	30
Agentes para la bipolaridad.....	32
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción .....	32
Agentes para vías respiratorias/pulmonares.....	33
Agentes Terapéuticos, Misceláneos .....	38
Agentes óticos.....	40
Analgésicos .....	40
Anestésicos.....	43
Ansiolíticos .....	44
Antibacterianos .....	44
Anticonvulsivos .....	48
Antidepresivos .....	50
Antidepressants.....	50
Antieméticos .....	51
Antimicobacterianos.....	52
Antimicóticos .....	52
Antineoplásicos.....	53
Antiparasitarios .....	61
Antipsicóticos .....	61

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Antivírico .....	63
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas .....	66
Productos y modificadores sanguíneos .....	72
Reguladores de la glucemia .....	73
Relajantes musculares esqueléticos .....	75
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento .....	75

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<b>Agentes antidemencia</b>		
<i>Agentes antidemencia, otros</i>		
NAMZARIC	3	
<b>Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspártico (NMDA)</b>		
<i>memantine hcl titration pak</i>	2	
<i>memantine hydrochloride er</i>	2	
<i>memantine hydrochloride soln, tabs</i>	2	
<b>Inhibidores de la colinesterasa</b>		
<i>donepezil hcl tbdp</i>	2	
<i>donepezil hcl tabs 10mg, 23mg</i>	2	
<i>donepezil hydrochloride tabs 5mg</i>	2	
<i>galantamine hydrobromide er</i>	2	
<i>galantamine hydrobromide soln, tabs</i>	2	
<i>rivastigmine tartrate</i>	2	
<i>rivastigmine transdermal system</i>	2	
<b>Agentes antiespásticos</b>		
<i>Agentes antiespásticos</i>		
<i>baclofen</i>	2	
<i>dantrolene sodium</i>	2	
<i>tizanidine hcl</i>	2	
<i>tizanidine hydrochloride</i>	2	
<b>Agentes antijaquecosos</b>		
<b>Agonista de receptores de serotonina (5-HT)</b>		
<i>naratriptan hcl</i>	2	
<i>rizatriptan benzoate</i>	2	
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	2	
<i>sumatriptan succinate refill inj 6mg/0.5ml</i>	2	
<i>sumatriptan succinate inj, tabs</i>	2	
<i>sumatriptan soln</i>	2	
<b>Alcaloides del cornezuelo</b>		
<i>dihydroergotamine mesylate soln</i>	2	QL(8 ML por 30 días); NEDS
<i>ergotamine tartrate/cafeine</i>	2	
<b>Antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene)</b>		
AIMOVIG	3	QL(1 ML por 30 días); PA
EMGALITY INJ 120MG/ML	3	QL(2 ML por 30 días); PA
EMGALITY INJ 100MG/ML	3	QL(3 ML por 30 días); PA

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
NURTEC	3	PA
UBRELVY	3	PA
<b>Profiláctico</b>		
<i>timolol maleate tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
<b>Agentes antimiasmáticos</b>		
<b>Parasimpaticomiméticos</b>		
<i>pyridostigmine bromide er</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide tabs 60mg</i>	2	
<b>Agentes antiparkinsonianos</b>		
<b>Agentes antiparkinsonianos, otros</b>		
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	2	
<i>entacapone</i>	2	
<b>Agonistas de la dopamina</b>		
<i>bromocriptine mesylate caps, tabs</i>	2	
KYNMOBI	3	NEDS
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2	
<i>ropinirole er</i>	2	
<i>ropinirole hcl tabs 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	2	
<i>ropinirole hydrochloride tabs 0.25mg, 3mg</i>	2	
<b>Anticolinérgicos</b>		
<i>benztropine mesylate tabs</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hcl soln</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	2	
<b>Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)</b>		
<i>rasagiline mesylate tabs</i>	2	
<i>selegiline hcl caps, tabs</i>	2	
<b>Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos</b>		
<i>carbidopa/levodopa</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa er</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	2	
<i>carbidopa tabs</i>	2	
<b>Agentes cardiovasculares</b>		
<b>Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa</b>		
<i>prazosin hydrochloride caps</i>	2	
<b>Agentes bloqueantes adrenérgicos beta</b>		
<i>acebutolol hydrochloride</i>	2	
<i>atenolol tabs</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate</i>	2	
<i>carvedilol</i>	2	
<i>labetalol hydrochloride tabs</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metoprolol succinate er</i>	2	
<i>metoprolol tartrate tabs</i>	2	
<i>nadolol tabs 20mg, 40mg, 80mg</i>	2	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	2	
<i>pindolol tabs</i>	2	
<i>propranolol hcl er cp24 120mg, 160mg</i>	2	
<i>propranolol hcl soln</i>	2	
<i>propranolol hcl tabs 40mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride er cp24 60mg, 80mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	2	
<b>Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas</b>		
<i>amlodipine besylate tabs</i>	2	
<i>felodipine er</i>	2	
<i>nifedipine er</i>	2	
<i>nimodipine caps</i>	2	
<b>Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas</b>		
<i>cartia xt</i>	2	
<i>dilt-xr</i>	2	
<i>diltiazem hcl cd</i>	2	
<i>diltiazem hcl er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er cp12</i>	2	
<i>diltiazem hcl er tb24 300mg, 360mg, 420mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl tabs 30mg, 60mg, 90mg</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er cp24</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er tb24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride tabs 120mg</i>	2	
<i>matzim la</i>	2	
<i>taztia xt</i>	2	
<i>tiadylt er</i>	2	
<i>verapamil hcl er cp24 100mg, 300mg</i>	2	
<i>verapamil hcl er tbc 120mg, 240mg</i>	2	
<i>verapamil hcl sr cp24</i>	2	
<i>verapamil hcl tabs 40mg, 80mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride er cp24 200mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride er tbc 180mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride tabs 120mg</i>	2	
<b>Agentes cardiovasculares, otros</b>		
<i>aliskiren</i>	2	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	2	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	2	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	2	
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg; 160mg, 10mg; 25mg; 160mg, 5mg; 12.5mg; 160mg, 5mg; 25mg; 160mg</i>	2	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	2	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	2	
<b>CORLANOR</b>	3	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	2	
<b>ENTRESTO</b>	3	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>ivabradine hydrochloride</i>	2	
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>metyrosine</i>	2	NEDS
<b>NIACIN FLUSH FREE CAPS 500MG</b>	4	EC
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>pentoxifylline er</i>	2	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>ranolazine er</i>	2	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	2	
<b>TEKTRNA HCT TABS 150MG; 12.5MG, 300MG; 12.5MG, 300MG; 25MG</b>	3	
<i>telmisartan/amlodipine</i>	2	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	2	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide caps 25mg; 37.5mg</i>	2	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tabs</i>	2	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	2	
<b>Agonistas adrenérgicos alfa</b>		
<i>clonidine</i>	2	
<i>clonidine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>droxidopa</i>	2	PA; NEDS
<i>midodrine hcl</i>	2	
<b>Antagonistas de los receptores de la angiotensina II</b>		

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>candesartan cilexetil</i>	2	
<i>irbesartan</i>	2	
<i>losartan potassium tabs</i>	2	
<i>olmesartan medoxomil tabs</i>	2	
<i>telmisartan</i>	2	
<i>valsartan tabs</i>	2	
<b>Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides</b>		
<i>eplerenone</i>	2	
KERENDIA	3	PA
<i>spironolactone tabs</i>	2	
<b>Antiarrítmicos</b>		
<i>amiodarone hydrochloride tabs</i>	2	
<i>digitek tabs 0.125mg, 0.25mg</i>	2	
<i>digoxin oral soln</i>	2	
<i>digoxin inj 0.25mg/ml</i>	2	
<i>digoxin tabs 125mcg, 250mcg</i>	2	
<i>dofetilide</i>	2	
<i>flecainide acetate</i>	2	
<i>mexiletine hcl</i>	2	
MULTAQ	3	
<i>propafenone hcl</i>	2	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	2	
<i>quinidine gluconate cr</i>	2	
<i>quinidine sulfate tabs</i>	2	
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol hcl</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	2	
<b>Dislipídemicos, derivados del ácido fíbrico</b>		
<i>fenofibrate micronized caps 134mg, 200mg, 67mg</i>	2	
<i>fenofibrate caps 130mg, 150mg, 43mg, 50mg</i>	2	
<i>fenofibrate tabs 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	2	
<i>fenofibric acid dr</i>	2	
<i>gemfibrozil tabs</i>	2	
<b>Dislipídemicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa</b>		
<i>atorvastatin calcium</i>	2	
FLOLIPID	3	
<i>fluvastatin</i>	2	
<i>fluvastatin sodium er</i>	2	
<i>lovastatin tabs</i>	2	
<i>pitavastatin calcium</i>	2	
<i>pravastatin sodium</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>rosuvastatin calcium tabs</i>	2	
<i>simvastatin tabs</i>	2	
<b>Dislipidémicos, otros</b>		
<i>cholestyramine light</i>	2	
<i>cholestyramine pack, powd</i>	2	
<i>colestipol hcl</i>	2	
<i>ezetimibe</i>	2	
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	2	
<i>icosapent ethyl</i>	2	
<i>niacin er</i>	2	
NIACIN FLUSH FREE CAPS 100MG; 400MG	4	EC
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	2	
PRALUENT	3	PA
<i>prevalite powd</i>	2	
<i>prevalite pack</i>	3	
REPATHA	3	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	3	PA
REPATHA SURECLICK	3	PA
<b>Diuréticos, ahorrador de potasio</b>		
<i>amiloride hcl tabs</i>	2	
<i>triamterene caps</i>	2	
<b>Diuréticos, evacuación</b>		
<i>bumetanide inj, tabs</i>	2	
<i>ethacrynic acid tabs</i>	2	
<i>furosemide inj, oral soln, tabs</i>	2	
<i>toremide tabs</i>	2	
<b>Diuréticos, tiazida</b>		
<i>chlorthalidone tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide caps, tabs</i>	2	
<i>indapamide tabs</i>	2	
<i>metolazone</i>	2	
<b>Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)</b>		
<i>benazepril hcl tabs 10mg, 40mg, 5mg</i>	2	
<i>benazepril hydrochloride tabs 20mg</i>	2	
<i>captopril tabs</i>	2	
<i>enalapril maleate tabs</i>	2	
<i>fosinopril sodium</i>	2	
<i>lisinopril tabs</i>	2	
<i>moexipril hcl</i>	2	
<i>perindopril erbumine</i>	2	
<i>quinapril hydrochloride</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ramipril</i>	2	
<i>trandolapril</i>	2	
<b><i>Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT)</i></b>		
FARXIGA	3	
JARDIANCE	3	
<b><i>Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso</i></b>		
<i>isosorbide dinitrate tabs</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	2	
<i>nitroglycerin transdermal</i>	2	
<i>nitroglycerin soln 0.4mg/spray</i>	2	
<i>nitroglycerin subl 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	2	
VERQUVO	3	
<b><i>Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial</i></b>		
<i>hydralazine hcl tabs 10mg</i>	2	
<i>hydralazine hydrochloride tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>minoxidil tabs</i>	2	
<b>Agentes de antigout</b>		
<b><i>Agentes de antigout</i></b>		
<i>allopurinol</i>	2	
<i>colchicine</i>	2	
GLOPERBA	3	
<i>probenecid</i>	2	
<i>probenecid/colchicine</i>	2	
<b>Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal</b>		
<b><i>Aminosalicilatos</i></b>		
<i>balsalazide disodium</i>	2	
<i>mesalamine dr</i>	2	
<i>mesalamine er</i>	2	
<i>mesalamine enem, kit, supp</i>	2	
<i>sulfasalazine tabs, tbec</i>	2	
<b><i>Glucocorticoides</i></b>		
<i>budesonide er</i>	2	NEDS
<i>budesonide cpep 3mg</i>	2	
<i>budesonide foam 2mg</i>	2	
CORTIFOAM FOAM	3	
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone enem 100mg/60ml</i>	2	
<i>procto-med hc</i>	2	
<i>proctosol hc</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>proctozone-hc</i>	2	
<b>Agentes de las enfermedades óseas metabólicas</b>		
<i>Agentes de las enfermedades óseas metabólicas</i>		
<i>alendronate sodium</i>	2	
<i>calcitonin salmon</i>	2	
<i>calcitonin-salmon</i>	2	
<i>calcitriol caps 0.25mcg, 0.5mcg</i>	2	
<i>calcitriol soln 1mcg/ml</i>	2	
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	2	
<i>paricalcitol</i>	2	
PROLIA	3	PA
RAYALDEE	3	NEDS
<i>risedronate sodium</i>	2	
<i>risedronate sodium dr</i>	2	
<i>teriparatide</i>	2	PA; NEDS
XGEVA	3	PA; NEDS
<i>zoledronic acid</i>	2	
<b>Agentes del sistema nervioso central</b>		
<i>Agentes de esclerosis múltiple</i>		
AVONEX PEN	3	NEDS; SP-Optum Specialty
AVONEX INJ 30MCG/0.5ML	3	NEDS; SP-Optum Specialty
BETASERON	3	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>dalfampridine er</i>	2	SP-Optum Specialty
<i>dimethyl fumarate</i>	2	SP-Optum Specialty
<i>fingolimod hydrochloride</i>	2	NEDS
<i>glatiramer acetate inj 40mg/ml</i>	2	QL(12 ML por 28 días); NEDS
<i>glatiramer acetate inj 20mg/ml</i>	2	QL(30 ML por 30 días); NEDS
KESIMPTA	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT	3	NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT STARTER PACK TBPK 0.25MG	3	NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT STARTER PACK TBPK 0.25MG	3	SP-Optum Specialty
PLEGRIDY	3	NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
PLEGRIDY STARTER PACK	3	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF	3	ST NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF REBIDOSE	3	ST NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	3	ST NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF TITRATION PACK	3	ST NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>teriflunomide</i>	2	
VUMERITY	3	NEDS; SP-Optum Specialty
ZEPOSIA	3	NEDS
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	3	NEDS
ZEPOSIA STARTER KIT	3	NEDS
<b>Agentes de fibromialgia</b>		
SAVELLA	3	
SAVELLA TITRATION PACK	3	
<b>Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas</b>		
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	2	
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	2	
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	2	
<b>Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas</b>		
<i>atomoxetine hydrochloride caps 10mg, 25mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 100mg, 80mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 18mg, 40mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonidine hydrochloride er</i>	2	
<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 20mg, 35mg</i>	2	
<i>dexmethylphenidate hcl tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 15mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	2	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride cp24</i>	2	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tabs 2.5mg</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	2	QL(90 EA por 90 días)
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride cd cpcr 10mg, 20mg, 30mg, 50mg, 60mg</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride er cpcr 40mg</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride er tb24</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride er tbcr 10mg, 18mg, 20mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	2	
<b>Sistema nervioso central, otros</b>		
ACETAMINOPHEN SOLN 160MG/5ML	4	EC
AUSTEDO	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
INGREZZA	3	PA; NEDS
NUEDEXTA	3	PA
RADICAVA ORS	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>riluzole</i>	2	
TENSION HEADACHE	4	EC
<i>tetrabenazine</i>	2	PA; SP-Optum Specialty
VEOZAH	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<b>Agentes del trastorno del sueño</b>		
<b>Agentes estimulantes de insomnio</b>		
<i>armodafinil</i>	2	PA
<i>modafinil tabs</i>	2	PA
<i>sodium oxybate</i>	2	PA; NEDS
<b>Agentes somníferos</b>		
BELSOMRA	3	
<i>eszopiclone</i>	2	
<i>flurazepam hcl</i>	2	
<i>flurazepam hydrochloride</i>	2	
<i>ramelteon</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>tasimelteon</i>	2	PA; NEDS
<i>temazepam caps 15mg, 30mg, 7.5mg</i>	2	
<i>triazolam</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>zaleplon</i>	2	
<i>zolpidem tartrate tabs</i>	2	
<b>Agentes dentales y orales</b>		
<b><i>Agentes dentales y orales</i></b>		
<i>cevimeline hydrochloride</i>	2	
<i>chlorhexidine gluconate</i>	2	
DENTAGEL	4	EC
HM ANTISEPTIC SKIN CLEANSER	4	EC
<i>kourzeq</i>	2	
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	2	
<i>lidocaine viscous</i>	2	
<i>oralone dental paste</i>	2	
<i>periogard</i>	2	
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	2	
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS	4	EC
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	4	EC
<i>sf 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride 1.1</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	2	
<b>Agentes dermatológicos</b>		
<b><i>Agentes dermatológicos, otros</i></b>		
AMERIDERM PERISHIELD	4	EC
<i>calcipotriene crea, oint</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene soln</i>	2	QL(120 ML por 30 días)
<i>calcitriol oint 3mcg/gm</i>	2	
CAPSAICIN CREA 0.025%, 0.075%, 0.1%	4	EC
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	2	
DESITIN CREA	4	EC
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	2	QL(200 GM por 30 días)
<i>fluorouracil crea 5%</i>	2	
<i>fluorouracil soln</i>	2	
GNP WART REMOVER	4	EC
HIBICLENS	4	EC
HYDROLATUM	4	EC
<i>imiquimod crea</i>	2	
<i>nystatin/triamcinolone</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nystatin/triamcinolone acetonide oint</i>	2	
OTEZLA TABS 20MG, 30MG	3	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>podofilox</i>	2	
PROCTOFOAM HC	3	
SANTYL	3	
<i>silver sulfadiazine</i>	2	
<i>ssd</i>	2	
VITAMIN A & D OINT 76%; 0; 0	4	EC
WART REMOVER MAXIMUM STRENGTH LIQD	4	EC
ZINC OXIDE OINT 20%, 25%	4	EC
<b>Agentes desencadenantes de acné y rosácea</b>		
<i>acutane</i>	2	
<i>acitretin</i>	2	
<i>adapalene gel</i>	2	PA
<i>amnesteem</i>	2	
<i>avita</i>	2	PA
<i>azelaic acid</i>	2	
<i>claravis</i>	2	
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide gel 2.5%; 1.2%, 5%; 1.2%</i>	2	
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	2	
<i>isotretinoin caps</i>	2	
<i>metronidazole crea 0.75%</i>	2	
<i>metronidazole gel 0.75%, 1%</i>	2	
<i>metronidazole lotn 0.75%</i>	2	
MYORISAN	2	
NEUAC	2	
<i>rosadan</i>	2	
<i>tazarotene crea, gel</i>	2	PA
<i>tretinoin microsphere</i>	2	PA
<i>tretinoin crea 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	2	PA
ZENATANE	2	
<b>Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito</b>		
<i>amcinonide crea</i>	2	
AMMONIUM LACTATE CREA 12%	4	EC
<i>ammonium lactate crea 12%</i>	2	
<i>ammonium lactate lotn</i>	2	
ANTI-DANDRUFF SHAMPOO	4	EC
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate crea, lotn, oint</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>betamethasone valerate crea, lotn, oint</i>	2	
<i>clobetasol propionate e</i>	2	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate soln</i>	2	QL(200 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate sham</i>	2	QL(236 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate crea, gel, oint</i>	2	QL(240 GM por 30 días)
<i>clodan</i>	2	QL(236 ML por 30 días)
<i>desonide crea, oint</i>	2	
<i>desoximetasone crea</i>	2	
<b>DESRX</b>	2	
<i>fluocinolone acetonide body</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide crea 0.01%, 0.025%</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide oint 0.025%</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide soln 0.01%</i>	2	
<i>fluocinonide</i>	2	
<i>fluocinonide emulsified base</i>	2	
<i>fluticasone propionate crea 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone propionate oint 0.005%</i>	2	
<b>GNP HYDROCORTISONE MAXIMUM STRENGTH</b>	4	EC
<b>GNP HYDROCORTISONE CREA 0.5%</b>	4	EC
<i>halobetasol propionate crea, oint</i>	2	
<i>hydrocortisone butyrate oint</i>	2	
<i>hydrocortisone valerate</i>	2	
<b>HYDROCORTISONE CREA 1%</b>	4	EC
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	2	
<b>HYDROCORTISONE LOTN 1%</b>	4	EC
<i>hydrocortisone lotn 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone oint 1%, 2.5%</i>	2	
<i>mometasone furoate crea 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate oint 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate soln 0.1%</i>	2	
<i>pimecrolimus</i>	2	
<i>prednicarbate oint</i>	2	
<i>selenium sulfide</i>	2	
<i>tacrolimus oint 0.03%, 0.1%</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>triamcinolone acetonide crea 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotn 0.025%, 0.1%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide oint 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
TRITOCIN	2	
<b>Antiinfecciosos tópicos</b>		
BENZOYL PEROXIDE WASH LIQD 10%, 5%	4	EC
BENZOYL PEROXIDE GEL 10%, 2.5%, 5%	4	EC
BP WASH LIQD 2.5%	4	EC
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	2	
<i>ciclopirox olamine</i>	2	
<i>ciclopirox gel, sham, susp</i>	2	
<i>clindamycin phosphate gel 1%</i>	2	
<i>clindamycin phosphate lotn 1%</i>	2	
<i>clindamycin phosphate external soln 1%</i>	2	
<i>ery</i>	2	
<i>erythromycin gel 2%</i>	2	
<i>erythromycin soln 2%</i>	2	
MENTAX	3	
<i>mupirocin crea</i>	2	QL(180 GM por 30 días)
<i>mupirocin oint</i>	2	QL(44 GM por 30 días)
SULFAMYLON CREA	3	
<b>Pediculidas/escabicidas</b>		
LICE TREATMENT CREME RINSE LIQD 1%	4	EC
<i>malathion</i>	2	
<i>permethrin crea</i>	2	
SM LICE TREATMENT LIQD	4	EC
<b>Agentes gastrointestinales</b>		
<b>Agentes antidiarreicos</b>		
<i>alosetron hydrochloride tabs 0.5mg</i>	2	PA
<i>alosetron hydrochloride tabs 1mg</i>	2	PA; NEDS
GNP ANTI-DIARRHEAL	4	EC
<i>loperamide hcl caps</i>	2	
SM ANTI-DIARRHEAL	4	EC
XERMELO	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<b>Agentes antiestreñimiento</b>		
BISACODYL EC	4	EC
BISACODYL SUPP	4	EC
CHOCOLATED LAXATIVE REGULAR STRENGTH	4	EC

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>constulose</i>	2	
DOCUSATE CALCIUM	4	EC
DOCUSATE MINI	4	EC
DOCUSATE SODIUM CAPS 100MG, 250MG	4	EC
DOCUSATE SODIUM LIQD 50MG/5ML	4	EC
ENEMA READY-TO-USE ENEM 7GM/118ML; 19GM/118ML	4	EC
<i>enulose</i>	2	
EPSOM SALT GRAN 0	4	EC
EVAC	4	EC
FIBER TABS TABS 625MG	4	EC
FIBER POWD 28.3%	4	EC
<i>generlac</i>	2	
GLYCERIN ADULT	4	EC
GLYCERIN ADULT SUPP 2GM	4	EC
GLYCERIN INFANTS & CHILDREN SUPP 1GM	4	EC
GNP BEST FIBER	4	EC
GNP FIBER POWDER	4	EC
GNP GLYCERIN ADULT SUPP 2.1GM	4	EC
GNP GLYCERIN CHILD	4	EC
GOODSENSE MAGNESIUM CITRATE	4	EC
HM ENEMA MINERAL OIL ENEM 100%	4	EC
<i>lactulose soln 10gm/15ml</i>	2	
LAXATIVE REGULAR STRENGTH	4	EC
LINZESS	3	
<i>lubiprostone</i>	2	
MILK OF MAGNESIA SUSP 7.75%	4	EC
MINERAL OIL OIL 100%	4	EC
MOVANTIK	3	
OSMOPREP	3	
POLYETHYLENE GLYCOL	4	EC
POLYETHYLENE GLYCOL 3350 PACK 17GM, 4GM	4	EC
PSYLLIUM FIBER	4	EC
REGULOID POWD 43%, 51.7%	4	EC
SENNAS	4	EC
SENNAS CAPS	4	EC
SENNAS SYRP 8.8MG/5ML	4	EC
SENNAS TABS 8.6MG	4	EC
SOLUBLE FIBER	4	EC
STOOL SOFTENER TABS	4	EC
<b>Agentes gastrointestinales, otros</b>		

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
ALIGN CHEW	4	EC
ALUMINUM HYDROXIDE SUSP 320MG/5ML	4	EC
ANTACID CALCIUM RICH	4	EC
ANTACID EXTRA STRENGTH CHEW 160MG; 105MG, 750MG	4	EC
ANTACID MAXIMUM STRENGTH SUSP 800MG/10ML; 800MG/10ML; 80MG/10ML	4	EC
ANTACID ULTRA STRENGTH CHEW 1000MG	4	EC
ANTACID/ANTIGAS LIQUID SUSP 400MG/10ML; 400MG/10ML; 40MG/10ML	4	EC
BISMUTH	4	EC
CALCIUM ANTACID	4	EC
CLENPIQ	3	
CULTURELLE CAPS 10B CELL	4	EC
DAIRY RELIEF	4	EC
FLORASTOR CAPS 250MG	4	EC
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-g</i>	2	
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	2	
GNP ANTACID & ANTI-GAS MAXIMUM STRENGTH	4	EC
GNP FAST ACTING DAIRY RELIEF	4	EC
GNP PINK BISMUTH TABS	4	EC
GOODSENSE ANTACID/EXTRA STRENGTH	4	EC
LACTASE FAST ACTING	4	EC
LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE/SIMETHICONE	4	EC
LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE TABS	4	EC
LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE SOLN 1MG/7.5ML	4	EC
MAGNESIUM OXIDE TABS 400MG, 420MG	4	EC
MAGNESIUM TABS 250MG	4	EC
<i>metoclopramide hcl inj, oral soln</i>	2	
<i>metoclopramide hcl tabs 5mg</i>	2	
<i>metoclopramide hydrochloride tabs 10mg</i>	2	
MINTOX PLUS	4	EC
<i>nitroglycerin oint 0.4%</i>	2	QL(30 GM por 30 días)
<i>opium</i>	2	
<i>opium tincture tinc 1%</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	2	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	2	
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
RECTIV	3	QL(30 GM por 30 días)
SIMETHICONE DROPS INFANTS	4	EC
SIMETHICONE ULTRA STRENGTH	4	EC
SIMETHICONE CHEW	4	EC
SIMETHICONE CAPS 125MG	4	EC
SODIUM BICARBONATE TABS	4	EC
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	2	
STOMACH RELIEF EXTRA STRENGTH	4	EC
STOMACH RELIEF SUSP 525MG/30ML	4	EC
<i>ursodiol caps 300mg</i>	2	
<i>ursodiol tabs</i>	2	
VOWST	3	PA; NEDS
XIFAXAN TABS 550MG	3	PA; NEDS
<b>Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)</b>		
<i>cimetidine tabs</i>	2	
FAMOTIDINE MAXIMUM STRENGTH	4	EC
FAMOTIDINE ORIGINAL STRENGTH	4	EC
<i>famotidine tabs 20mg, 40mg</i>	2	
<b>Antiespasmódicos, gastrointestinal</b>		
<i>dicyclomine hcl soln</i>	2	
<i>dicyclomine hydrochloride caps, tabs</i>	2	
<i>glycopyrrolate soln</i>	2	
<i>glycopyrrolate tabs 1mg, 2mg</i>	2	
<b>Inhibidores de la bomba de protones</b>		
DEXLANSOPRAZOLE	2	
<i>esomeprazole magnesium</i>	2	
<i>lansoprazole cpdr</i>	2	
<i>omeprazole dr cpdr 10mg</i>	2	
<i>omeprazole cpdr 20mg, 40mg</i>	2	
<i>pantoprazole sodium tbec</i>	2	
<i>rabeprazole sodium</i>	2	
<b>Protectores</b>		
<i>misoprostol</i>	2	
<i>sucralfate susp, tabs</i>	2	
<b>Agentes genitourinarios</b>		
<b>Agentes de hiperplasia benigna de próstata</b>		
<i>alfuzosin hcl er</i>	2	
<i>doxazosin mesylate</i>	2	
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	2	
<i>dutasteride caps</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>finasteride tabs</i>	2	
<i>tadalafil tabs 2.5mg, 5mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	2	
<i>terazosin hcl caps 10mg, 1mg, 5mg</i>	2	
<i>terazosin hydrochloride caps 2mg</i>	2	
<b>Agentes genitourinarios, otros</b>		
<i>acetic acid 0.25%</i>	2	
<i>bethanechol chloride tabs</i>	2	
ELMIRON	3	
<i>tiopronin dr</i>	2	NEDS
<b>Antiespasmódicos, urinario</b>		
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	2	
GEMTESA	3	
<i>mirabegron er</i>	2	
MYRBETRIQ	3	
<i>oxybutynin chloride er</i>	2	
<i>oxybutynin chloride soln, tabs</i>	2	
<i>solifenacin succinate</i>	2	
<i>tolterodine tartrate</i>	2	
<i>tolterodine tartrate er</i>	2	
<i>tropium chloride</i>	2	
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</b>		
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</b>		
<i>desmopressin acetate</i>	2	
GENOTROPIN	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG	3	PA; SP-Optum Specialty
INCRELEX	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ZOMACTON	4	EC
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)</b>		
<b>Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos</b>		
OSPHENA	3	
<i>raloxifene hydrochloride</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<b>Andrógenos</b>		
<i>danazol caps</i>	2	
<i>testosterone cypionate inj 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	
<i>testosterone enanthate inj</i>	2	
<i>testosterone pump</i>	2	
<i>testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 25mg/2.5gm, 40.5mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	2	
<b>Estrógenos</b>		
<i>amabelz</i>	2	
<i>amethia</i>	2	
<i>apri</i>	2	
<i>ashlyna</i>	2	
<i>aviane</i>	2	
<i>balziva</i>	2	
<i>briellyn</i>	2	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tabs 0; 0</i>	2	
<i>dotti</i>	2	
<i>drospirenone/ethinyl estradiol tabs 3mg; 0.03mg</i>	2	
<i>eluryng</i>	2	
<i>enilloring</i>	2	
<i>estradiol valerate inj</i>	2	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	2	
<i>estradiol crea, pttw, ptwk, oral tabs, vaginal tabs</i>	2	
<b>ESTRING</b>	3	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	2	
<i>falmina</i>	2	
<i>finzala</i>	2	
<i>fyavolv</i>	2	
<i>haloette</i>	2	
<i>iclevia</i>	2	
<b>IMVEXXY MAINTENANCE PACK</b>	3	
<b>IMVEXXY STARTER PACK</b>	3	
<i>introvale</i>	2	
<i>jinteli</i>	2	
<i>joyeaux</i>	2	
<i>junel 1.5/30</i>	2	
<i>junel 1/20</i>	2	
<i>junel fe 1.5/30</i>	2	
<i>junel fe 1/20</i>	2	
<i>junel fe 24</i>	2	
<i>kariva</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>kelnor 1/35</i>	2	
<i>larin 1.5/30</i>	2	
<i>larin 1/20</i>	2	
<i>larin fe 1.5/30</i>	2	
<i>larin fe 1/20</i>	2	
<i>lessina</i>	2	
<i>levonest</i>	2	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tabs 20mcg; 90mcg</i>	2	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	2	
<i>levora 0.15/30-28</i>	2	
<i>marlissa</i>	2	
<i>mibelas 24 fe</i>	2	
<i>microgestin 1.5/30</i>	2	
<i>microgestin 1/20</i>	2	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	2	
<i>microgestin fe 1/20</i>	2	
<i>necon 0.5/35-28</i>	2	
<i>nikki</i>	2	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	2	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tabs 0; 75mg; 1mg</i>	2	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	2	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	2	
<i>nortrel 1/35</i>	2	
<i>nortrel 7/7/7</i>	2	
<i>portia-28</i>	2	
<b>PREMARIN CREA</b>	3	
<b>PREMARIN TABS 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG</b>	3	
<b>PREMPHASE</b>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	2	
<i>taysofy</i>	2	
<i>tri-sprintec</i>	2	
<i>trivora-28</i>	2	
<i>turqoz</i>	2	
<i>velivet</i>	2	
<i>vyfemla</i>	2	
<i>xulane</i>	2	
<i>yuvafem</i>	2	
<i>zafemy</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>zovia 1/35</i>	2	
<b>Progestinas</b>		
<i>camila</i>	2	
<i>deblitane</i>	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	
<i>errin</i>	2	
<i>heather</i>	2	
LEVONORGESTREL TABS 1.5MG	4	EC
LILETTA	3	
<i>medroxyprogesterone acetate inj, tabs</i>	2	
<i>megestrol acetate tabs</i>	2	
<i>megestrol acetate susp</i>	2	EC
NEXPLANON	3	
<i>norethindrone acetate tabs</i>	2	
<i>progesterone caps</i>	2	
<i>sharobel</i>	2	
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)</b>		
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)</b>		
DEPO-MEDROL	3	
<i>dexamethasone</i>	2	
<i>dexamethasone intensol</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate + rfid</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 100mg/10ml, 10mg/ml, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml</i>	2	
<i>fludrocortisone acetate</i>	2	
HYDROCORTISONE OINT 1%	4	EC
<i>hydrocortisone tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
<i>kenalog-10</i>	2	
<i>methylprednisolone</i>	2	
<i>methylprednisolone acetate</i>	2	
<i>methylprednisolone dose pack</i>	2	
<i>prednisolone</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln 10mg/5ml, 15mg/5ml, 20mg/5ml, 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	2	
<i>prednisone</i>	2	
SOLU-CORTEF	3	
<i>triamcinolone acetonide inj 40mg/ml</i>	2	
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)</b>		

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)</b>		
ADTHYZA	3	
ARMOUR THYROID	3	
<i>euthyrox</i>	2	
<i>levo-t</i>	2	
<i>levothyroxine sodium</i>	2	
<i>levoxyl</i>	2	
<i>liothyronine sodium</i>	2	
NIVA THYROID	3	
<i>np thyroid 120</i>	2	
<i>np thyroid 15</i>	2	
<i>np thyroid 30</i>	2	
<i>np thyroid 60</i>	2	
<i>np thyroid 90</i>	2	
SYNTHROID	3	
THYROID	3	
<i>unithroid</i>	2	
<b>Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)</b>		
<b>Agentes anti tiroideos</b>		
<i>methimazole tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>propylthiouracil tabs</i>	2	
<b>Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)</b>		
<b>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)</b>		
<i>cabergoline</i>	2	
ELIGARD	3	
FIRMAGON INJ 80MG	3	
FIRMAGON INJ 120MG/VIAL	3	NEDS
KORLYM	3	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>lanreotide acetate</i>	2	NEDS
<i>leuprolide acetate</i>	2	SP-Optum Specialty
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	3	NEDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	3	NEDS
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	3	NEDS
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	3	NEDS
<i>mifepristone</i>	2	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 50mcg/ml</i>	2	
<i>octreotide acetate inj 1000mcg/ml</i>	2	NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 50mcg/ml</i>	2	SP-Optum Specialty
ORGOVYX	3	PA NSO; NEDS
SIGNIFOR	3	QL(60 ML por 30 días); PA; NEDS
SOMATULINE DEPOT	3	NEDS
SOMAVERT	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SYNAREL	3	NEDS
<b>Agentes inmunológicos</b>		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
ARCALYST	3	PA; NEDS
BENLYSTA	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
COSENTYX SENSOREADY PEN	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
COSENTYX UNOREADY	3	PA; NEDS
COSENTYX INJ 125MG/5ML	3	PA; NEDS
COSENTYX INJ 150MG/ML, 75MG/0.5ML	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
DUPIXENT	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORENCIA CLICKJECT	3	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 50MG/0.4ML	3	QL(1.6 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 87.5MG/0.7ML	3	QL(2.8 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 125MG/ML	3	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
OTEZLA TBPK 0	3	QL(110 EA por 365 días); PA; NEDS
RINVOQ	3	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RINVOQ LQ	3	QL(360 ML por 30 días); PA; NEDS
SKYRIZI PEN	3	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 600MG/10ML	3	PA; NEDS

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
SKYRIZI INJ 150MG/ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 180MG/1.2ML	3	QL(1.2 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 360MG/2.4ML	3	QL(2.4 ML por 28 días); PA; NEDS
STELARA INJ 45MG/0.5ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
STELARA INJ 45MG/0.5ML, 90MG/ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
TAVNEOS	3	PA; NEDS
XELJANZ XR	3	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ SOLN	3	QL(300 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ TABS	3	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XOLAIR INJ 150MG/ML, 150MG, 300MG/2ML, 75MG/0.5ML	3	PA; NEDS
XOLAIR INJ 150MG/ML	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<b><i>Agentes para angioedema</i></b>		
BERINERT	3	PA; NEDS
HAEGARDA	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>icatibant acetate</i>	2	QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<b><i>Inmunoestimulantes</i></b>		
ACTIMMUNE	3	NEDS; SP-Optum Specialty
BESREMI	3	PA NSO; NEDS
PEGASYS INJ 180MCG/ML	3	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<b><i>Inmunoglobulinas</i></b>		
BIVIGAM INJ 10%, 5GM/50ML	3	PA BvD; NEDS
CUVITRU	3	PA BvD; NEDS
FLEBOGAMMA DIF INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	3	PA BvD; NEDS
GAMMAGARD LIQUID INJ 10GM/100ML, 2.5GM/25ML, 20GM/200ML, 30GM/300ML, 5GM/50ML	3	PA BvD; NEDS
GAMMAPLEX INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	3	PA BvD; NEDS
HIZENTRA	3	PA BvD; NEDS
OCTAGAM INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 1GM/20ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 2GM/20ML, 30GM/300ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	3	PA BvD; NEDS
PRIVIGEN	3	PA BvD; NEDS
<b><i>Inmunosupresores</i></b>		
<i>azathioprine tabs</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine caps 100mg, 25mg</i>	2	PA BvD
ENBREL MINI	3	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL SURECLICK	3	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL INJ 50MG/ML	3	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL INJ 25MG/0.5ML	3	QL(8.16 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENVARUSUS XR TB24 0.75MG, 1MG	3	PA BvD
ENVARUSUS XR TB24 4MG	3	PA BvD; NEDS
<i>everolimus tabs 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días); PA BvD; NEDS
GENGRAF SOLN	2	PA BvD
GENGRAF CAPS 100MG, 25MG	2	PA BvD
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJ 0, 80MG/0.8ML	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN INJ 80MG/0.8ML	3	QL(4 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	3	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA INJ 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML, 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	3	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
JYLAMVO	3	NEDS
<i>leflunomide</i>	2	
<i>methotrexate sodium tabs</i>	2	
<i>methotrexate sodium inj 50mg/2ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium inj 1gm/40ml, 250mg/10ml</i>	2	PA BvD
<i>methotrexate inj 50mg/2ml</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil caps, tabs</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil susr</i>	2	PA BvD; NEDS
<i>mycophenolic acid dr</i>	2	PA BvD
NULOJIX	3	NEDS
PEGASYS INJ 180MCG/0.5ML	3	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP-Optum Specialty
PROGRAF PACK	3	PA BvD
REZUROCK	3	PA; NEDS
<i>sirolimus tabs</i>	2	PA BvD
<i>sirolimus soln</i>	2	PA BvD; NEDS
<i>tacrolimus caps 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	2	PA BvD
TREXALL	3	
XATMEP	3	
<b>Vacunas</b>		
ABRYSVO	1	
ACTHIB INJ 0	1	
ADACEL	1	
AREXVY	1	
BCG VACCINE INJ 50MG	1	
BEXSERO	1	
BOOSTRIX	1	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
DAPTACEL INJ 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
DENGVAXIA	1	
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	1	
ENGERIX-B	1	PA BvD
GARDASIL 9	1	
HAVRIX INJ 1440ELU/ML, 720ELU/0.5ML	1	
HEPLISAV-B	1	PA BvD
HIBERIX	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	1	
INFANRIX	1	
IPOL INACTIVATED IPV	1	
IXCHIQ	1	
IXIARO	1	
JYNNEOS	1	
KINRIX INJ 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	1	
M-M-R II	1	
MENACTRA	1	
MENQUADFI	1	
MENVEO	1	
MRESVIA	1	
PEDIARIX INJ 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	1	
PEDVAX HIB INJ 7.5MCG/0.5ML	1	
PENBRAYA	1	
PENTACEL	1	
PREHEVBRIO	1	PA BvD
PRIORIX	1	
PROQUAD	1	
QUADRACEL	1	
RABAVERT	1	
RECOMBIVAX HB	1	PA BvD
ROTARIX	1	
ROTATEQ SOLN	1	
SHINGRIX	1	
STAMARIL	1	
<i>tdvax</i>	1	
TENIVAC	1	
TICOVAC	1	
TRUMENBA	1	
TWINRIX	1	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
TYPHIM VI	1	
VAQTA	1	
VARIVAX	1	
YF-VAX	1	
<b>Agentes oftálmicos</b>		
<b>Agentes oftálmicos antialérgicos</b>		
ALOCRIL	3	
<i>azelastine hcl ophthalmic soln 0.05%</i>	2	
<i>bepotastine besilate</i>	2	
<i>cromolyn sodium soln 4%</i>	2	
<i>epinastine hcl</i>	2	
<i>olopatadine hcl</i>	2	
<i>olopatadine hydrochloride soln 0.2%</i>	2	
<b>Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos</b>		
<i>betaxolol hcl</i>	2	
BETIMOL	3	
<i>carteolol hcl</i>	2	
<i>levobunolol hcl soln 0.5%</i>	2	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	2	
<i>timolol maleate soln 0.25%, 0.5%</i>	2	
<b>Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros</b>		
<i>acetazolamide</i>	2	
<i>acetazolamide er</i>	2	
ALPHAGAN P SOLN 0.1%	3	
<i>apraclonidine</i>	2	
<i>brimonidine tartrate</i>	2	
<i>brinzolamide</i>	2	
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	2	
<i>methazolamide tabs</i>	2	
PHOSPHOLINE IODIDE SOLR 0.125%	3	
<i>pilocarpine hcl soln 1%, 2%, 4%</i>	2	
RHOPRESSA	3	
<b>Agentes oftálmicos, otros</b>		
ARTIFICIAL TEARS SOLN 0.2%; 0.2%; 1%	4	EC
<i>atropine sulfate soln 1%</i>	2	
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	2	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	2	
<i>cyclopentolate hcl soln 2%</i>	2	
<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	2	
<i>cyclosporine emul 0.05%</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
CYSTARAN	3	NEDS
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	2	
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	2	
LUBRICANT EYE DROPS SOLN 0.6%	4	EC
LUBRICATING EYE DROPS SOLN 0.4%; 0.3%	4	EC
<i>neo-polycin</i>	2	
<i>neo-polycin hc</i>	2	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone ophthalmic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	2	
<i>polycin</i>	2	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	2	
QC ARTIFICIAL TEARS	4	EC
RESTASIS	3	
RESTASIS MULTIDOSE	3	
ROCKLATAN	3	
SIMBRINZA	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	2	
TOBRADEX ST	3	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	2	
XIIDRA	3	
<b>Antiinfecciosos oftálmicos</b>		
<i>bacitracin ophthalmic oint 500unit/gm</i>	2	
BESIVANCE	3	
<i>ciprofloxacin hydrochloride soln 0.3%</i>	2	
<i>erythromycin oint 5mg/gm</i>	2	
<i>gatifloxacin</i>	2	
<i>gentak oint</i>	2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic soln 0.3%</i>	2	
<i>levofloxacin ophthalmic soln 1.5%</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride soln 0.5%</i>	2	
NATACYN	3	
<i>ofloxacin ophthalmic soln 0.3%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium oint 10%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium soln 10%</i>	2	
<i>tobramycin</i>	2	
<i>trifluridine</i>	2	
XDEMVY	3	PA; NEDS

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
ZIRGAN	3	
<b>Antiinflamatorios oftálmicos</b>		
<i>bromfenac</i>	2	
<i>bromfenac sodium soln 0.07%, 0.075%</i>	2	
BROMSITE	3	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic soln 0.1%</i>	2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%</i>	2	
<i>difluprednate</i>	2	
FLAREX	3	
<i>fluorometholone</i>	2	
<i>flurbiprofen sodium</i>	2	
FML	3	
ILEVRO	3	
<i>ketorolac tromethamine</i>	2	
LOTEMAX OINT	3	
<i>loteprednol etabonate</i>	2	
<i>prednisolone acetate</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic soln 1%</i>	2	
PROLENSA	3	
<b>Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas</b>		
<i>bimatoprost</i>	2	
<i>latanoprost soln</i>	2	
LUMIGAN	3	
<i>tafluprost</i>	2	
<i>travoprost</i>	2	
VYZULTA	3	
<b>Agentes para la bipolaridad</b>		
<b>Estabilizadores del estado de ánimo</b>		
<i>lithium</i>	2	
<i>lithium carbonate er</i>	2	
<i>lithium carbonate caps, tabs</i>	2	
<b>Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción</b>		
<b>Agentes para dejar de fumar</b>		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 150mg</i>	2	
GOODSENSE NICOTINE	4	EC
GOODSENSE NICOTINE GUM	4	EC
GOODSENSE NICOTINE POLACRILEX GUM GUM 2MG	4	EC
NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM STEP 1	4	EC
NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM STEP 3	4	EC
NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM PT24 14MG/24HR, 7MG/24HR	4	EC

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
NICOTROL INHALER	3	
NICOTROL NS	3	
TYRVAYA	3	
<i>varenicline starting month box</i>	2	QL(53 EA por 28 días)
<i>varenicline tartrate</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<b>Agentes que revierten los opioides</b>		
<i>naloxone hcl inj 4mg/10ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride liqd</i>	2	QL(4 EA por 30 días)
<i>naloxone hydrochloride inj 0.4mg/ml, 2mg/2ml, 4mg/10ml</i>	2	
OPVEE	3	QL(4 EA por 30 días)
<b>Dependencia de opioides</b>		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 2mg; 0.5mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 8mg; 2mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl subl 2mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl subl 8mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 4mg; 1mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 8mg; 2mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<b>Disuasivos del alcohol/disminución del deseo</b>		
<i>acamprosate calcium dr</i>	2	
<i>disulfiram tabs</i>	2	
<i>naltrexone hcl tabs</i>	2	
VIVITROL	3	NEDS
<b>Agentes para vías respiratorias/pulmonares</b>		
<b>Agentes del tracto respiratorio, otros</b>		
<i>acetylcysteine soln</i>	2	PA BvD
ANORO ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)
BEVESPI AEROSPHERE	3	QL(10.7 GM por 30 días)
BREO ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
BREYNA	2	QL(30.9 GM por 90 días)
BREZTRI AEROSPHERE	3	QL(32.1 GM por 90 días)
BRONCHITOL	3	NEDS
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL(24 GM por 90 días)
FASENRA PEN	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
FASENRA INJ 10MG/0.5ML	3	PA
FASENRA INJ 30MG/ML	3	PA; NEDS
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	2	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 500mcg/act; 50mcg/act</i>	2	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 113mcg/act; 14mcg/act, 232mcg/act; 14mcg/act, 55mcg/act; 14mcg/act</i>	2	QL(3 EA por 90 días)
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	PA BvD
KP PSEUDOEPHEDRINE HCL TABS 60MG	4	EC
PSEUDOEPHEDRINE HCL ER	4	EC
PSEUDOEPHEDRINE HYDROCHLORIDE TABS 30MG	4	EC
SODIUM CHLORIDE NEBU 7%	4	EC
STIOLTO RESPIMAT	3	QL(12 GM por 90 días)
TRELEGY ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>wixela inhub</i>	2	QL(180 EA por 90 días)
<b><i>Agentes para fibrosis pulmonar</i></b>		
OFEV	3	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>pirfenidone caps</i>	2	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 534mg</i>	2	QL(135 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 267mg</i>	2	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pirfenidone tabs 801mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<b>Agentes para fibrosis quística</b>		
CAYSTON	3	PA; NEDS
KALYDECO TABS	3	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
KALYDECO PACK 13.4MG, 5.8MG	3	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
KALYDECO PACK 25MG, 50MG, 75MG	3	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORKAMBI TABS	3	QL(112 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORKAMBI PACK 94MG; 75MG	3	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
ORKAMBI PACK 125MG; 100MG, 188MG; 150MG	3	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PULMOZYME	3	PA BvD; NEDS; SP-Optum Specialty
TOBI PODHALER	3	NEDS; SP-Optum Specialty
<b>Antihipertensivos pulmonares</b>		
ADEMPAS	3	PA; NEDS
<i>alyq</i>	2	PA; SP-Optum Specialty
<i>ambrisentan</i>	2	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bosentan</i>	2	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
OPSUMIT	3	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	3	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	3	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	3	PA; NEDS
ORENITRAM TBCR 0.125MG, 0.25MG, 1MG, 2.5MG	3	PA
ORENITRAM TBCR 5MG	3	PA; NEDS
<i>sildenafil citrate tabs</i>	2	PA; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tadalafil tabs 20mg</i>	2	PA; SP-Optum Specialty
TRACLEER TBSO	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VENTAVIS	3	PA; NEDS
<b>Antihistamínicos</b>		
ACETAMINOPHEN PM EXTRA STRENGTH	4	EC
<i>azelastine hcl nasal soln 0.15%</i>	2	QL(120 ML por 90 días)
<i>azelastine hydrochloride soln 0.1%</i>	2	QL(120 ML por 90 días)
CETIRIZINE HCL TABS 5MG	4	EC
CETIRIZINE HYDROCHLORIDE CHILDRENS ALLERGY SOLN 5MG/5ML	4	EC
CETIRIZINE HYDROCHLORIDE/PSEUDOEPHEDRINE HYDROCHLORIDE	4	EC
CETIRIZINE HYDROCHLORIDE TABS 10MG	4	EC
CHLORPHENIRAMINE MALEATE TABS, TBCR	4	EC
<i>cyproheptadine hcl syrp</i>	2	
<i>cyproheptadine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>desloratadine</i>	2	
DIPHENHYDRAMINE HCL CAPS 50MG	4	EC
DIPHENHYDRAMINE HYDROCHLORIDE TABS	4	EC
DIPHENHYDRAMINE HYDROCHLORIDE CAPS 25MG	4	EC
<i>diphenhydramine hydrochloride inj</i>	2	
DIPHENHYDRAMINE HYDROCHLORIDE LIQD 12.5MG/5ML	4	EC
ED CHLORPED JR	4	EC
FEXOFENADINE HYDROCHLORIDE/PSEUDOEPHEDRINE HYDROCHLORIDE ER	4	EC
GNP ALLERGY RELIEF CHEW	4	EC
<i>hydroxyzine hcl inj 25mg/ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl tabs 50mg</i>	2	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrp</i>	2	
<i>hydroxyzine hydrochloride tabs 10mg, 25mg</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate caps</i>	2	
<i>levocetirizine dihydrochloride tabs</i>	2	
LORATADINE CHILDRENS SOLN	4	EC
LORATADINE-D 24HR	4	EC
LORATADINE TABS	4	EC

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
NIGHTTIME SLEEP AID TABS 25MG	4	EC
SLEEP AID LIQD, TABS	4	EC
SLEEP-AID CAPS 50MG	4	EC
SM LORATADINE D 12HR	4	EC
<b>Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados</b>		
BUDESONIDE NASAL SPRAY	4	QL(16.86 ML por 30 días); EC
<i>budesonide susp 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	2	PA BvD
FLOVENT DISKUS AEPB 100MCG/BLIST	3	QL(180 EA por 90 días); ST
FLOVENT DISKUS AEPB 250MCG/BLIST	3	QL(720 EA por 90 días); ST
FLOVENT DISKUS AEPB 50MCG/BLIST	3	ST
<i>flunisolide soln 0.025%</i>	2	QL(150 ML por 90 días)
<i>fluticasone propionate diskus aepb 100mcg/act</i>	2	QL(180 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate diskus aepb 250mcg/act</i>	2	QL(720 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate diskus aepb 50mcg/act</i>	2	ST
<i>fluticasone propionate hfa aero 44mcg/act</i>	2	QL(63.6 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate hfa aero 110mcg/act, 220mcg/act</i>	2	QL(72 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate susp 50mcg/act</i>	2	QL(48 GM por 90 días)
GNP BUDESONIDE NASAL SPRAY	4	QL(16.86 ML por 30 días); EC
<i>mometasone furoate susp 50mcg/act</i>	2	QL(102 GM por 90 días)
QVAR REDHALER	3	QL(63.6 GM por 90 días)
TRIAMCINOLONE ACETONIDE AERO 55MCG/ACT	4	QL(16.9 ML por 30 días); EC
<b>Antileucotrienos</b>		
<i>montelukast sodium chew, pack, tabs</i>	2	
<i>zafirlukast</i>	2	
<b>Broncodilatadores, anticolinérgicos</b>		
ATROVENT HFA	3	QL(77.4 GM por 90 días)

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
INCRUSE ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide inhalation soln</i>	2	PA BvD
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03%</i>	2	QL(180 ML por 90 días)
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.06%</i>	2	QL(90 ML por 90 días)
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	3	NEDS
LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	3	NEDS
SPIRIVA RESPIMAT	3	QL(12 GM por 90 días)
<b>Broncodilatadores, simpaticomimético</b>		
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	2	QL(108 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	2	QL(40.2 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	2	QL(51 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate syrp, tabs</i>	2	
<i>albuterol sulfate nebu</i>	2	PA BvD
<i>arformoterol tartrate</i>	2	PA BvD
<i>epinephrine inj 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	2	QL(2 EA por 1 días)
<i>formoterol fumarate nebu</i>	2	PA BvD
<i>levalbuterol hcl nebu</i>	2	PA BvD
<i>levalbuterol hydrochloride nebu 0.63mg/3ml</i>	2	PA BvD
<i>levalbuterol nebu</i>	2	PA BvD
PROAIR RESPICLICK	3	QL(6 EA por 90 días)
SEREVENT DISKUS	3	QL(180 EA por 90 días)
STRIVERDI RESPIMAT	3	QL(12 GM por 90 días)
<b>Estabilizadores de mastocitos</b>		
<i>cromolyn sodium nebu 20mg/2ml</i>	2	PA BvD
<b>Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias</b>		
<i>elixophyllin</i>	2	
<i>roflumilast</i>	2	
<i>theophylline er tb12, tb24</i>	2	
<i>theophylline elix</i>	2	
<b>Agentes Terapéuticos, Misceláneos</b>		
<b>Agentes Terapéuticos, Misceláneos</b>		

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>alcohol prep pads</i>	2	
<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x 5/16"</i>	2	
<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x 1/2"</i>	2	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x 12.7mm</i>	2	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	2	
<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	2	
<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	2	
<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm</i>	2	
CAPSAICIN PTCH 0.025%	4	EC
CHEWABLE ACETAMINOPHEN CHILDRENS	4	EC
CHILDRENS APAP	4	EC
<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	2	
<i>droplet pen needles 29gx10mm</i>	2	
<i>gauze pads 2"x2"</i>	2	
<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	2	
<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	2	
INTRALIPID	3	PA BvD
ISOPROPYL ALCOHOL	4	EC
KETO-DIASTIX	4	EC
LANSINOH LANOLIN NIPPLE	4	EC
<i>levocarnitine</i>	2	
MELATONIN	4	EC
MELATONIN GUMMIES	4	EC
MELATONIN QUICK DISSOLVE	4	EC
MELATONIN TR/VITAMIN B-6	4	EC
NUTRILIPID	3	PA BvD
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	3	
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	3	
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	3	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	3	
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	3	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	3	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	3	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	3	
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	3	
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	3	
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	3	
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	3	
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	3	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	3	
<i>sodium chloride 0.9%</i>	2	
<i>sterile water for irrigation</i>	2	
<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"</i>	2	
<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x 1/2"</i>	2	
<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	2	
WHITE PETROLEUM JELLY	4	EC
<b>Agentes óticos</b>		
<i>Agentes óticos</i>		
<i>acetic acid</i>	2	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	2	
<i>ciprofloxacin soln 0.2%</i>	2	
CORTISPORIN-TC	3	
<i>flac</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01%</i>	2	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone otic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	2	
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	2	
<b>Analgésicos</b>		
<i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i>		
<i>buprenorphine</i>	2	QL(4 EA por 28 días)
<i>fentanyl pt72 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	2	QL(10 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl er tb24 12mg, 16mg, 8mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>methadone hcl tabs</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>methadone hcl soln 5mg/5ml</i>	2	QL(1200 ML por 30 días)
<i>methadone hcl soln 10mg/5ml</i>	2	QL(600 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate er tbc</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride er</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>Analgésicos opioides, de acción rápida</i>		
<i>acetaminophen/codeine tabs</i>	2	QL(240 EA por 30 días)

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acetaminophen/codeine soln</i>	2	QL(3600 ML por 30 días)
<i>butorphanol tartrate soln</i>	2	QL(7.5 ML por 30 días)
<i>codeine sulfate tabs</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>endocet tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 200mcg</i>	2	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	2	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen soln 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	2	QL(3600 ML por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 300mg; 10mg, 300mg; 5mg, 300mg; 7.5mg, 325mg; 10mg, 325mg; 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydrocodone/acetaminophen tabs 325mg; 7.5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl liqd</i>	2	QL(1350 ML por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tabs 8mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tabs 2mg, 4mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate tabs</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate soln 100mg/5ml</i>	2	QL(180 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate soln 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	2	QL(900 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride conc</i>	2	QL(120 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride caps</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride soln</i>	2	QL(2400 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 20mg, 30mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 10mg, 15mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oxycodone hydrochloride tabs 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone/acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tabs 100mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tabs 50mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<b>Analgésicos</b>		
ACETAMINOPHEN ER 8 HOUR ARTHRITIS PAIN	4	EC
ACETAMINOPHEN SUPP 120MG, 650MG	4	EC
LIQUID ACETAMINOPHEN	4	EC
MAPAP	4	EC
<b>Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos</b>		
ACETAMINOPHEN EXTRA STRENGTH	4	EC
ACETAMINOPHEN SUSP 650MG/20.3ML	4	EC
ACETAMINOPHEN TABS 325MG	4	EC
ASPIRIN EC TBEC 81MG	4	EC
ASPIRIN REGULAR STRENGTH	4	EC
<i>celecoxib caps</i>	2	
<i>diclofenac epolamine</i>	2	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>diclofenac potassium tabs 50mg</i>	2	
<i>diclofenac sodium dr</i>	2	
<i>diclofenac sodium er</i>	2	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	2	QL(960 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium external soln 1.5%</i>	2	
<i>diflunisal tabs 500mg</i>	2	
<i>ec-naproxen tbec 500mg</i>	2	
<i>etodolac er</i>	2	
<i>etodolac caps, tabs</i>	2	
<i>flurbiprofen tabs 100mg</i>	2	
GNP IBUPROFEN CHILDRENS	4	EC
GNP IBUPROFEN INFANTS	4	EC
GNP NAPROXEN	4	EC
GOODSENSE ASPIRIN CHEW, TABS	4	EC
GOODSENSE IBUPROFEN CHILDRENS SUSP	4	EC
GOODSENSE IBUPROFEN INFANTS	4	EC

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
HM NAPROXEN SODIUM CAPS	4	EC
<i>ibu</i>	2	
IBUPROFEN CAPS	4	EC
<i>ibuprofen susp</i>	2	
IBUPROFEN TABS 200MG	4	EC
<i>ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	2	
<i>indomethacin caps 25mg, 50mg</i>	2	
<i>meloxicam tabs</i>	2	
MENSTRUAL PAIN RELIEF MULTI-SYMP TOM MAXIMUM STRENGTH	4	EC
<i>nabumetone tabs</i>	2	
<i>naproxen dr tbec 375mg</i>	2	
<i>naproxen sodium cr tb24 375mg</i>	2	
<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	2	
<i>naproxen susp</i>	2	
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg, 500mg</i>	2	
<i>naproxen tbec 500mg</i>	2	
<i>oxaprozin tabs</i>	2	
PAIN RELIEF EXTRA STRENGTH/ADULT	4	EC
<i>piroxicam caps</i>	2	
<i>salsalate tabs</i>	2	
<i>sulindac tabs</i>	2	
TRI-BUFFERED ASPIRIN TABS 325MG; 35MG; 40MG; 0; 0	4	EC
<b>Anestésicos</b>		
<b><i>Anestésicos locales</i></b>		
<i>glydo</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL	4	EC
<i>lidocaine hcl jelly</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl prsy</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl inj 0.5%, 1.5%, 2%, 4%</i>	2	
<i>lidocaine hydrochloride external soln</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hydrochloride inj 1%, 2%</i>	2	
<i>lidocaine/prilocaine crea</i>	2	QL(60 GM por 30 días)
<i>lidocaine oint 5%</i>	2	QL(100 GM por 30 días)

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lidocaine ptch 5%</i>	2	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>premium lidocaine</i>	2	QL(100 GM por 30 días)
SM ALCOHOL	4	EC
<b>Ansiolíticos</b>		
<b>Ansiolíticos, otros</b>		
<i>bupirone hcl tabs 15mg</i>	2	
<i>bupirone hydrochloride tabs 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	2	
<b>Benzodiazepinas</b>		
<i>alprazolam</i>	2	
<i>alprazolam er</i>	2	
<i>clorazepate dipotassium tabs</i>	2	
<i>diazepam intensol</i>	2	
<i>diazepam soln, tabs</i>	2	
<i>lorazepam intensol</i>	2	
<i>lorazepam tabs</i>	2	
<i>oxazepam</i>	2	
<b>Antibacterianos</b>		
<b>Aminoglicósidos</b>		
<i>amikacin sulfate inj 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	2	
ARIKAYCE	3	PA; NEDS
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride inj 1.2mg/ml; 0.9%, 1.6mg/ml; 0.9%, 1mg/ml; 0.9%, 2mg/ml; 0.9%</i>	2	
<i>gentamicin sulfate crea 0.1%</i>	2	
<i>gentamicin sulfate inj 40mg/ml</i>	2	
<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	2	
<i>isotonic gentamicin inj 0.8mg/ml; 0.9%</i>	2	
<i>neomycin sulfate</i>	2	
<i>streptomycin sulfate inj 1gm</i>	2	NEDS
<i>tobramycin sulfate inj 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml</i>	2	
<b>Antibacterianos, otros</b>		
<i>aztreonam inj 1gm</i>	2	
<i>aztreonam inj 2gm</i>	2	NEDS
BACITRACIN ZINC OINT	4	EC
BACITRACIN EXTERNAL OINT 500UNIT/GM	4	EC
<i>clindacin-p</i>	2	
<i>clindamycin hcl caps 300mg</i>	2	
<i>clindamycin hydrochloride caps 150mg, 75mg</i>	2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clindamycin phosphate crea 2%</i>	2	
<i>clindamycin phosphate inj 9000mg/60ml, 900mg/6ml</i>	2	
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	2	
<i>colistimethate sodium</i>	2	NEDS
<i>daptomycin</i>	2	NEDS
<i>daptomycin/sodium chloride</i>	2	
GNP HYDROGEN PEROXIDE	4	EC
GNP TRIPLE ANTIBIOTIC PLUS	4	EC
HM BACITRACIN	4	EC
HYDROGEN PEROXIDE SOLN	4	EC
IMPAVIDO	3	NEDS
<i>linezolid tabs</i>	2	
<i>linezolid susr</i>	2	NEDS
<i>linezolid inj 600mg/300ml</i>	2	
<i>methenamine hippurate</i>	2	
<i>methenamine mandelate tabs 0.5gm, 1gm</i>	2	
<i>metronidazole vaginal</i>	2	
<i>metronidazole inj 500mg/100ml</i>	2	
<i>metronidazole tabs 250mg, 500mg</i>	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	2	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	2	
NUVESSA	3	
POVIDONE-IODINE SOLN	4	EC
SM TRIPLE ANTIBIOTIC PLUS MAXIMUM STRENGTH	4	EC
<i>tigecycline</i>	2	NEDS
<i>tinidazole</i>	2	
<i>trimethoprim tabs</i>	2	
TRIPLE ANTIBIOTIC OINT 400UNIT/GM; 3.5MG/GM; 5000UNIT/GM	4	EC
<i>vancomycin hcl inj 0.9%; 1gm/200ml, 100gm, 10gm</i>	2	
<i>vancomycin hydrochloride caps</i>	2	
<i>vancomycin hydrochloride inj 1.25gm, 1.5gm, 1.75gm, 1gm, 2gm, 500mg, 5gm, 750mg</i>	2	
<i>vancomycin inj 0.9%; 500mg/100ml, 0.9%; 750mg/150ml</i>	2	
<b>Betalactámico, cefalosporinas</b>		
<i>cefaclor caps</i>	2	
<i>cefaclor susr 125mg/5ml, 375mg/5ml</i>	2	
<i>cefadroxil caps, susr</i>	2	
<i>cefazolin sodium/dextrose inj 1gm; 4%, 2gm; 3%</i>	2	
<i>cefazolin sodium inj 10gm, 1gm/50ml; 4%, 1gm, 2gm, 500mg</i>	2	
<i>cefazolin inj 2gm/100ml; 4%, 2gm, 3gm</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefdinir</i>	2	
<i>cefepime</i>	2	
<i>cefepime hydrochloride inj 2gm</i>	2	
<i>cefepime/dextrose</i>	2	
<i>cefixime</i>	2	
<i>cefotetan inj 1gm, 2gm</i>	2	
<i>cefoxitin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	2	
<i>cefpodoxime proxetil</i>	2	
<i>cefprozil</i>	2	
<i>ceftazidime inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	2	
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	2	
<i>ceftriaxone sodium inj 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	2	
<i>ceftriaxone/dextrose inj 1gm; 3.74%</i>	2	
<i>cefuroxime axetil tabs</i>	2	
<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm, 750mg</i>	2	
<i>cephalexin</i>	2	
<i>tazicef inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	2	
TEFLARO	3	NEDS
<b><i>Betalactámico, penicilinas</i></b>		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	2	
<i>amoxicillin chew 125mg, 250mg</i>	2	
<i>amoxicillin caps, susr, tabs</i>	2	
<i>ampicillin sodium inj</i>	2	
<i>ampicillin-sulbactam inj 10gm; 5gm, 1gm; 0.5gm</i>	2	
<i>ampicillin/sulbactam inj 2gm; 1gm</i>	2	
<i>ampicillin caps 500mg</i>	2	
BICILLIN L-A INJ 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	3	
<i>dicloxacillin sodium</i>	2	
<i>nafcillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	2	
<i>oxacillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	2	
<i>penicillin g potassium in iso-osmotic dextrose inj 0; 20000unit/ml</i>	2	
<i>penicillin g potassium inj 20000000unit, 5000000unit</i>	2	
<i>penicillin g sodium</i>	2	NEDS
<i>penicillin v potassium</i>	2	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium inj 2gm; 0.25gm, 36gm; 4.5gm, 3gm; 0.375gm, 4gm; 0.5gm</i>	2	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium inj 12gm; 1.5gm</i>	2	
ZOSYN INJ 5%; 4GM/100ML; 0.5GM/100ML	3	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<b>Carbapenemas</b>		
<i>ertapenem</i>	2	
<i>ertapenem sodium</i>	2	
<i>imipenem/cilastatin</i>	2	
<i>meropenem</i>	2	
<b>Macrólidos</b>		
<i>azithromycin pack, susr, tabs</i>	2	
<i>azithromycin inj 500mg</i>	2	
<i>clarithromycin er</i>	2	
<i>clarithromycin susr, tabs</i>	2	
DIFICID	3	NEDS
<i>erythromycin dr</i>	2	
<i>erythromycin ethylsuccinate tabs</i>	2	
<i>erythromycin cpep 250mg</i>	2	
<b>Quinolonas</b>		
<i>ciprofloxacin hcl tabs 100mg, 750mg</i>	2	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tabs 250mg, 500mg</i>	2	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	2	
<i>ciprofloxacin susr 500mg/5ml, 5gm/100ml</i>	2	
<i>levofloxacin in d5w</i>	2	
<i>levofloxacin oral soln 25mg/ml</i>	2	
<i>levofloxacin tabs 250mg, 500mg, 750mg</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride tabs 400mg</i>	2	
<b>Sulfonamidas</b>		
<i>sulfacetamide sodium lotn 10%</i>	2	
<i>sulfadiazine tabs</i>	2	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	2	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim susp, tabs</i>	2	
<b>Tetraciclinas</b>		
DOXY 100	3	
<i>doxycycline hyclate caps, inj</i>	2	
<i>doxycycline hyclate tabs 100mg, 150mg, 20mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate caps 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate tabs</i>	2	
<i>doxycycline susr</i>	2	
<i>minocycline hcl caps 75mg</i>	2	
<i>minocycline hcl tabs</i>	2	
<i>minocycline hydrochloride caps 100mg, 50mg</i>	2	
<i>mondoxyne nl caps 100mg</i>	2	
<i>tetracycline hydrochloride caps</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
VIBRAMYCIN SYRP	3	
<b>Anticonvulsivos</b>		
<i>Agentes de modificación de los canales de calcio</i>		
<i>ethosuximide</i>	2	
<i>methsuximide</i>	2	
<i>Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)</i>		
<i>clobazam susp</i>	2	
<i>clobazam tabs</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonazepam odt</i>	2	
<i>clonazepam tabs</i>	2	
DIACOMIT	3	PA NSO; NEDS
<i>diazepam rectal gel</i>	2	
<i>divalproex sodium dr</i>	2	
<i>divalproex sodium er</i>	2	
<i>divalproex sodium csdr</i>	2	
<i>gabapentin caps, soln</i>	2	
<i>gabapentin tabs 600mg, 800mg</i>	2	
LIBERVANT	3	QL(10 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elix 20mg/5ml</i>	2	
<i>phenobarbital tabs 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	2	
<i>pregabalin</i>	2	
<i>primidone tabs</i>	2	
SYMPAZAN FILM 5MG	3	
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	3	NEDS
<i>tiagabine hydrochloride</i>	2	
VALTOCO 10 MG DOSE	3	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 15 MG DOSE	3	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 20 MG DOSE	3	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 5 MG DOSE	3	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>vigabatrin</i>	2	NEDS
<i>vigadrone</i>	2	NEDS
<i>vigpoder</i>	2	NEDS
ZTALMY	3	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<b>Agentes para los canales de sodio</b>		
APTIOM	3	
<i>carbamazepine er</i>	2	
<i>carbamazepine chew, susp, tabs</i>	2	
<i>epitol</i>	2	
<i>lacosamide inj, oral soln</i>	2	
<i>lacosamide tabs</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxcarbazepine</i>	2	
<i>phenytek</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended</i>	2	
<i>phenytoin chew, susp</i>	2	
<i>rufinamide susp</i>	2	NEDS
<i>rufinamide tabs 200mg</i>	2	
<i>rufinamide tabs 400mg</i>	2	NEDS
XCOPRI TABS	3	NEDS
XCOPRI TBPK 0	3	
XCOPRI TBPK 0	3	NEDS
ZONISADE	3	
<i>zonisamide</i>	2	
<b>Anticonvulsivos, otros</b>		
BRIVIACT SOLN, TABS	3	NEDS
EPIDIOLEX	3	PA NSO; NEDS
EPRONTIA	3	
<i>felbamate</i>	2	
FINTEPLA	3	PA NSO; NEDS
FYCOMPA	3	
<i>lamotrigine er</i>	2	
<i>lamotrigine odt</i>	2	
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	2	
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	2	
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	2	
<i>lamotrigine chew, tabs</i>	2	
<i>levetiracetam er</i>	2	
<i>levetiracetam oral soln, tabs</i>	2	
<i>levetiracetam inj 500mg/5ml</i>	2	
NAYZILAM	3	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
<i>roweepra tabs 500mg</i>	2	
SPRITAM	3	
<i>subvenite</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>subvenite starter kit/blue</i>	2	
<i>subvenite starter kit/green</i>	2	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	2	
<i>topiramate cpsp, tabs</i>	2	
<i>valproic acid</i>	2	
<b>Antidepresivos</b>		
<b><i>Antidepresivos, otros</i></b>		
AUVELITY	3	
<i>bupropion hcl tabs 100mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 100mg, 150mg, 200mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tb24 150mg, 300mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride tabs 75mg</i>	2	
<i>mirtazapine odt</i>	2	
<i>mirtazapine tabs</i>	2	
ZURZUVAE CAPS 30MG	3	QL(14 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
ZURZUVAE CAPS 20MG, 25MG	3	QL(28 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
<b><i>Inhibidores de la monoaminoxidasa</i></b>		
EMSAM	3	ST NSO; NEDS
MARPLAN	3	
<i>phenelzine sulfate</i>	2	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	2	
<b><i>Tricíclicos</i></b>		
<i>amitriptyline hcl tabs 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	2	
<i>amitriptyline hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 50mg</i>	2	
<i>amoxapine</i>	2	
<i>clomipramine hydrochloride</i>	2	
<i>desipramine hydrochloride</i>	2	
<i>doxepin hcl caps 75mg</i>	2	
<i>doxepin hcl conc</i>	2	
<i>doxepin hydrochloride caps 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>imipramine hcl tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>imipramine hydrochloride tabs 10mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl caps 25mg, 75mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl soln</i>	2	
<i>nortriptyline hydrochloride caps 10mg, 50mg</i>	2	
<i>protriptyline hcl</i>	2	
<i>trimipramine maleate caps</i>	2	
<b>Antidepressants</b>		

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<b>SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)</b>		
<i>citalopram hydrobromide</i>	2	
<i>desvenlafaxine er</i>	2	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20MG, 60MG	3	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 30MG, 40MG	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hcl</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride cpep 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride cpep 30mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate</i>	2	
FETZIMA	3	ST NSO
FETZIMA TITRATION PACK	3	ST NSO
<i>fluoxetine dr</i>	2	
<i>fluoxetine hydrochloride</i>	2	
<i>fluvoxamine maleate</i>	2	
<i>nefazodone hydrochloride</i>	2	
<i>paroxetine hcl</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride</i>	2	
<i>sertraline hcl</i>	2	
<i>sertraline hydrochloride</i>	2	
<i>trazodone hydrochloride</i>	2	
TRINTELLIX	3	
<i>venlafaxine hcl er</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	2	
VIIBRYD STARTER PACK	3	
<i>vilazodone hydrochloride</i>	2	
<b>Antieméticos</b>		
<b>Adyuvantes para terapia emetogénica</b>		
<i>aprepitant caps 0, 40mg, 80mg</i>	2	PA BvD
<i>aprepitant caps 125mg</i>	2	PA BvD; NEDS
<i>dronabinol</i>	2	PA BvD
<i>granisetron hydrochloride tabs</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron hcl soln</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron hcl tabs 24mg</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron hydrochloride tabs</i>	2	PA BvD

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ondansetron odt tbdp 4mg, 8mg</i>	2	PA BvD
<b>Antieméticos, otros</b>		
MECLIZINE 25	4	EC
MECLIZINE HCL TABS 12.5MG	4	EC
<i>meclizine hcl tabs 12.5mg, 25mg</i>	2	
MECLIZINE HYDROCHLORIDE CHEW	4	EC
<i>prochlorperazine edisylate inj 10mg/2ml</i>	2	
<i>prochlorperazine maleate tabs</i>	2	
<i>prochlorperazine supp 25mg</i>	2	
<i>promethazine hcl inj</i>	2	
<i>promethazine hcl tabs 12.5mg</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>scopolamine</i>	2	
<b>Antimicobacterianos</b>		
<b>Antimicobacterianos, otros</b>		
<i>dapsone tabs</i>	2	
<i>rifabutin</i>	2	
<b>Antituberculosos</b>		
<i>ethambutol hydrochloride</i>	2	
<i>isoniazid syr, tabs</i>	2	
PRIFTIN	3	
<i>pyrazinamide tabs</i>	2	
<i>rifampin caps, inj</i>	2	
SIRTURO	3	PA; NEDS
TRECTOR	3	
<b>Antimicóticos</b>		
<b>Antimicóticos</b>		
ABELCET	3	PA
<i>amphotericin b</i>	2	PA
<i>amphotericin b liposome</i>	2	PA; NEDS
CLOTRIMAZOLE CREA 1%	4	EC
<i>clotrimazole crea 1%</i>	2	
<i>clotrimazole troc</i>	2	
CLOTRIMAZOLE SOLN 1%	4	EC
<i>clotrimazole soln 1%</i>	2	
<i>econazole nitrate</i>	2	
<i>fluconazole</i>	2	
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	2	
<i>flucytosine</i>	2	NEDS
GNP CLOTRIMAZOLE 3	4	EC

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>griseofulvin microsize</i>	2	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	2	
<i>itraconazole</i>	2	
<i>ketoconazole sham, tabs</i>	2	
<i>ketoconazole crea</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>klayesta</i>	2	
<i>micafungin</i>	2	
<i>miconazole 3</i>	2	
MICONAZOLE 3 COMBINATION PACK	4	EC
MICONAZOLE 3 COMBO PACK	4	EC
MICONAZOLE 7	4	EC
MICONAZOLE NITRATE	4	EC
<i>naftifine hcl</i>	2	
<i>naftifine hydrochloride</i>	2	
<i>nyamyc</i>	2	
<i>nystatin</i>	2	
<i>nystop</i>	2	
<i>posaconazole</i>	2	NEDS
<i>posaconazole dr</i>	2	NEDS
SM CLOTRIMAZOLE VAGINAL	4	EC
SM MICONAZOLE 3	4	EC
<i>terbinafine hcl</i>	2	QL(42 EA por 42 días)
<i>terconazole</i>	2	
TOLNAFTATE	4	EC
TOLNAFTATE ANTIFUNGAL	4	EC
<i>voriconazole tabs</i>	2	
<i>voriconazole susr</i>	2	NEDS
<i>voriconazole inj</i>	2	PA; NEDS
<b>Antineoplásicos</b>		
<b><i>Agentes alquilantes</i></b>		
<i>cyclophosphamide tabs</i>	2	PA BvD
<i>cyclophosphamide caps</i>	2	PA BvD; SP-Optum Specialty
GLEOSTINE CAPS 100MG, 10MG, 40MG	3	
LEUKERAN	3	NEDS
MATULANE	3	NEDS
VALCHLOR	3	NEDS; SP-Optum Specialty
<b><i>Agentes antiangiogénicos</i></b>		

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lenalidomide caps 2.5mg, 20mg</i>	2	PA NSO; NEDS
<i>lenalidomide caps 10mg, 15mg, 25mg, 5mg</i>	2	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
POMALYST	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
REVLIMID	3	PA NSO; NEDS
THALOMID	3	NEDS; SP-Optum Specialty
<b>Antiandrogénicos</b>		
<i>abiraterone acetate</i>	2	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bicalutamide</i>	2	
ERLEADA TABS 240MG	3	PA NSO; NEDS
ERLEADA TABS 60MG	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>flutamide</i>	2	
<i>nilutamide</i>	2	NEDS
NUBEQA	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XTANDI	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<b>Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco</b>		
DARZALEX	3	NEDS
OPDIVO	3	NEDS
YERVOY	3	NEDS
<b>Antiestrógenos/modificadores</b>		
EMCYT	3	NEDS
ORSERDU	3	PA NSO; NEDS
SOLTAMOX	3	NEDS
<i>tamoxifen citrate tabs</i>	2	
<i>toremifene citrate</i>	2	NEDS
<b>Antimetabolitos</b>		
DROXIA	3	
<i>hydroxyurea caps</i>	2	
<i>mercaptopurine tabs</i>	2	
PURIXAN	3	NEDS
TABLOID	3	SP-Optum Specialty
<b>Antineoplásicos, otros</b>		
AKEEGA	3	PA NSO; NEDS
<i>bortezomib inj 1mg, 2.5mg</i>	2	
<i>bortezomib inj 3.5mg/1.4ml, 3.5mg</i>	2	NEDS

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>docetaxel inj 160mg/8ml, 20mg/ml, 80mg/4ml</i>	2	
IBRANCE TABS 100MG, 125MG, 75MG	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INREBIC	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
IWILFIN	3	PA NSO; NEDS
KISQALI FEMARA 200 DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KISQALI FEMARA 400 DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KISQALI FEMARA 600 DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>leucovorin calcium tabs</i>	2	
LONSURF	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYSODREN	3	NEDS
OGSIVEO	3	PA NSO; NEDS
OJEMDA	3	PA NSO; NEDS
ONUREG	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>paclitaxel inj 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml, 30mg/5ml</i>	2	
SYNRIBO	3	NEDS
TRUSELTIQ	3	PA NSO; NEDS
VONJO	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZOLINZA	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<b>Complementos del tratamiento</b>		
MESNEX TABS	3	NEDS
<b>Inhibidores de enzimas</b>		
KYPROLIS	3	NEDS
<b>Inhibidores de la aromataasa, tercera generación</b>		
<i>anastrozole tabs</i>	2	
<i>exemestane</i>	2	
<i>letrozole</i>	2	
<b>Inhibidores moleculares dirigidos</b>		
ALECENSA	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ALUNBRIG	3	PA NSO; NEDS
AUGTYRO	3	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
AYVAKIT	3	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BALVERSA	3	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPS 50MG	3	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPS 100MG	3	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BOSULIF TABS 100MG	3	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BOSULIF TABS 400MG, 500MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BRAFTOVI CAPS 75MG	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BRUKINSA	3	PA NSO; NEDS
CABOMETYX	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
CALQUENCE TABS	3	PA NSO; NEDS
CALQUENCE CAPS	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
CAPRELSA TABS 300MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
CAPRELSA TABS 100MG	3	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
COMETRIQ	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
COPIKTRA	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
COTELLIC	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
DAURISMO	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ERIVEDGE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>erlotinib hydrochloride tabs 150mg, 25mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días); NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>erlotinib hydrochloride tabs 100mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días); NEDS; SP-Optum Specialty
<i>everolimus tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>everolimus tbso 2mg, 3mg, 5mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
EXKIVITY	3	PA NSO; NEDS
FOTIVDA	3	PA NSO; NEDS
FRUZAQLA	3	PA NSO; NEDS
GAVRETO	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>gefitinib</i>	2	PA NSO; NEDS
GILOTRIF	3	PA NSO; NEDS
IBRANCE CAPS 100MG, 125MG, 75MG	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ICLUSIG	3	PA NSO; NEDS
IDHIFA	3	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>imatinib mesylate</i>	2	NEDS; SP-Optum Specialty
IMBRUVICA SUSP	3	PA NSO; NEDS
IMBRUVICA CAPS, TABS	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INLYTA	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INQOVI	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
JAKAFI	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
JAYPIRCA	3	PA NSO; NEDS
KISQALI	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KOSELUGO	3	PA NSO; NEDS
KRAZATI	3	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lapatinib ditosylate</i>	2	QL(180 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LORBRENA	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LUMAKRAS TABS 320MG	3	PA NSO; NEDS
LUMAKRAS TABS 120MG	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYNPARZA TABS	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYTGOBI	3	PA NSO; NEDS
MEKINIST SOLR	3	PA NSO; NEDS
MEKINIST TABS	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
MEKTOVI	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
NERLYNX	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
NINLARO	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ODOMZO	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
OJJAARA	3	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pazopanib hydrochloride</i>	2	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
PEMAZYRE	3	PA NSO; NEDS
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
QINLOCK	3	PA NSO; NEDS
RETEVMO CAPS	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RETEVMO TABS 120MG, 160MG	3	PA NSO; NEDS
RETEVMO TABS 80MG	3	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
RETEVMO TABS 40MG	3	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
REZLIDHIA	3	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK PACK	3	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK CAPS	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RUBRACA	3	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RYDAPT	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
SCEMBLIX TABS 20MG, 40MG	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
SCEMBLIX TABS 100MG	3	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib</i>	2	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib tosylate</i>	2	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
SPRYCEL	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
STIVARGA	3	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sunitinib malate</i>	2	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TABRECTA	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAFINLAR TBSO	3	PA NSO; NEDS
TAFINLAR CAPS	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAGRISO	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TALZENNA CAPS 0.1MG, 0.35MG	3	PA NSO; NEDS
TALZENNA CAPS 0.25MG, 0.5MG, 0.75MG, 1MG	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TASIGNA	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAZVERIK	3	PA NSO; NEDS
TEPMETKO	3	PA NSO; NEDS
TIBSOVO	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TRUQAP	3	PA NSO; NEDS
TUKYSA	3	PA NSO; NEDS
TURALIO	3	PA NSO; NEDS
VANFLYTA	3	PA NSO; NEDS
VENCLEXTA STARTING PACK	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 100MG	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 10MG, 50MG	3	PA NSO; SP-Optum Specialty
VERZENIO	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VITRAKVI	3	PA NSO; NEDS
VIZIMPRO	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XALKORI CPSP	3	PA NSO; NEDS
XALKORI CAPS	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XOSPATA	3	PA NSO; NEDS
XPOVIO	3	PA NSO; NEDS
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	3	PA NSO; NEDS
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	3	PA NSO; NEDS
ZEJULA TABS	3	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
ZEJULA CAPS	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZELBORAF	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZYDELIG	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZYKADIA TABS	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<b>Retinoides</b>		
<i>bexarotene caps</i>	2	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bexarotene gel</i>	2	PA NSO; NEDS
PANRETIN	3	NEDS
<i>tretinoin caps 10mg</i>	2	NEDS; SP-Optum Specialty
<b>Antiparasitarios</b>		
<b>Antihelmínticos</b>		
<i>albendazole tabs</i>	2	
<i>ivermectin tabs</i>	2	
<i>praziquantel tabs</i>	2	
REESES PINWORM MEDICINE SUSP 144MG/ML	4	EC
<b>Antiprotozoico</b>		
<i>atovaquone</i>	2	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	2	
<i>chloroquine phosphate tabs</i>	2	
COARTEM	3	QL(24 EA por 3 días)
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 200mg</i>	2	
<i>mefloquine hcl</i>	2	
<i>nitazoxanide</i>	2	
<i>pentamidine isethionate inj</i>	2	
<i>pentamidine isethionate inhalation solr</i>	2	PA BvD
<i>primaquine phosphate tabs</i>	2	
<i>pyrimethamine tabs</i>	2	NEDS
<i>quinine sulfate caps 324mg</i>	2	PA
<b>Antipsicóticos</b>		
<b>Primera generación/típico</b>		
<i>chlorpromazine hcl tabs</i>	2	
<i>chlorpromazine hydrochloride conc, tabs</i>	2	
<i>fluphenazine decanoate inj</i>	2	
<i>fluphenazine hcl conc</i>	2	
<i>fluphenazine hcl tabs 1mg</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluphenazine hydrochloride elix, inj</i>	2	
<i>fluphenazine hydrochloride tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	2	
<i>haloperidol decanoate inj</i>	2	
<i>haloperidol lactate</i>	2	
<i>haloperidol conc, tabs</i>	2	
<i>loxapine</i>	2	
<i>molindone hydrochloride</i>	2	
<i>perphenazine tabs</i>	2	
<i>pimozide</i>	2	
<i>thioridazine hcl tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>thiothixene caps 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	2	
<i>trifluoperazine hcl tabs 10mg, 2mg, 5mg</i>	2	
<i>trifluoperazine hydrochloride tabs 1mg</i>	2	
<b>Resistente al tratamiento</b>		
<i>clozapine odt</i>	2	
<i>clozapine tabs 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	
VERSACLOZ	3	NEDS
<b>Segunda generación/atípico</b>		
ABILIFY ASIMTUFII	3	NEDS
ABILIFY MAINTENA	3	NEDS
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT TBPk 10MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
ABILIFY MYCITE STARTER KIT TBPk 15MG, 20MG, 2MG, 30MG, 5MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>aripiprazole</i>	2	
<i>aripiprazole odt</i>	2	
ARISTADA	3	NEDS
ARISTADA INITIO	3	NEDS
<i>asenapine maleate sl</i>	2	ST NSO
CAPLYTA	3	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
FANAPT	3	ST NSO; NEDS
FANAPT TITRATION PACK	3	ST NSO
INVEGA HAFYERA	3	NEDS
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	3	
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	3	NEDS
INVEGA TRINZA	3	NEDS
<i>lurasidone hydrochloride tabs 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lurasidone hydrochloride tabs 80mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI	3	PA NSO; NEDS
NUPLAZID CAPS	3	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
NUPLAZID TABS 10MG	3	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>olanzapine</i>	2	
<i>olanzapine odt</i>	2	
<i>paliperidone er</i>	2	
PERSERIS	3	NEDS
<i>quetiapine fumarate tabs 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg</i>	2	
<i>quetiapine fumarate tabs 25mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
REXULTI	3	NEDS
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG, 25MG	3	
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG, 50MG	3	NEDS
<i>risperidone</i>	2	
<i>risperidone er inj 12.5mg, 25mg</i>	2	
<i>risperidone er inj 37.5mg, 50mg</i>	2	NEDS
<i>risperidone odt</i>	2	
SECUADO	3	NEDS
VRAYLAR CPPK	3	
VRAYLAR CAPS	3	NEDS
<i>ziprasidone hcl</i>	2	
<i>ziprasidone mesylate</i>	2	
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	3	
ZYPREXA RELPREVV INJ 300MG, 405MG	3	NEDS
<b>Antivírico</b>		
<b><i>Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)</i></b>		
APTIVUS CAPS	3	NEDS
<i>atazanavir</i>	2	
<i>atazanavir sulfate caps 300mg</i>	2	
<i>darunavir</i>	2	NEDS
EVOTAZ	3	NEDS
<i>fosamprenavir calcium</i>	2	NEDS
LEXIVA SUSP	3	
<i>lopinavir/ritonavir</i>	2	
NORVIR PACK, SOLN	3	
PREZCOBIX	3	NEDS

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
PREZISTA SUSP	3	NEDS
PREZISTA TABS 75MG	3	
PREZISTA TABS 150MG	3	NEDS
REYATAZ PACK	3	NEDS
<i>ritonavir</i>	2	
SYMTUZA	3	NEDS
VIRACEPT TABS 250MG	3	
VIRACEPT TABS 625MG	3	NEDS
<b>Agentes anti-VIH, otros</b>		
FUZEON	3	NEDS
<i>maraviroc tabs 300mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días); NEDS
<i>maraviroc tabs 150mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días); NEDS
RUKOBIA	3	NEDS
SELZENTRY SOLN	3	QL(1800 ML por 30 días)
SELZENTRY TABS 25MG	3	
SELZENTRY TABS 75MG	3	NEDS
SUNLENCA TBPK	3	NEDS
TYBOST	3	
<b>Agentes anticitomegalovirus (CMV)</b>		
<i>cidofovir</i>	2	NEDS
LIVTENCITY	3	PA; NEDS
PREVYMIS TABS	3	PA; NEDS
<i>valganciclovir</i>	2	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	2	NEDS
<b>Agentes antigripales</b>		
<i>amantadine hcl caps, soln, tabs</i>	2	
<i>oseltamivir phosphate caps, susr</i>	2	
RELENZA DISKHALER	3	
<i>rimantadine hydrochloride</i>	2	
XOFLUZA TBPK 40MG, 80MG	3	QL(1 EA por 7 días)
<b>Agentes antihepatitis C (VHC)</b>		
MAVYRET	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>ribavirin caps</i>	2	SP-Optum Specialty
<i>ribavirin tabs 200mg</i>	2	SP-Optum Specialty
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	2	PA; NEDS
VOSEVI	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<b>Agentes antiherpéticos</b>		
<i>acyclovir sodium inj 50mg/ml</i>	2	PA
<i>acyclovir caps, susp, tabs</i>	2	
<i>famciclovir tabs</i>	2	
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	2	
<b>Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)</b>		
BIKTARVY	3	NEDS
DOVATO	3	NEDS
GENVOYA	3	NEDS
ISENTRESS HD	3	QL(60 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS PACK	3	
ISENTRESS TABS	3	QL(120 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS CHEW 100MG	3	QL(180 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS CHEW 25MG	3	QL(720 EA por 30 días)
JULUCA	3	NEDS
STRIBILD	3	NEDS
TIVICAY PD	3	
TIVICAY TABS 10MG	3	
TIVICAY TABS 25MG, 50MG	3	NEDS
<b>Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)</b>		
COMPLERA	3	NEDS
DELSTRIGO	3	NEDS
EDURANT	3	NEDS
<i>efavirenz</i>	2	
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	2	NEDS
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	2	NEDS
<i>etravirine</i>	2	NEDS
INTELENCE TABS 25MG	3	
<i>nevirapine</i>	2	
<i>nevirapine er</i>	2	
PIFELTRO	3	NEDS
<b>Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)</b>		
<i>abacavir</i>	2	
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	2	
CIMDUO	3	NEDS

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
DESCOVY	3	NEDS
<i>emtricitabine</i>	2	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	2	NEDS
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg; 300mg</i>	2	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg; 150mg, 133mg; 200mg</i>	2	NEDS
EMTRIVA SOLN	3	
<i>lamivudine/zidovudine</i>	2	
<i>lamivudine soln 10mg/ml</i>	2	
<i>lamivudine tabs 150mg, 300mg</i>	2	
ODEFSEY	3	NEDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	2	
TRIUMEQ	3	NEDS
TRIUMEQ PD	3	
TRIZIVIR	3	NEDS
VIREAD POWD	3	NEDS
VIREAD TABS 150MG, 200MG, 250MG	3	NEDS
<i>zidovudine</i>	2	
<b>Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)</b>		
<i>adefovir dipivoxil</i>	2	
<i>entecavir</i>	2	
<i>lamivudine tabs 100mg</i>	2	
VEMLIDY	3	NEDS
<b>Antivirales, agentes de coronavirus</b>		
LAGEVRIO	3	QL(40 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK 150MG; 100MG	3	QL(20 EA por 5 días); \$0 Copay
PAXLOVID TBPK 150MG; 100MG	3	QL(30 EA por 5 días); \$0 Copay
<b>Electrolitos/minerales/metales/vitaminas</b>		
<b>Aglutinantes de potasio</b>		
LOKELMA	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powd</i>	2	
<i>sps</i>	2	
<b>Electrolitos/minerales/metales/vitaminas</b>		
VITAMIN B1 TABS 100MG	4	EC
<b>Modificadores de electrolitos/minerales/metales</b>		
CHEMET	3	NEDS

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>deferasirox pack</i>	2	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tabs</i>	2	SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tbso 250mg, 500mg</i>	2	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tbso 125mg</i>	2	SP-Optum Specialty
<i>penicillamine tabs</i>	2	NEDS
<i>trientine hydrochloride</i>	2	NEDS
<b>Quelantes de fosfato</b>		
<i>calcium acetate caps</i>	2	
<i>calcium acetate tabs 667mg</i>	2	EC
<i>sevelamer carbonate</i>	2	
VELPHORO	3	NEDS
<b>Reemplazo de electrolitos/minerales</b>		
AMINOSYN II INJ 107.6MEQ/L; 1490MG/100ML; 1527MG/100ML; 1050MG/100ML; 1107MG/100ML; 750MG/100ML; 450MG/100ML; 990MG/100ML; 1500MG/100ML; 1575MG/100ML; 258MG/100ML; 405MG/100ML; 447MG/100ML; 1083MG/100ML; 795MG/100ML; 50MEQ/L; 600MG/100ML; 300MG/100ML; 750MG/100ML	3	PA BvD
AMINOSYN-PF 7% INJ 32.5MEQ/L; 490MG/100ML; 861MG/100ML; 370MG/100ML; 576MG/100ML; 270MG/100ML; 220MG/100ML; 534MG/100ML; 831MG/100ML; 475MG/100ML; 125MG/100ML; 300MG/100ML; 570MG/100ML; 347MG/100ML; 50MG/100ML; 360MG/100ML; 125MG/100ML; 44MG/100ML; 452MG/100ML	3	PA BvD
CALCIUM 500/VITAMIN D3	4	EC
CALCIUM 600 WITH VITAMIN D CHEW	4	EC
CALCIUM CARBONATE SUSP	4	EC
CALCIUM CARBONATE TABS 1250MG	4	EC
CALCIUM CITRATE TABS 200MG	4	EC
CALCIUM HIGH POTENCY TABS 1500MG	4	EC
<i>carglumic acid</i>	2	PA; NEDS
CHELATED MAGNESIUM	4	EC
CLINIMIX 6/5	3	PA BvD
CLINIMIX 8/10	3	PA BvD
CLINIMIX E 8/10	3	PA BvD
<i>dextrose 10%</i>	2	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 5%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	2	
<i>dextrose 50%</i>	2	
<i>dextrose 70%</i>	2	
<i>dextrose/sodium chloride</i>	2	
<i>effe-r-k tbe-f 25meq</i>	2	
FERROUS GLUCONATE TABS 240MG, 324MG	4	EC
FERROUS SULFATE TBEC	4	EC
FERROUS SULFATE SOLN 220MG/5ML, 300MG/5ML	4	EC
FERROUS SULFATE TABS 325MG	4	EC
IRON POLYSACCHARIDE COMPLEX	4	EC
IRON TBCR 45MG	4	EC
<i>k-prime</i>	2	
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 10meq/l; 0.45%</i>	2	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	2	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 20meq/l; 0.45%</i>	2	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 20meq/l; 0.9%</i>	2	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 40meq/l; 0.45%</i>	2	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	2	
<i>klor-con</i>	2	
<i>klor-con 10</i>	2	
<i>klor-con 8</i>	2	
<i>klor-con m10</i>	2	
<i>klor-con m15</i>	2	
<i>klor-con m20</i>	2	
<i>klor-con/ef</i>	2	
KP FERROUS GLUCONATE	4	EC
<i>lactated ringers inj 3meq/l; 109meq/l; 28meq/l; 4meq/l; 130meq/l</i>	2	
MAG-OXIDE	4	EC
MAGNESIUM GLYCINATE	4	EC
MAGNESIUM OXIDE CAPS 500MG	4	EC
MAGNESIUM OXIDE TABS 250MG, 400MG, 420MG	4	EC
<i>magnesium sulfate inj 50%</i>	2	
MAGNESIUM TABS 250MG, 500MG	4	EC

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
PLENAMINE	3	PA BvD
<i>potassium chloride er</i>	2	
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride inj 5%; 10meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.225%, 5%; 20meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.9%, 5%; 30meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	2	
<i>potassium chloride pack, oral soln</i>	2	
<i>potassium chloride inj 10meq/50ml, 20meq/50ml, 2meq/ml</i>	2	
<i>potassium citrate er</i>	2	
PREMASOL INJ 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	3	PA BvD
PROSOL	3	PA BvD
<i>sodium chloride 0.45% inj</i>	2	
<i>sodium chloride inj 0.9%, 2.5meq/ml, 3%, 4meq/ml, 5%</i>	2	
SODIUM CHLORIDE TABS 1GM	4	EC
SODIUM FLUORIDE CHEW 0.25MG, 0.5MG, 1MG	4	EC
SODIUM FLUORIDE SOLN 0.5MG/ML	4	EC
TRAVASOL INJ 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 500MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	3	PA BvD
TROPHAMINE INJ 0.54GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.32GM/100ML; 0; 0; 0.5GM/100ML; 0.36GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.82GM/100ML; 1.4GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.34GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.68GM/100ML; 0.38GM/100ML; 5MEQ/L; 0.025GM/100ML; 0.42GM/100ML; 0.2GM/100ML; 0.24GM/100ML; 0.78GM/100ML	3	PA BvD
<b>Vitaminas</b>		
B COMPLEX/C TABS 300MG; 150MG; 10MG; 50MG; 5MG; 10.2MG; 15MG	4	EC
B COMPLEX CAPS 5MG; 1MCG; 60MG; 20MG; 0.5MG; 3MG; 3MG; 60MG	4	EC
B COMPLEX TABS 6MCG; 0.4MG; 20MG; 10MG; 2MG; 1.7MG; 1.2MG	4	EC

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
B-COMPLEX/B-12 LIQD 1200MCG/ML; 30MG/ML; 20MG/ML; 2MG/ML; 1.7MG/ML	4	EC
B-COMPLEX CAPS 5MG; 1MCG; 400MCG; 60MG; 20MG; 0.5MG; 3MG; 3MG; 60MG	4	EC
B-COMPLEX TABS 6MCG; 400MCG; 20MG; 2MG; 1.7MG; 1.5MG	4	EC
C COMPLEX TBCR 500MG; 25MG; 25MG; 40MG; 5MG	4	EC
CALCIUM ASCORBATE TABS	4	EC
COD LIVER OIL CAPS 4000UNIT; 200UNIT	4	EC
CYANOCOBALAMIN INJ 1000MCG/ML	4	EC
D 5000 CAPS	4	EC
D-5000	4	EC
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX	4	EC
ENDUR-ACIN TBCR 750MG	4	EC
ENDUR-AMIDE TBCR 750MG	4	EC
ERGOCALCIFEROL SOLN	4	EC
FOLIC ACID INJ	4	EC
FOLIC ACID CAPS 800MCG	4	EC
FOLIC ACID TABS 1MG, 400MCG, 800MCG	4	EC
GNP VITAMIN E WATER DISPERSIBLE	4	EC
HEALTHY KIDS COD LIVER OIL/VITAMIN D	4	EC
KP FOLIC ACID TABS 1MG	4	EC
LIQUID VITAMIN C	4	EC
MULTI VITAMIN TABS 60MG; 0; 45MG; 0; 10MG; 0; 400UNIT; 6MCG; 400MCG; 20MG; 2MG; 3000UNIT; 1.7MG; 1.5MG; 30UNIT	4	EC
MULTI-VIT/IRON/FLUORIDE SOLN 35MG/ML; 400UNIT/ML; 10MG/ML; 8MG/ML; 0.4MG/ML; 1500UNIT/ML; 0.6MG/ML; 0.25MG/ML; 0.5MG/ML; 5UNIT/ML	4	EC
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE DROPS SOLN 35MG/ML; 400UNIT/ML; 2MCG/ML; 8MG/ML; 0.4MG/ML; 1500UNIT/ML; 0.6MG/ML; 0.5MG/ML; 0.5MG/ML; 5UNIT/ML	4	EC
MULTI-VITAMIN/MINERALS TABS 60MG; 160MG; 6MCG; 18MG; 0.4MG; 150MCG; 100MG; 20MG; 125MG; 2MG; 1.7MG; 1.2MG; 5000UNIT; 400UNIT; 15MG	4	EC
MULTIVITAMIN CHILDRENS CHEW 60MG; 0; 10MCG; 4.5MCG; 300MCG; 13.5MG; 1.05MG; 750MCG; 1.2MG; 0; 1.05MG; 6.75MG; 0	4	EC

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
MULTIVITAMIN GUMMIES ADULT CHEW 30MG; 150MCG; 2.5MG; 400UNIT; 20MCG; 3MCG; 200MCG; 30MCG; 140MG; 1MG; 5MG; 1MG; 1250UNIT; 7.5UNIT; 2.5MG	4	EC
MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE SOLN	4	EC
NIACIN TIMED RELEASE	4	EC
NIACIN TR CPR 250MG	4	EC
NIACIN TR TBCR 250MG	4	EC
NIACINAMIDE PROLONGED RELEASE	4	EC
NIACINAMIDE TABS 500MG	4	EC
NIACIN TABS 100MG, 250MG, 500MG, 50MG	4	EC
PHYTONADIONE TABS	4	EC
<i>prenatal tabs 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	2	
RENAL CAPS	4	EC
VITAMIN A PALMITATE TABS 10000UNIT	4	EC
VITAMIN A CAPS 10000UNIT, 8000UNIT	4	EC
VITAMIN B COMPLEX TABS 2MCG; 15MG; 5MG; 2MG; 2MG; 2MG	4	EC
VITAMIN B-12 TBDP	4	EC
VITAMIN B-12 LOZG 500MCG	4	EC
VITAMIN B-12 SUBL 1000MCG, 2500MCG, 500MCG	4	EC
VITAMIN B-12 TABS 1000MCG, 100MCG, 250MCG, 500MCG	4	EC
VITAMIN B-1 TABS 100MG, 50MG	4	EC
VITAMIN B-2	4	EC
VITAMIN B-6 TABS 100MG, 25MG, 50MG	4	EC
VITAMIN B-COMPLEX 100 INJ 2MG/ML; 100MG/ML; 2MG/ML; 2MG/ML; 100MG/ML	4	EC
VITAMIN B1 TABS 250MG	4	EC
VITAMIN B6 TABS 250MG	4	EC
VITAMIN C GUMMIES	4	EC
VITAMIN C TR TBCR 500MG	4	EC
VITAMIN C-500 TIMED RELEASE	4	EC
VITAMIN C CHEW 250MG, 500MG	4	EC
VITAMIN C LIQD 500MG/5ML	4	EC
VITAMIN C TABS 1000MG, 250MG, 500MG	4	EC
VITAMIN D (ERGOCALCIFEROL)	4	EC
VITAMIN D INFANT LIQD 400UNIT/ML	4	EC
VITAMIN D-3 TABS 2000UNIT	4	EC
VITAMIN D3 400	4	EC

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
VITAMIN D3 CAPS 1000UNIT, 250MCG; 0; 0, 50MCG	4	EC
VITAMIN D3 CHEW 1000UNIT, 2000UNIT, 400UNIT	4	EC
VITAMIN D3 TABS 25MCG, 400UNIT	4	EC
VITAMIN D CAPS 50000UNIT	4	EC
VITAMIN E CAPS 400UNIT, 90MG	4	EC
VITAMIN E SOLN 15MG/0.67ML	4	EC
VITAMIN K1 INJ 10MG/ML, 1MG/0.5ML	4	EC
VITAMINS A & D	4	EC
<b>Productos y modificadores sanguíneos</b>		
<b>Agentes homeostáticos</b>		
<i>aminocaproic acid inj, oral soln</i>	2	
<i>aminocaproic acid tabs 500mg</i>	2	
<i>tranexamic acid tabs</i>	2	
<b>Agentes modificadores de plaquetas</b>		
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	2	
BRILINTA	3	
CABLIVI	3	NEDS
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel</i>	2	
DOPTELET	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>prasugrel hydrochloride</i>	2	
<b>Anticoagulantes</b>		
<i>dabigatran etexilate</i>	2	
ELIQUIS	3	
ELIQUIS STARTER PACK	3	
<i>enoxaparin sodium</i>	2	
<i>fondaparinux sodium inj 2.5mg/0.5ml</i>	2	
<i>fondaparinux sodium inj 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	2	NEDS
FRAGMIN INJ 10000UNIT/4ML, 2500UNIT/0.2ML, 5000UNIT/0.2ML	3	
FRAGMIN INJ 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNIT/0.72ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	3	NEDS
<i>heparin sodium/d5w inj 5%; 40unit/ml</i>	2	
<i>heparin sodium inj 10000unit/ml, 1000unit/ml, 20000unit/ml, 5000unit/0.5ml, 5000unit/ml</i>	2	
<i>jantoven</i>	2	
<i>warfarin sodium tabs</i>	2	
XARELTO STARTER PACK	3	
XARELTO TABS	3	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<b>Productos y modificadores sanguíneos, otros</b>		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	2	
MOZOBIL	3	NEDS
NEULASTA	3	NEDS; SP-Optum Specialty
NEULASTA ONPRO KIT	3	NEDS
<i>plerixafor</i>	2	NEDS
PROCRIT INJ 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	3	NEDS; SP-Optum Specialty
PROCRIT INJ 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	3	SP-Optum Specialty
PROMACTA	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	3	NEDS; SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	3	SP-Optum Specialty
UDENYCA ONBODY	3	NEDS
UDENYCA INJ 6MG/0.6ML	3	NEDS
UDENYCA INJ 6MG/0.6ML	3	NEDS; SP-Optum Specialty
ZARXIO	3	NEDS; SP-Optum Specialty
<b>Reguladores de la glucemia</b>		
<b>Agentes antidiabéticos</b>		
<i>acarbose tabs</i>	2	
BYDUREON BCISE	3	PA
BYETTA	3	PA
<i>glimepiride</i>	2	
<i>glipizide er</i>	2	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	2	
<i>glipizide tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>glyburide micronized</i>	2	
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	2	
<i>glyburide tabs 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	2	
GLYXAMBI	3	
JANUMET	3	
JANUMET XR	3	
JANUVIA	3	
JENTADUETO	3	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
JENTADUETO XR	3	
<i>metformin hydrochloride er tb24 500mg, 750mg</i>	2	
<i>metformin hydrochloride soln</i>	2	
<i>metformin hydrochloride tabs 1000mg, 500mg, 850mg</i>	2	
<i>migliol</i>	2	
MOUNJARO	3	PA
<i>nateglinide</i>	2	
OZEMPIC	3	PA
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	2	
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	2	
<i>pioglitazone hcl tabs 45mg</i>	2	
<i>pioglitazone hydrochloride tabs 15mg, 30mg</i>	2	
<i>repaglinide</i>	2	
RYBELSUS	3	PA
<i>saxagliptin hydrochloride</i>	2	
<i>saxagliptin hydrochloride/metformin hydrochloride er</i>	2	
SYMLINPEN 120	3	NEDS
SYMLINPEN 60	3	NEDS
SYNJARDY	3	
SYNJARDY XR	3	
TRADJENTA	3	
TRULICITY	3	PA
XIGDUO XR	3	
<b>Agentes antidiabéticos</b>		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
<i>diazoxide susp</i>	2	
GLUCAGEN HYPOKIT	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT	2	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR INJ 1MG	2	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR INJ 1MG/ML	3	
GLUTOSE 5	4	EC
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	
GVOKE KIT	3	
GVOKE PFS	3	
<b>Insulinas</b>		
HUMALOG	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
HUMALOG KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 50/50	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75/25	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	
HUMULIN 70/30	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	
HUMULIN N	3	
HUMULIN N KWIKPEN	3	
HUMULIN R	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	
INSULIN LISPRO	3	
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH	3	
NOVOLIN 70/30	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	3	
NOVOLIN N	3	
NOVOLIN N FLEXPEN	3	
NOVOLIN R	3	
NOVOLIN R FLEXPEN	3	
NOVOLOG	3	
NOVOLOG FLEXPEN	3	
NOVOLOG MIX 70/30	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	3	
NOVOLOG PENFILL	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	3	
TOUJEO SOLOSTAR	3	
TRESIBA	3	
TRESIBA FLEXTOUCH	3	
<b>Relajantes musculares esqueléticos</b>		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	2	
<b>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</b>		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
<i>betaine anhydrous</i>	2	NEDS
CHOLBAM	3	PA; NEDS
CREON	3	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cromolyn sodium conc 100mg/5ml</i>	2	
CYSTAGON	3	
<i>dichlorphenamide</i>	2	PA; NEDS
ENDARI	3	NEDS
<i>l-glutamine</i>	2	NEDS
<i>miglustat</i>	2	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>nitisinone caps 20mg</i>	2	PA; NEDS
<i>nitisinone caps 10mg, 2mg, 5mg</i>	2	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PROLASTIN-C	3	PA; NEDS
PYRUKYND	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PYRUKYND TAPER PACK	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
REVCOVI	3	NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	2	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>sodium phenylbutyrate</i>	2	NEDS
SUCRAID	3	NEDS
WELIREG	3	PA NSO; NEDS
<i>yargesa</i>	2	PA; NEDS
ZENPEP	3	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

## D. Índice de medicamentos cubiertos

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	65	<i>albuterol sulfate</i>	38
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	65	<i>albuterol sulfate hfa</i>	38
ABELCET	52	<i>alcohol prep pads</i>	39
ABILIFY ASIMTUFII	62	ALECENSA	55
ABILIFY MAINTENA	62	<i>alendronate sodium</i>	10
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	62	<i>alfuzosin hcl er</i>	19
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	62	ALIGN	18
<i>abiraterone acetate</i>	54	<i>aliskiren</i>	5
ABRYSVO	28	<i>allopurinol</i>	9
<i>acamprosate calcium dr</i>	33	ALOCRIL	30
<i>acarbose</i>	73	<i>alosetron hydrochloride</i>	16
<i>accutane</i>	14	ALPHAGAN P	30
<i>acebutolol hydrochloride</i>	4	<i>alprazolam</i>	44
ACETAMINOPHEN	12	<i>alprazolam er</i>	44
ACETAMINOPHEN	42	ALUMINUM HYDROXIDE	18
ACETAMINOPHEN	42	ALUNBRIG	55
ACETAMINOPHEN ER 8 HOUR	42	<i>alyq</i>	35
ARTHRITIS PAIN		<i>amabelz</i>	21
ACETAMINOPHEN EXTRA STRENGTH	42	<i>amantadine hcl</i>	64
ACETAMINOPHEN PM EXTRA	36	<i>ambrisentan</i>	35
STRENGTH		<i>amcinonide</i>	14
<i>acetaminophen/codeine</i>	40	AMERIDERM PERISHIELD	13
<i>acetazolamide</i>	30	<i>amethia</i>	21
<i>acetazolamide er</i>	30	<i>amikacin sulfate</i>	44
<i>acetic acid</i>	40	<i>amiloride hcl</i>	8
<i>acetic acid 0.25%</i>	20	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	5
<i>acetylcysteine</i>	33	<i>aminocaproic acid</i>	72
<i>acitretin</i>	14	AMINOSYN II	67
ACTHIB	28	AMINOSYN-PF 7%	67
ACTIMMUNE	26	<i>amiodarone hydrochloride</i>	7
<i>acyclovir</i>	65	<i>amitriptyline hcl</i>	50
<i>acyclovir sodium</i>	65	<i>amitriptyline hydrochloride</i>	50
ADACEL	28	<i>amlodipine besylate</i>	5
<i>adapalene</i>	14	<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	5
<i>adefovir dipivoxil</i>	66	<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	6
ADEMPAS	35	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	6
ADTHYZA	24	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	6
AIMOVIG	3	<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6
AKEEGA	54	AMMONIUM LACTATE	14
<i>albendazole</i>	61	<i>amnesteam</i>	14
		<i>amoxapine</i>	50
		<i>amoxicillin</i>	46
		<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	46

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	46	<i>atorvastatin calcium</i>	7
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	11	<i>atovaquone</i>	61
<i>amphotericin b</i>	52	<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	61
<i>amphotericin b liposome</i>	52	<i>atropine sulfate</i>	30
<i>ampicillin</i>	46	ATROVENT HFA	37
<i>ampicillin sodium</i>	46	AUGTYRO	55
<i>ampicillin/sulbactam</i>	46	AUSTEDO	12
<i>ampicillin-sulbactam</i>	46	AUVELITY	50
<i>anagrelide hydrochloride</i>	73	<i>aviane</i>	21
<i>anastrozole</i>	55	<i>avita</i>	14
ANORO ELLIPTA	33	AVONEX	10
ANTACID CALCIUM RICH	18	AVONEX PEN	10
ANTACID EXTRA STRENGTH	18	AYVAKIT	56
ANTACID MAXIMUM STRENGTH	18	<i>azathioprine</i>	27
ANTACID ULTRA STRENGTH	18	<i>azelaic acid</i>	14
ANTACID/ANTIGAS LIQUID	18	<i>azelastine hcl</i>	30
ANTI-DANDRUFF SHAMPOO	14	<i>azelastine hcl</i>	36
<i>apraclonidine</i>	30	<i>azelastine hydrochloride</i>	36
<i>aprepitant</i>	51	<i>azithromycin</i>	47
<i>apri</i>	21	<i>aztreonam</i>	44
APTIOM	49	B COMPLEX	69
APTIVUS	63	B COMPLEX/C	69
ARCALYST	25	<i>bacitracin</i>	31
AREXVY	28	BACITRACIN	44
<i>arformoterol tartrate</i>	38	BACITRACIN ZINC	44
ARIKAYCE	44	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	30
<i>aripiprazole</i>	62	<i>baclofen</i>	3
<i>aripiprazole odt</i>	62	<i>balsalazide disodium</i>	9
ARISTADA	62	BALVERSA	56
ARISTADA INITIO	62	<i>balziva</i>	21
<i>armodafinil</i>	12	BAQSIMI ONE PACK	74
ARMOUR THYROID	24	BAQSIMI TWO PACK	74
ARTIFICIAL TEARS	30	BCG VACCINE	28
<i>asenapine maleate sl</i>	62	B-COMPLEX	70
<i>ashlyna</i>	21	B-COMPLEX/B-12	70
ASPIRIN EC	42	<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x</i>	39
ASPIRIN REGULAR STRENGTH	42	<i>1/2"</i>	
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	72	<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x</i>	39
<i>atazanavir</i>	63	<i>5/16"</i>	
<i>atazanavir sulfate</i>	63	<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x</i>	39
<i>atenolol</i>	4	<i>12.7mm</i>	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	6	<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	39
<i>atomoxetine</i>	11	<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	39
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	11	<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	39

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm</i>	39	BREZTRI AEROSPHERE	34
BELSOMRA	12	<i>briellyn</i>	21
<i>benazepril hcl</i>	8	BRILINTA	72
<i>benazepril hydrochloride</i>	8	<i>brimonidine tartrate</i>	30
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	30
BENLYSTA	25	<i>brinzolamide</i>	30
BENZOYL PEROXIDE	16	BRIVIACT	49
BENZOYL PEROXIDE WASH	16	<i>bromfenac</i>	32
<i>benztropine mesylate</i>	4	<i>bromfenac sodium</i>	32
<i>bepotastine besilate</i>	30	<i>bromocriptine mesylate</i>	4
BERINERT	26	BROMSITE	32
BESIVANCE	31	BRONCHITOL	34
BESREMI	26	BRUKINSA	56
<i>betaine anhydrous</i>	75	<i>budesonide</i>	9
<i>betamethasone dipropionate</i>	14	<i>budesonide</i>	37
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	14	<i>budesonide er</i>	9
<i>betamethasone valerate</i>	15	BUDESONIDE NASAL SPRAY	37
BETASERON	10	<i>bumetanide</i>	8
<i>betaxolol hcl</i>	30	<i>buprenorphine</i>	40
<i>bethanechol chloride</i>	20	<i>buprenorphine hcl</i>	33
BETIMOL	30	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	33
BEVESPI AEROSPHERE	33	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	33
<i>bexarotene</i>	61	<i>bupropion hcl</i>	50
BEXSERO	28	<i>bupropion hydrochloride</i>	50
<i>bicalutamide</i>	54	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	32
BICILLIN L-A	46	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	50
BIKTARVY	65	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	50
<i>bimatoprost</i>	32	<i>buspirone hcl</i>	44
BISACODYL	16	<i>buspirone hydrochloride</i>	44
BISACODYL EC	16	<i>butorphanol tartrate</i>	41
BISMUTH	18	BYDUREON BCISE	73
<i>bisoprolol fumarate</i>	4	BYETTA	73
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	6	C COMPLEX	70
BIVIGAM	27	<i>cabergoline</i>	24
BOOSTRIX	28	CABLIVI	72
<i>bortezomib</i>	54	CABOMETYX	56
<i>bosentan</i>	35	<i>calcipotriene</i>	13
BOSULIF	56	<i>calcitonin salmon</i>	10
BP WASH	16	<i>calcitonin-salmon</i>	10
BRAFTOVI	56	<i>calcitriol</i>	10
BREO ELLIPTA	33	<i>calcitriol</i>	13
BREYNA	34	CALCIUM 500/VITAMIN D3	67
		CALCIUM 600 WITH VITAMIN D	67

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>calcium acetate</i>	67	<i>ceftriaxone/dextrose</i>	46
CALCIUM ANTACID	18	<i>cefuroxime axetil</i>	46
CALCIUM ASCORBATE	70	<i>cefuroxime sodium</i>	46
CALCIUM CARBONATE	67	<i>celecoxib</i>	42
CALCIUM CITRATE	67	<i>cephalexin</i>	46
CALCIUM HIGH POTENCY	67	CETIRIZINE HCL	36
CALQUENCE	56	CETIRIZINE HYDROCHLORIDE	36
<i>camila</i>	23	CETIRIZINE HYDROCHLORIDE	36
<i>candesartan cilexetil</i>	7	CHILDRENS ALLERGY	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	6	CETIRIZINE	36
CAPLYTA	62	HYDROCHLORIDE/PSEUDOEPHEDRIN	
CAPRELSA	56	E HYDROCHLORIDE	
CAPSAICIN	13	<i>cevimeline hydrochloride</i>	13
CAPSAICIN	39	CHELATED MAGNESIUM	67
<i>captopril</i>	8	CHEMET	66
<i>carbamazepine</i>	49	CHEWABLE ACETAMINOPHEN	39
<i>carbamazepine er</i>	49	CHILDRENS	
<i>carbidopa</i>	4	CHILDRENS APAP	39
<i>carbidopa/levodopa</i>	4	<i>chlorhexidine gluconate</i>	13
<i>carbidopa/levodopa er</i>	4	<i>chloroquine phosphate</i>	61
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	4	CHLORPHENIRAMINE MALEATE	36
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	4	<i>chlorpromazine hcl</i>	61
<i>carglumic acid</i>	67	<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	61
<i>carteolol hcl</i>	30	<i>chlorthalidone</i>	8
<i>cartia xt</i>	5	CHOCOLATED LAXATIVE REGULAR	16
<i>carvedilol</i>	4	STRENGTH	
CAYSTON	35	CHOLBAM	75
<i>cefaclor</i>	45	<i>cholestyramine</i>	8
<i>cefadroxil</i>	45	<i>cholestyramine light</i>	8
<i>cefazolin</i>	45	<i>ciclopirox</i>	16
<i>cefazolin sodium</i>	45	<i>ciclopirox nail lacquer</i>	16
<i>cefazolin sodium/dextrose</i>	45	<i>ciclopirox olamine</i>	16
<i>cefdinir</i>	46	<i>cidofovir</i>	64
<i>cefepime</i>	46	<i>cilostazol</i>	72
<i>cefepime hydrochloride</i>	46	CIMDUO	65
<i>cefepime/dextrose</i>	46	<i>cimetidine</i>	19
<i>cefixime</i>	46	<i>cinacalcet hydrochloride</i>	10
<i>cefotetan</i>	46	<i>ciprofloxacin</i>	40
<i>cefoxitin sodium</i>	46	<i>ciprofloxacin</i>	47
<i>cefpodoxime proxetil</i>	46	<i>ciprofloxacin hcl</i>	47
<i>cefprozil</i>	46	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	31
<i>ceftazidime</i>	46	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	47
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	46	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	47
<i>ceftriaxone sodium</i>	46	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	40

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>citalopram hydrobromide</i>	51	CORTIFOAM	9
<i>claravis</i>	14	CORTISPORIN-TC	40
<i>clarithromycin</i>	47	COSENTYX	25
<i>clarithromycin er</i>	47	COSENTYX SENSOREADY PEN	25
CLENPIQ	18	COSENTYX UNOREADY	25
<i>clindacin-p</i>	44	COTELLIC	56
<i>clindamycin hcl</i>	44	CREON	75
<i>clindamycin hydrochloride</i>	44	<i>cromolyn sodium</i>	30
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	44	<i>cromolyn sodium</i>	38
<i>clindamycin phosphate</i>	16	<i>cromolyn sodium</i>	76
<i>clindamycin phosphate</i>	45	CULTURELLE	18
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	14	<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	39
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	14	CUVITRU	27
CLINIMIX 6/5	67	CYANOCOBALAMIN	70
CLINIMIX 8/10	67	<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	75
CLINIMIX E 8/10	67	<i>cyclopentolate hcl</i>	30
<i>clobazam</i>	48	<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	30
<i>clobetasol propionate</i>	15	<i>cyclophosphamide</i>	53
<i>clobetasol propionate e</i>	15	<i>cyclosporine</i>	27
<i>clodan</i>	15	<i>cyclosporine</i>	30
<i>clomipramine hydrochloride</i>	50	<i>cyclosporine modified</i>	27
<i>clonazepam</i>	48	<i>cyproheptadine hcl</i>	36
<i>clonazepam odt</i>	48	<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	36
<i>clonidine</i>	6	CYSTAGON	76
<i>clonidine hydrochloride</i>	6	CYSTARAN	31
<i>clonidine hydrochloride er</i>	11	D 5000	70
<i>clopidogrel</i>	72	D-5000	70
<i>clorazepate dipotassium</i>	44	<i>dabigatran etexilate</i>	72
CLOTRIMAZOLE	52	DAIRY RELIEF	18
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	13	<i>dalfampridine er</i>	10
<i>clozapine</i>	62	<i>danazol</i>	21
<i>clozapine odt</i>	62	<i>dantrolene sodium</i>	3
COARTEM	61	<i>dapsone</i>	52
COD LIVER OIL	70	DAPTACEL	29
<i>codeine sulfate</i>	41	<i>daptomycin</i>	45
<i>colchicine</i>	9	<i>daptomycin/sodium chloride</i>	45
<i>colestipol hcl</i>	8	<i>darifenacin hydrobromide er</i>	20
<i>colistimethate sodium</i>	45	<i>darunavir</i>	63
COMBIVENT RESPIMAT	34	DARZALEX	54
COMETRIQ	56	DAURISMO	56
COMPLERA	65	<i>deblitane</i>	23
<i>constulose</i>	17	<i>deferasirox</i>	67
COPIKTRA	56	DELSTRIGO	65
CORLANOR	6	DENGVAXIA	29

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
DENTAGEL	13	<i>dichlorphenamide</i>	76
DEPO-MEDROL	23	<i>diclofenac epolamine</i>	42
DEPO-SUBQ PROVERA 104	23	<i>diclofenac potassium</i>	42
DESCOVY	66	<i>diclofenac sodium</i>	13
<i>desipramine hydrochloride</i>	50	<i>diclofenac sodium</i>	32
DESITIN	13	<i>diclofenac sodium</i>	42
<i>desloratadine</i>	36	<i>diclofenac sodium dr</i>	42
<i>desmopressin acetate</i>	20	<i>diclofenac sodium er</i>	42
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	21	<i>dicloxacillin sodium</i>	46
<i>desonide</i>	15	<i>dicyclomine hcl</i>	19
<i>desoximetasone</i>	15	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	19
DESRX	15	DIFICID	47
<i>desvenlafaxine er</i>	51	<i>diflunisal</i>	42
<i>dexamethasone</i>	23	<i>difluprednate</i>	32
<i>dexamethasone intensol</i>	23	<i>digitek</i>	7
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	23	<i>digoxin</i>	7
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	32	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	3
<i>dexamethasone sodium phosphate + rfid</i>	23	<i>diltiazem hcl</i>	5
DEXLANSOPRAZOLE	19	<i>diltiazem hcl cd</i>	5
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	11	<i>diltiazem hcl er</i>	5
<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	11	<i>diltiazem hydrochloride</i>	5
<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	11	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	5
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	11	<i>dilt-xr</i>	5
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	11	<i>dimethyl fumarate</i>	10
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	11	DIPHENHYDRAMINE HCL	36
<i>dextrose 10%</i>	67	DIPHENHYDRAMINE	36
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	67	HYDROCHLORIDE	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	68	<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed</i>	29
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	68	<i>pediatric</i>	
<i>dextrose 5%</i>	68	<i>disulfiram</i>	33
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	68	<i>divalproex sodium</i>	48
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	68	<i>divalproex sodium dr</i>	48
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	68	<i>divalproex sodium er</i>	48
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	68	<i>docetaxel</i>	55
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	68	DOCUSATE CALCIUM	17
<i>dextrose 50%</i>	68	DOCUSATE MINI	17
<i>dextrose 70%</i>	68	DOCUSATE SODIUM	17
<i>dextrose/sodium chloride</i>	68	<i>dofetilide</i>	7
DIACOMIT	48	<i>donepezil hcl</i>	3
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX	70	<i>donepezil hydrochloride</i>	3
<i>diazepam</i>	44	DOPTELET	72
<i>diazepam intensol</i>	44	<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	31
<i>diazepam rectal gel</i>	48	<i>dorzolamide hydrochloride</i>	30
<i>diazoxide</i>	74		

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate</i>	31	EMTRIVA	66
<i>pf</i>		<i>enalapril maleate</i>	8
<i>dotti</i>	21	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	6
DOVATO	65	ENBREL	27
<i>doxazosin mesylate</i>	19	ENBREL MINI	27
<i>doxepin hcl</i>	50	ENBREL SURECLICK	27
<i>doxepin hydrochloride</i>	50	ENDARI	76
DOXY 100	47	<i>endocet</i>	41
<i>doxycycline</i>	47	ENDUR-ACIN	70
<i>doxycycline hyclate</i>	47	ENDUR-AMIDE	70
<i>doxycycline monohydrate</i>	47	ENEMA READY-TO-USE	17
DRIZALMA SPRINKLE	51	ENGERIX-B	29
<i>dronabinol</i>	51	<i>enilloring</i>	21
<i>droplet pen needles 29gx10mm</i>	39	<i>enoxaparin sodium</i>	72
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	21	<i>entacapone</i>	4
DROXIA	54	<i>entecavir</i>	66
<i>droxidopa</i>	6	ENTRESTO	6
<i>duloxetine hcl</i>	51	<i>enulose</i>	17
<i>duloxetine hydrochloride</i>	51	ENVARUSUS XR	27
DUPIXENT	25	EPIDIOLEX	49
<i>dutasteride</i>	19	<i>epinastine hcl</i>	30
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	19	<i>epinephrine</i>	38
<i>ec-naproxen</i>	42	<i>epitol</i>	49
<i>econazole nitrate</i>	52	<i>eplerenone</i>	7
ED CHLORPED JR	36	EPRONTIA	49
EDURANT	65	EPSOM SALT	17
<i>efavirenz</i>	65	ERGOCALCIFEROL	70
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	65	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	3
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	65	ERIVEDGE	56
<i>effer-k</i>	68	ERLEADA	54
ELIGARD	24	<i>erlotinib hydrochloride</i>	56
ELIQUIS	72	<i>errin</i>	23
ELIQUIS STARTER PACK	72	<i>ertapenem</i>	47
<i>elixophyllin</i>	38	<i>ertapenem sodium</i>	47
ELMIRON	20	<i>ery</i>	16
<i>eluryng</i>	21	<i>erythromycin</i>	16
EMCYT	54	<i>erythromycin</i>	31
EMGALITY	3	<i>erythromycin</i>	47
EMSAM	50	<i>erythromycin dr</i>	47
<i>emtricitabine</i>	66	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	47
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	66	<i>escitalopram oxalate</i>	51
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	66	<i>esomeprazole magnesium</i>	19
		<i>estradiol</i>	21
		<i>estradiol valerate</i>	21

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	21	FIBER TABS	17
ESTRING	21	<i>finasteride</i>	20
<i>eszopiclone</i>	12	<i>fingolimod hydrochloride</i>	10
<i>ethacrynic acid</i>	8	FINTEPLA	49
<i>ethambutol hydrochloride</i>	52	<i>finzala</i>	21
<i>ethosuximide</i>	48	FIRMAGON	24
<i>etodolac</i>	42	<i>flac</i>	40
<i>etodolac er</i>	42	FLAREX	32
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	21	FLEBOGAMMA DIF	27
<i>etravirine</i>	65	<i>flecainide acetate</i>	7
<i>euthyrox</i>	24	FLOLIPID	7
EVAC	17	FLORASTOR	18
<i>everolimus</i>	27	FLOVENT DISKUS	37
<i>everolimus</i>	57	<i>fluconazole</i>	52
EVOTAZ	63	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	52
<i>exemestane</i>	55	<i>flucytosine</i>	52
EXKIVITY	57	<i>fludrocortisone acetate</i>	23
<i>ezetimibe</i>	8	<i>flunisolide</i>	37
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	8	<i>fluocinolone acetonide</i>	15
<i>falmina</i>	21	<i>fluocinolone acetonide</i>	40
<i>famciclovir</i>	65	<i>fluocinolone acetonide body</i>	15
<i>famotidine</i>	19	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	15
FAMOTIDINE MAXIMUM STRENGTH	19	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	15
FAMOTIDINE ORIGINAL STRENGTH	19	<i>fluocinonide</i>	15
FANAPT	62	<i>fluocinonide emulsified base</i>	15
FANAPT TITRATION PACK	62	<i>fluorometholone</i>	32
FARXIGA	9	<i>fluorouracil</i>	13
FASENRA	34	<i>fluoxetine dr</i>	51
FASENRA PEN	34	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	51
<i>felbamate</i>	49	<i>fluphenazine decanoate</i>	61
<i>felodipine er</i>	5	<i>fluphenazine hcl</i>	61
<i>fenofibrate</i>	7	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	62
<i>fenofibrate micronized</i>	7	<i>flurazepam hcl</i>	12
<i>fenofibric acid dr</i>	7	<i>flurazepam hydrochloride</i>	12
<i>fentanyl</i>	40	<i>flurbiprofen</i>	42
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	41	<i>flurbiprofen sodium</i>	32
FERROUS GLUCONATE	68	<i>flutamide</i>	54
FERROUS SULFATE	68	<i>fluticasone propionate</i>	15
FETZIMA	51	<i>fluticasone propionate</i>	37
FETZIMA TITRATION PACK	51	<i>fluticasone propionate diskus</i>	37
FEXOFENADINE	36	<i>fluticasone propionate hfa</i>	37
HYDROCHLORIDE/PSEUDOEPHEDRIN		<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	34
E HYDROCHLORIDE ER		<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	34
FIBER	17	<i>fluvastatin</i>	7

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>fluvastatin sodium er</i>	7	<i>glipizide</i>	73
<i>fluvoxamine maleate</i>	51	<i>glipizide er</i>	73
FML	32	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	73
FOLIC ACID	70	GLOPERBA	9
<i>fondaparinux sodium</i>	72	GLUCAGEN HYPOKIT	74
<i>formoterol fumarate</i>	38	GLUCAGON EMERGENCY KIT	74
<i>fosamprenavir calcium</i>	63	GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	74
<i>fosinopril sodium</i>	8	LOW BLOOD SUGAR	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	6	GLUTOSE 5	74
FOTIVDA	57	<i>glyburide</i>	73
FRAGMIN	72	<i>glyburide micronized</i>	73
FRUZAQLA	57	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	73
<i>furosemide</i>	8	GLYCERIN ADULT	17
FUZEON	64	GLYCERIN ADULT	17
<i>fyavolv</i>	21	GLYCERIN INFANTS & CHILDREN	17
FYCOMPA	49	<i>glycopyrrolate</i>	19
<i>gabapentin</i>	48	<i>glydo</i>	43
<i>galantamine hydrobromide</i>	3	GLYXAMBI	73
<i>galantamine hydrobromide er</i>	3	GNP ALLERGY RELIEF	36
GAMMAGARD LIQUID	27	GNP ANTACID & ANTI-GAS	18
GAMMAPLEX	27	MAXIMUM STRENGTH	
GARDASIL 9	29	GNP ANTI-DIARRHEAL	16
<i>gatifloxacin</i>	31	GNP BEST FIBER	17
<i>gauze pads 2"x2"</i>	39	GNP BUDESONIDE NASAL SPRAY	37
<i>gavilyte-c</i>	18	GNP CLOTRIMAZOLE 3	52
<i>gavilyte-g</i>	18	GNP FAST ACTING DAIRY RELIEF	18
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	18	GNP FIBER POWDER	17
GAVRETO	57	GNP GLYCERIN ADULT	17
<i>gefitinib</i>	57	GNP GLYCERIN CHILD	17
<i>gemfibrozil</i>	7	GNP HYDROCORTISONE	15
GEMTESA	20	GNP HYDROCORTISONE MAXIMUM	15
<i>generlac</i>	17	STRENGTH	
GENGRAF	27	GNP HYDROGEN PEROXIDE	45
GENOTROPIN	20	GNP IBUPROFEN CHILDRENS	42
GENOTROPIN MINIQUICK	20	GNP IBUPROFEN INFANTS	42
<i>gentak</i>	31	<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	39
<i>gentamicin sulfata</i>	31	<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	39
<i>gentamicin sulfata</i>	44	GNP NAPROXEN	42
<i>gentamicin sulfata/0.9% sodium chloride</i>	44	GNP PINK BISMUTH	18
GENVOYA	65	GNP TRIPLE ANTIBIOTIC PLUS	45
GILOTRIF	57	GNP VITAMIN E WATER DISPERSIBLE	70
<i>glatiramer acetate</i>	10	GNP WART REMOVER	13
GLEOSTINE	53	GOODSENSE ANTACID/EXTRA	18
<i>glimepiride</i>	73	STRENGTH	

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
GOODSENSE ASPIRIN	42	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	27
GOODSENSE IBUPROFEN CHILDRENS	42	HUMIRA PEN	28
GOODSENSE IBUPROFEN INFANTS	42	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	27
GOODSENSE MAGNESIUM CITRATE	17	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	28
GOODSENSE NICOTINE	32	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	28
GOODSENSE NICOTINE GUM	32	HUMULIN 70/30	75
GOODSENSE NICOTINE POLACRILEX GUM	32	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	75
<i>granisetron hydrochloride</i>	51	HUMULIN N	75
<i>griseofulvin microsize</i>	53	HUMULIN N KWIKPEN	75
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	53	HUMULIN R	75
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	12	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	75
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	74	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	75
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	74	<i>hydralazine hcl</i>	9
GVOKE KIT	74	<i>hydralazine hydrochloride</i>	9
GVOKE PFS	74	<i>hydrochlorothiazide</i>	8
HAEGARDA	26	<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	41
<i>halobetasol propionate</i>	15	<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	41
<i>haloette</i>	21	<i>hydrocortisone</i>	9
<i>haloperidol</i>	62	HYDROCORTISONE	15
<i>haloperidol decanoate</i>	62	HYDROCORTISONE	23
<i>haloperidol lactate</i>	62	<i>hydrocortisone butyrate</i>	15
HAVRIX	29	<i>hydrocortisone valerate</i>	15
HEALTHY KIDS COD LIVER OIL/VITAMIN D	70	<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	40
<i>heather</i>	23	HYDROGEN PEROXIDE	45
<i>heparin sodium</i>	72	HYDROLATUM	13
<i>heparin sodium/d5w</i>	72	<i>hydromorphone hcl</i>	41
HEPLISAV-B	29	<i>hydromorphone hcl er</i>	40
HIBERIX	29	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	61
HIBICLENS	13	<i>hydroxyurea</i>	54
HIZENTRA	27	<i>hydroxyzine hcl</i>	36
HM ANTISEPTIC SKIN CLEANSER	13	<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	36
HM BACITRACIN	45	<i>hydroxyzine pamoate</i>	36
HM ENEMA MINERAL OIL	17	IBRANCE	55
HM NAPROXEN SODIUM	43	IBRANCE	57
HUMALOG	74	<i>ibu</i>	43
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	74	IBUPROFEN	43
HUMALOG KWIKPEN	75	<i>icatibant acetate</i>	26
HUMALOG MIX 50/50	75	<i>iclevia</i>	21
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	75	ICLUSIG	57
HUMALOG MIX 75/25	75	<i>icosapent ethyl</i>	8
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	75	IDHIFA	57
HUMIRA	28	ILEVRO	32

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>imatinib mesylate</i>	57	<i>ivabradine hydrochloride</i>	6
IMBRUVICA	57	<i>ivermectin</i>	61
<i>imipenem/cilastatin</i>	47	IWILFIN	55
<i>imipramine hcl</i>	50	IXCHIQ	29
<i>imipramine hydrochloride</i>	50	IXIARO	29
<i>imiquimod</i>	13	JAKAFI	57
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	29	<i>jantoven</i>	72
IMPAVIDO	45	JANUMET	73
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	21	JANUMET XR	73
IMVEXXY STARTER PACK	21	JANUVIA	73
INCRELEX	20	JARDIANCE	9
INCRUSE ELLIPTA	38	JAYPIRCA	57
<i>indapamide</i>	8	JENTADUETO	73
<i>indomethacin</i>	43	JENTADUETO XR	74
INFANRIX	29	<i>jinteli</i>	21
INGREZZA	12	<i>joyeaux</i>	21
INLYTA	57	JULUCA	65
INQOVI	57	<i>junel 1.5/30</i>	21
INREBIC	55	<i>junel 1/20</i>	21
INSULIN LISPRO	75	<i>junel fe 1.5/30</i>	21
INTELENCE	65	<i>junel fe 1/20</i>	21
INTRALIPID	39	<i>junel fe 24</i>	21
<i>introvale</i>	21	JYLAMVO	28
INVEGA HAFYERA	62	JYNNEOS	29
INVEGA SUSTENNA	62	KALYDECO	35
INVEGA TRINZA	62	<i>kariva</i>	21
IPOL INACTIVATED IPV	29	<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	68
<i>ipratropium bromide</i>	38	<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	68
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	34	<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%</i>	68
<i>irbesartan</i>	7	<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	68
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	68
IRON	68	<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	68
IRON POLYSACCHARIDE COMPLEX	68	<i>kelnor 1/35</i>	22
ISENTRESS	65	<i>kenalog-10</i>	23
ISENTRESS HD	65	KERENDIA	7
<i>isoniazid</i>	52	KESIMPTA	10
ISOPROPYL ALCOHOL	39	<i>ketoconazole</i>	53
ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL	43	KETO-DIASTIX	39
<i>isosorbide dinitrate</i>	9	<i>ketorolac tromethamine</i>	32
<i>isosorbide mononitrate</i>	9	KINRIX	29
<i>isosorbide mononitrate er</i>	9	KISQALI	57
<i>isotonic gentamicin</i>	44	KISQALI FEMARA 200 DOSE	55
<i>isotretinoin</i>	14	KISQALI FEMARA 400 DOSE	55
<i>itraconazole</i>	53	KISQALI FEMARA 600 DOSE	55

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>klayesta</i>	53	LAXATIVE REGULAR STRENGTH	17
<i>klor-con</i>	68	<i>leflunomide</i>	28
<i>klor-con 10</i>	68	<i>lenalidomide</i>	54
<i>klor-con 8</i>	68	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	58
<i>klor-con m10</i>	68	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	58
<i>klor-con m15</i>	68	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	58
<i>klor-con m20</i>	68	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	58
<i>klor-con/ef</i>	68	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	58
KORLYM	24	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	58
KOSELUGO	57	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	58
<i>kourzeq</i>	13	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	58
KP FERROUS GLUCONATE	68	<i>lessina</i>	22
KP FOLIC ACID	70	<i>letrozole</i>	55
KP PSEUDOEPHEDRINE HCL	34	<i>leucovorin calcium</i>	55
<i>k-prime</i>	68	LEUKERAN	53
KRAZATI	57	<i>leuprolide acetate</i>	24
KYNMOBI	4	<i>levalbuterol</i>	38
KYPROLIS	55	<i>levalbuterol hcl</i>	38
<i>labetalol hydrochloride</i>	4	<i>levalbuterol hydrochloride</i>	38
<i>lacosamide</i>	49	LEVEMIR FLEXTOUCH	75
LACTASE FAST ACTING	18	<i>levetiracetam</i>	49
<i>lactated ringers</i>	68	<i>levetiracetam er</i>	49
<i>lactulose</i>	17	<i>levobunolol hcl</i>	30
LAGEVRIO	66	<i>levocarnitine</i>	39
<i>lamivudine</i>	66	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	36
<i>lamivudine</i>	66	<i>levofloxacin</i>	31
<i>lamivudine/zidovudine</i>	66	<i>levofloxacin</i>	47
<i>lamotrigine</i>	49	<i>levofloxacin in d5w</i>	47
<i>lamotrigine er</i>	49	<i>levonest</i>	22
<i>lamotrigine odt</i>	49	LEVONORGESTREL	23
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	49	<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	22
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	49	<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	22
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	49	<i>levora 0.15/30-28</i>	22
<i>lanreotide acetate</i>	24	<i>levo-t</i>	24
LANSINOH LANOLIN NIPPLE	39	<i>levothyroxine sodium</i>	24
<i>lansoprazole</i>	19	<i>levoxyl</i>	24
LANTUS	75	LEXIVA	63
LANTUS SOLOSTAR	75	<i>l-glutamine</i>	76
<i>lapatinib ditosylate</i>	58	LIBERVANT	48
<i>larin 1.5/30</i>	22	LICE TREATMENT CREME RINSE	16
<i>larin 1/20</i>	22	<i>lidocaine</i>	43
<i>larin fe 1.5/30</i>	22	<i>lidocaine hcl</i>	43
<i>larin fe 1/20</i>	22	<i>lidocaine hcl jelly</i>	43
<i>latanoprost</i>	32	<i>lidocaine hydrochloride</i>	43

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	13	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	24
<i>lidocaine viscous</i>	13	<i>lurasidone hydrochloride</i>	62
<i>lidocaine/prilocaine</i>	43	LYBALVI	63
LILETTA	23	LYNPARZA	58
<i>linezolid</i>	45	LYSODREN	55
LINZESS	17	LYTGOBI	58
<i>liothyronine sodium</i>	24	MAGNESIUM	18
LIQUID ACETAMINOPHEN	42	MAGNESIUM	68
LIQUID VITAMIN C	70	MAGNESIUM GLYCINATE	68
<i>lisinopril</i>	8	MAGNESIUM OXIDE	18
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	6	MAGNESIUM OXIDE	68
<i>lithium</i>	32	<i>magnesium sulfate</i>	68
<i>lithium carbonate</i>	32	MAG-OXIDE	68
<i>lithium carbonate er</i>	32	<i>malathion</i>	16
LIVTENCITY	64	MAPAP	42
LOKELMA	66	<i>maraviroc</i>	64
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	38	<i>marlissa</i>	22
LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	38	MARPLAN	50
LONSURF	55	MATULANE	53
<i>loperamide hcl</i>	16	<i>matzim la</i>	5
LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE	18	MAVYRET	64
LOPERAMIDE	18	MAYZENT	10
HYDROCHLORIDE/SIMETHICONE		MAYZENT STARTER PACK	10
<i>lopinavir/ritonavir</i>	63	MECLIZINE 25	52
LORATADINE	36	MECLIZINE HCL	52
LORATADINE CHILDRENS	36	MECLIZINE HYDROCHLORIDE	52
LORATADINE-D 24HR	36	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	23
<i>lorazepam</i>	44	<i>mefloquine hcl</i>	61
<i>lorazepam intensol</i>	44	<i>megestrol acetate</i>	23
LORBRENA	58	MEKINIST	58
<i>losartan potassium</i>	7	MEKTOVI	58
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	6	MELATONIN	39
LOTEMAX	32	MELATONIN GUMMIES	39
<i>loteprednol etabonate</i>	32	MELATONIN QUICK DISSOLVE	39
<i>lovastatin</i>	7	MELATONIN TR/VITAMIN B-6	39
<i>loxapine</i>	62	<i>meloxicam</i>	43
<i>lubiprostone</i>	17	<i>memantine hcl titration pak</i>	3
LUBRICANT EYE DROPS	31	<i>memantine hydrochloride</i>	3
LUBRICATING EYE DROPS	31	<i>memantine hydrochloride er</i>	3
LUMAKRAS	58	MENACTRA	29
LUMIGAN	32	MENQUADFI	29
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	24	MENSTRUAL PAIN RELIEF MULTI-	43
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	24	SYMPTOM MAXIMUM STRENGTH	
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	24	MENTAX	16

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
MENVEO	29	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	22
<i>mercaptapurine</i>	54	<i>microgestin fe 1/20</i>	22
<i>meropenem</i>	47	<i>midodrine hcl</i>	6
<i>mesalamine</i>	9	<i>mifepristone</i>	24
<i>mesalamine dr</i>	9	<i>miglitol</i>	74
<i>mesalamine er</i>	9	<i>miglustat</i>	76
MESNEX	55	MILK OF MAGNESIA	17
<i>metformin hydrochloride</i>	74	MINERAL OIL	17
<i>metformin hydrochloride er</i>	74	<i>minocycline hcl</i>	47
<i>methadone hcl</i>	40	<i>minocycline hydrochloride</i>	47
<i>methazolamide</i>	30	<i>minoxidil</i>	9
<i>methenamine hippurate</i>	45	MINTOX PLUS	18
<i>methenamine mandelate</i>	45	<i>mirabegron er</i>	20
<i>methimazole</i>	24	<i>mirtazapine</i>	50
<i>methotrexate</i>	28	<i>mirtazapine odt</i>	50
<i>methotrexate sodium</i>	28	<i>misoprostol</i>	19
<i>methsuximide</i>	48	M-M-R II	29
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	12	<i>modafinil</i>	12
<i>methylphenidate hydrochloride cd</i>	12	<i>moexipril hcl</i>	8
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	12	<i>molindone hydrochloride</i>	62
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	12	<i>mometasone furoate</i>	15
<i>methylprednisolone</i>	23	<i>mometasone furoate</i>	37
<i>methylprednisolone acetate</i>	23	<i>mondoxyne nl</i>	47
<i>methylprednisolone dose pack</i>	23	<i>montelukast sodium</i>	37
<i>metoclopramide hcl</i>	18	<i>morphine sulfate</i>	41
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	18	<i>morphine sulfate er</i>	40
<i>metolazone</i>	8	MOUNJARO	74
<i>metoprolol succinate er</i>	5	MOVANTIK	17
<i>metoprolol tartrate</i>	5	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	47
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>hydrochloride</i>	
<i>metronidazole</i>	14	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	31
<i>metronidazole</i>	45	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	47
<i>metronidazole vaginal</i>	45	MOZOBIL	73
<i>metyrosine</i>	6	MRESVIA	29
<i>mexiletine hcl</i>	7	MULTAQ	7
<i>mibelas 24 fe</i>	22	MULTI VITAMIN	70
<i>micafungin</i>	53	MULTI-VIT/IRON/FLUORIDE	70
<i>miconazole 3</i>	53	MULTIVITAMIN CHILDRENS	70
MICONAZOLE 3 COMBINATION PACK	53	MULTIVITAMIN GUMMIES ADULT	71
MICONAZOLE 3 COMBO PACK	53	MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE	71
MICONAZOLE 7	53	MULTI-VITAMIN/FLUORIDE DROPS	70
MICONAZOLE NITRATE	53	MULTI-VITAMIN/MINERALS	70
<i>microgestin 1.5/30</i>	22	<i>mupirocin</i>	16
<i>microgestin 1/20</i>	22	<i>mycophenolate mofetil</i>	28

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>mycophenolic acid dr</i>	28	NIACIN FLUSH FREE	8
MYORISAN	14	NIACIN TIMED RELEASE	71
MYRBETRIQ	20	NIACIN TR	71
<i>nabumetone</i>	43	NIACINAMIDE	71
<i>nadolol</i>	5	NIACINAMIDE PROLONGED RELEASE	71
<i>nafcillin sodium</i>	46	NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM	32
<i>naftifine hcl</i>	53	NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM	32
<i>naftifine hydrochloride</i>	53	STEP 1	
<i>naloxone hcl</i>	33	NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM	32
<i>naloxone hydrochloride</i>	33	STEP 3	
<i>naltrexone hcl</i>	33	NICOTROL INHALER	33
NAMZARIC	3	NICOTROL NS	33
<i>naproxen</i>	43	<i>nifedipine er</i>	5
<i>naproxen dr</i>	43	NIGHTTIME SLEEP AID	37
<i>naproxen sodium</i>	43	<i>nikki</i>	22
<i>naproxen sodium cr</i>	43	<i>nilutamide</i>	54
<i>naratriptan hcl</i>	3	<i>nimodipine</i>	5
NATACYN	31	NINLARO	58
<i>nateglinide</i>	74	<i>nitazoxanide</i>	61
NAYZILAM	49	<i>nitisinone</i>	76
<i>nebivolol hydrochloride</i>	5	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	45
<i>necon 0.5/35-28</i>	22	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	45
<i>nefazodone hydrochloride</i>	51	<i>nitroglycerin</i>	9
<i>neomycin sulfate</i>	44	<i>nitroglycerin</i>	18
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	31	<i>nitroglycerin transdermal</i>	9
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis</i>	31	NIVA THYROID	24
<i>one</i>		<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	22
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	31	<i>norethindrone acetate</i>	23
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	31	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	22
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	40	<i>norethindrone acetate/ethinyl</i>	22
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	31	<i>estradiol/ferrous fumarate</i>	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	40	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	22
<i>neo-polycin</i>	31	<i>nortrel 1/35</i>	22
<i>neo-polycin hc</i>	31	<i>nortrel 7/7/7</i>	22
NERLYNX	58	<i>nortriptyline hcl</i>	50
NEUAC	14	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	50
NEULASTA	73	NORVIR	63
NEULASTA ONPRO KIT	73	NOVOLIN 70/30	75
<i>nevirapine</i>	65	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	75
<i>nevirapine er</i>	65	NOVOLIN N	75
NEXPLANON	23	NOVOLIN N FLEXPEN	75
NIACIN	71	NOVOLIN R	75
<i>niacin er</i>	8	NOVOLIN R FLEXPEN	75
NIACIN FLUSH FREE	6	NOVOLOG	75

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
NOVOLOG FLEXPEN	75	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	39
NOVOLOG MIX 70/30	75	OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	39
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	75	OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	39
FLEXPEN		OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	39
NOVOLOG PENFILL	75	KIT (GEN 3)	
<i>np thyroid 120</i>	24	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	39
<i>np thyroid 15</i>	24	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	39
<i>np thyroid 30</i>	24	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	39
<i>np thyroid 60</i>	24	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	39
<i>np thyroid 90</i>	24	OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	39
NUBEQA	54	OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	39
NUEDEXTA	12	OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	39
NULOJIX	28	OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	39
NUPLAZID	63	OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	39
NURTEC	4	OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	39
NUTRILIPID	39	OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	40
NUVESSA	45	<i>ondansetron hcl</i>	51
<i>nyamyc</i>	53	<i>ondansetron hydrochloride</i>	51
<i>nystatin</i>	53	<i>ondansetron odt</i>	52
<i>nystatin/triamcinolone</i>	13	ONUREG	55
<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	14	OPDIVO	54
<i>nystop</i>	53	<i>opium</i>	18
OCTAGAM	27	<i>opium tincture</i>	18
<i>octreotide acetate</i>	24	OPSUMIT	35
ODEFSEY	66	OPVEE	33
ODOMZO	58	<i>oralone dental paste</i>	13
OFEV	34	ORENCIA	25
<i>ofloxacin</i>	31	ORENCIA CLICKJECT	25
<i>ofloxacin</i>	40	ORENITRAM	35
OGSIVEO	55	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	35
OJEMDA	55	1	
OJJAARA	58	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	35
<i>olanzapine</i>	63	2	
<i>olanzapine odt</i>	63	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	35
<i>olmesartan medoxomil</i>	7	3	
<i>olmesartan</i>	6	ORGOVYX	25
<i>medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>		ORKAMBI	35
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	6	ORSERDU	54
<i>olopatadine hcl</i>	30	<i>oseltamivir phosphate</i>	64
<i>olopatadine hydrochloride</i>	30	OSMOPREP	17
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	8	OSPHENA	20
<i>omeprazole</i>	19	OTEZLA	14
<i>omeprazole dr</i>	19	OTEZLA	25
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	39	<i>oxacillin sodium</i>	46

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>oxaprozin</i>	43	<i>phenelzine sulfate</i>	50
<i>oxazepam</i>	44	<i>phenobarbital</i>	48
<i>oxcarbazepine</i>	49	<i>phenytek</i>	49
<i>oxybutynin chloride</i>	20	<i>phenytoin</i>	49
<i>oxybutynin chloride er</i>	20	<i>phenytoin sodium extended</i>	49
<i>oxycodone hydrochloride</i>	41	PHOSPHOLINE IODIDE	30
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	42	PHYTONADIONE	71
OZEMPIC	74	PIFELTRO	65
<i>paclitaxel</i>	55	<i>pilocarpine hcl</i>	30
PAIN RELIEF EXTRA	43	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	13
STRENGTH/ADULT		<i>pimecrolimus</i>	15
<i>paliperidone er</i>	63	<i>pimozide</i>	62
PANRETIN	61	<i>pindolol</i>	5
<i>pantoprazole sodium</i>	19	<i>pioglitazone hcl</i>	74
<i>paricalcitol</i>	10	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	74
<i>paroxetine hcl</i>	51	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	74
<i>paroxetine hydrochloride</i>	51	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	74
PAXLOVID	66	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	46
<i>pazopanib hydrochloride</i>	59	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	59
PEDIARIX	29	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	59
PEDVAX HIB	29	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	59
<i>peg-3350/electrolytes</i>	18	<i>pirfenidone</i>	34
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	18	<i>piroxicam</i>	43
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	18	<i>pitavastatin calcium</i>	7
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na</i>	18	PLEGRIDY	10
<i>ascorbate/ascorbic</i>		PLEGRIDY STARTER PACK	11
PEGASYS	26	PLENAMINE	69
PEGASYS	28	<i>plerixafor</i>	73
PEMAZYRE	59	<i>podofilox</i>	14
PENBRAYA	29	<i>polycin</i>	31
<i>penicillamine</i>	67	POLYETHYLENE GLYCOL	17
<i>penicillin g potassium</i>	46	POLYETHYLENE GLYCOL 3350	17
<i>penicillin g potassium in iso-osmotic</i>	46	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	31
<i>dextrose</i>		POMALYST	54
<i>penicillin g sodium</i>	46	<i>portia-28</i>	22
<i>penicillin v potassium</i>	46	<i>posaconazole</i>	53
PENTACEL	29	<i>posaconazole dr</i>	53
<i>pentamidine isethionate</i>	61	<i>potassium chloride</i>	69
<i>pentoxifylline er</i>	6	<i>potassium chloride er</i>	69
<i>perindopril erbumine</i>	8	<i>potassium chloride/dextrose/sodium</i>	69
<i>perio gard</i>	13	<i>chloride</i>	
<i>permethrin</i>	16	<i>potassium citrate er</i>	69
<i>perphenazine</i>	62	POVIDONE-IODINE	45
PERSERIS	63	PRALUENT	8

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	4	PROLIA	10
<i>prasugrel hydrochloride</i>	72	PROMACTA	73
<i>pravastatin sodium</i>	7	<i>promethazine hcl</i>	52
<i>praziquantel</i>	61	<i>promethazine hydrochloride</i>	52
<i>prazosin hydrochloride</i>	4	<i>promethazine hydrochloride plain</i>	52
<i>prednicarbate</i>	15	<i>propafenone hcl</i>	7
<i>prednisolone</i>	23	<i>propafenone hydrochloride er</i>	7
<i>prednisolone acetate</i>	32	<i>propranolol hcl</i>	5
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	23	<i>propranolol hcl er</i>	5
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	32	<i>propranolol hydrochloride</i>	5
<i>prednisone</i>	23	<i>propranolol hydrochloride er</i>	5
<i>pregabalin</i>	48	<i>propylthiouracil</i>	24
PREHEVBRIO	29	PROQUAD	29
PREMARIN	22	PROSOL	69
PREMASOL	69	<i>protriptyline hcl</i>	50
<i>premium lidocaine</i>	44	PSEUDOEPHEDRINE HCL ER	34
PREMPHASE	22	PSEUDOEPHEDRINE	34
<i>prenatal</i>	71	HYDROCHLORIDE	
<i>prevalite</i>	8	PSYLLIUM FIBER	17
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS	13	PULMOZYME	35
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	13	PURIXAN	54
PREVYMIS	64	<i>pyrazinamide</i>	52
PREZCOBIX	63	<i>pyridostigmine bromide</i>	4
PREZISTA	64	<i>pyridostigmine bromide er</i>	4
PRIFTIN	52	<i>pyrimethamine</i>	61
<i>primaquine phosphate</i>	61	PYRUKYND	76
<i>primidone</i>	48	PYRUKYND TAPER PACK	76
PRIORIX	29	QC ARTIFICIAL TEARS	31
PRIVIGEN	27	QINLOCK	59
PROAIR RESPICLICK	38	QUADRACEL	29
<i>probenecid</i>	9	<i>quetiapine fumarate</i>	63
<i>probenecid/colchicine</i>	9	<i>quinapril hydrochloride</i>	8
<i>prochlorperazine</i>	52	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>prochlorperazine edisylate</i>	52	<i>quinidine gluconate cr</i>	7
<i>prochlorperazine maleate</i>	52	<i>quinidine sulfate</i>	7
PROCRIT	73	<i>quinine sulfate</i>	61
PROCTOFOAM HC	14	QVAR REDIHALER	37
<i>procto-med hc</i>	9	RABAVERT	29
<i>proctosol hc</i>	9	<i>rabeprazole sodium</i>	19
<i>proctozone-hc</i>	10	RADICAVA ORS	12
<i>progesterone</i>	23	<i>raloxifene hydrochloride</i>	20
PROGRAF	28	<i>ramelteon</i>	12
PROLASTIN-C	76	<i>ramipril</i>	9
PROLENSA	32	<i>ranolazine er</i>	6

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>rasagiline mesylate</i>	4	<i>rizatriptan benzoate odt</i>	3
RAYALDEE	10	ROCKLATAN	31
REBIF	11	<i>roflumilast</i>	38
REBIF REBIDOSE	11	<i>ropinirole er</i>	4
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	11	<i>ropinirole hcl</i>	4
REBIF TITRATION PACK	11	<i>ropinirole hydrochloride</i>	4
RECOMBIVAX HB	29	<i>rosadan</i>	14
RECTIV	19	<i>rosuvastatin calcium</i>	8
REESES PINWORM MEDICINE	61	ROTARIX	29
REGULOID	17	ROTATEQ	29
RELENZA DISKHALER	64	<i>roweepra</i>	49
RENAL CAPS	71	ROZLYTREK	59
<i>repaglinide</i>	74	RUBRACA	59
REPATHA	8	<i>rufinamide</i>	49
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	8	RUKOBIA	64
REPATHA SURECLICK	8	RYBELSUS	74
RESTASIS	31	RYDAPT	59
RESTASIS MULTIDOSE	31	<i>salsalate</i>	43
RETACRIT	73	SANTYL	14
RETEVMO	59	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	76
REVCovi	76	SAVELLA	11
REVLIMID	54	SAVELLA TITRATION PACK	11
REXULTI	63	<i>saxagliptin hydrochloride</i>	74
REYATAZ	64	<i>saxagliptin hydrochloride/metformin</i>	74
REZLIDHIA	59	<i>hydrochloride er</i>	
REZUROCK	28	SCSEMBLIX	59
RHOPRESSA	30	<i>scopolamine</i>	52
<i>ribavirin</i>	64	SECUADO	63
<i>rifabutin</i>	52	<i>selegiline hcl</i>	4
<i>rifampin</i>	52	<i>selenium sulfide</i>	15
<i>riluzole</i>	12	SELZENTRY	64
<i>rimantadine hydrochloride</i>	64	SENNA	17
RINVOQ	25	SENNA-S	17
RINVOQ LQ	25	SEREVENT DISKUS	38
<i>risedronate sodium</i>	10	<i>sertraline hcl</i>	51
<i>risedronate sodium dr</i>	10	<i>sertraline hydrochloride</i>	51
RISPERDAL CONSTA	63	<i>sevelamer carbonate</i>	67
<i>risperidone</i>	63	<i>sf 5000 plus</i>	13
<i>risperidone er</i>	63	<i>sharobel</i>	23
<i>risperidone odt</i>	63	SHINGRIX	29
<i>ritonavir</i>	64	SIGNIFOR	25
<i>rivastigmine tartrate</i>	3	<i>sildenafil citrate</i>	35
<i>rivastigmine transdermal system</i>	3	<i>silver sulfadiazine</i>	14
<i>rizatriptan benzoate</i>	3	SIMBRINZA	31

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
SIMETHICONE	19	SPIRIVA RESPIMAT	38
SIMETHICONE DROPS INFANTS	19	<i>spironolactone</i>	7
SIMETHICONE ULTRA STRENGTH	19	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>simvastatin</i>	8	SPRITAM	49
<i>sirolimus</i>	28	SPRYCEL	59
SIRTURO	52	<i>sps</i>	66
SKYRIZI	25	<i>ssd</i>	14
SKYRIZI PEN	25	STAMARIL	29
SLEEP AID	37	STELARA	26
SLEEP-AID	37	<i>sterile water for irrigation</i>	40
SM ALCOHOL	44	STIOLTO RESPIMAT	34
SM ANTI-DIARRHEAL	16	STIVARGA	59
SM CLOTRIMAZOLE VAGINAL	53	STOMACH RELIEF	19
SM LICE TREATMENT	16	STOMACH RELIEF EXTRA STRENGTH	19
SM LORATADINE D 12HR	37	STOOL SOFTENER	17
SM MICONAZOLE 3	53	<i>streptomycin sulfate</i>	44
SM TRIPLE ANTIBIOTIC PLUS	45	STRIBILD	65
MAXIMUM STRENGTH		STRIVERDI RESPIMAT	38
SODIUM BICARBONATE	19	<i>subvenite</i>	49
SODIUM CHLORIDE	34	<i>subvenite starter kit/blue</i>	50
<i>sodium chloride</i>	69	<i>subvenite starter kit/green</i>	50
<i>sodium chloride 0.45%</i>	69	<i>subvenite starter kit/orange</i>	50
<i>sodium chloride 0.9%</i>	40	SUCRAID	76
SODIUM FLUORIDE	69	<i>sucralfate</i>	19
<i>sodium fluoride 1.1</i>	13	<i>sulfacetamide sodium</i>	31
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	13	<i>sulfacetamide sodium</i>	47
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	13	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	31
<i>sodium oxybate</i>	12	<i>phosphate</i>	
<i>sodium phenylbutyrate</i>	76	<i>sulfadiazine</i>	47
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	66	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	47
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	19	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	47
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	64	SULFAMILYLON	16
<i>solifenacin succinate</i>	20	<i>sulfasalazine</i>	9
SOLTAMOX	54	<i>sulindac</i>	43
SOLUBLE FIBER	17	<i>sumatriptan</i>	3
SOLU-CORTEF	23	<i>sumatriptan succinate</i>	3
SOMATULINE DEPOT	25	<i>sumatriptan succinate refill</i>	3
SOMAVERT	25	<i>sunitinib malate</i>	60
<i>sorafenib</i>	59	SUNLENCA	64
<i>sorafenib tosylate</i>	59	SYMLINPEN 120	74
<i>sorine</i>	7	SYMLINPEN 60	74
<i>sotalol hcl</i>	7	SYMPAZAN	48
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	7	SYMTUZA	64
		SYNAREL	25

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
SYNJARDY	74	<i>testosterone</i>	21
SYNJARDY XR	74	<i>testosterone cypionate</i>	21
SYNRIBO	55	<i>testosterone enanthate</i>	21
SYNTHROID	24	<i>testosterone pump</i>	21
TABLOID	54	<i>tetrabenazine</i>	12
TABRECTA	60	<i>tetracycline hydrochloride</i>	47
<i>tacrolimus</i>	15	THALOMID	54
<i>tacrolimus</i>	28	<i>theophylline</i>	38
<i>tadalafil</i>	20	<i>theophylline er</i>	38
<i>tadalafil</i>	36	<i>thioridazine hcl</i>	62
TAFINLAR	60	<i>thiothixene</i>	62
<i>tafluprost</i>	32	THYROID	24
TAGRISO	60	<i>tiadylt er</i>	5
TALZENNA	60	<i>tiagabine hydrochloride</i>	48
<i>tamoxifen citrate</i>	54	TIBSOVO	60
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	20	TICOVAC	29
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	22	<i>tigecycline</i>	45
TASIGNA	60	<i>timolol maleate</i>	4
<i>tasimelteon</i>	12	<i>timolol maleate</i>	30
TAVNEOS	26	<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	30
<i>taysofy</i>	22	<i>tinidazole</i>	45
<i>tazarotene</i>	14	<i>tiopronin dr</i>	20
<i>tazicef</i>	46	TIVICAY	65
<i>taztia xt</i>	5	TIVICAY PD	65
TAZVERIK	60	<i>tizanidine hcl</i>	3
<i>tdvax</i>	29	<i>tizanidine hydrochloride</i>	3
<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"</i>	40	TOBI PODHALER	35
TEFLARO	46	TOBRADEX ST	31
TEKTRNA HCT	6	<i>tobramycin</i>	31
<i>telmisartan</i>	7	<i>tobramycin sulfata</i>	44
<i>telmisartan/amlodipine</i>	6	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	31
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	6	TOLNAFTATE	53
<i>temazepam</i>	12	TOLNAFTATE ANTIFUNGAL	53
TENIVAC	29	<i>tolterodine tartrate</i>	20
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	66	<i>tolterodine tartrate er</i>	20
TENSION HEADACHE	12	<i>topiramate</i>	50
TEPMETKO	60	<i>toremifene citrate</i>	54
<i>terazosin hcl</i>	20	<i>torse mide</i>	8
<i>terazosin hydrochloride</i>	20	TOUJEO MAX SOLOSTAR	75
<i>terbinafine hcl</i>	53	TOUJEO SOLOSTAR	75
<i>terconazole</i>	53	TRACLEER	36
<i>teriflunomide</i>	11	TRADJENTA	74
<i>teriparatide</i>	10	<i>tramadol hydrochloride</i>	42
		<i>tramadol hydrochloride er</i>	40

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	42	<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	40
<i>trandolapril</i>	9	TRULICITY	74
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	6	TRUMENBA	29
<i>tranexamic acid</i>	72	TRUQAP	60
<i>tranylcypromine sulfate</i>	50	TRUSELTIQ	55
TRAVASOL	69	TUKYSA	60
<i>travoprost</i>	32	TURALIO	60
<i>trazodone hydrochloride</i>	51	<i>turqoz</i>	22
TRECTOR	52	TWINRIX	29
TRELEGY ELLIPTA	34	TYBOST	64
TRESIBA	75	TYPHIM VI	30
TRESIBA FLEXTOUCH	75	TYRVAYA	33
<i>tretinoin</i>	14	UBRELVY	4
<i>tretinoin</i>	61	UDENYCA	73
<i>tretinoin microsphere</i>	14	UDENYCA ONBODY	73
TREXALL	28	<i>unithroid</i>	24
<i>triamcinolone acetonide</i>	16	<i>ursodiol</i>	19
<i>triamcinolone acetonide</i>	23	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	65
TRIAMCINOLONE ACETONIDE	37	VALCHLOR	53
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	13	<i>valganciclovir</i>	64
<i>triamterene</i>	8	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	64
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>valproic acid</i>	50
<i>triazolam</i>	12	<i>valsartan</i>	7
TRI-BUFFERED ASPIRIN	43	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>trientine hydrochloride</i>	67	VALTOCO 10 MG DOSE	48
<i>trifluoperazine hcl</i>	62	VALTOCO 15 MG DOSE	48
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	62	VALTOCO 20 MG DOSE	48
<i>trifluridine</i>	31	VALTOCO 5 MG DOSE	48
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	4	<i>vancomycin</i>	45
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	4	<i>vancomycin hcl</i>	45
<i>trimethoprim</i>	45	<i>vancomycin hydrochloride</i>	45
<i>trimipramine maleate</i>	50	VANFLYTA	60
TRINTELLIX	51	VAQTA	30
TRIPLE ANTIBIOTIC	45	<i>varenicline starting month box</i>	33
<i>tri-sprintec</i>	22	<i>varenicline tartrate</i>	33
TRITOCIN	16	VARIVAX	30
TRIUMEQ	66	<i>velivet</i>	22
TRIUMEQ PD	66	VELPHORO	67
<i>trivora-28</i>	22	VEMLIDY	66
TRIZIVIR	66	VENCLEXTA	60
TROPHAMINE	69	VENCLEXTA STARTING PACK	60
<i>tropium chloride</i>	20	<i>venlafaxine hcl er</i>	51
<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x</i>	40	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	51
<i>1/2"</i>		<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	51

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
VENTAVIS	36	VIVITROL	33
VEOZAH	12	VIZIMPRO	60
<i>verapamil hcl</i>	5	VONJO	55
<i>verapamil hcl er</i>	5	<i>voriconazole</i>	53
<i>verapamil hcl sr</i>	5	VOSEVI	64
<i>verapamil hydrochloride</i>	5	VOWST	19
<i>verapamil hydrochloride er</i>	5	VRAYLAR	63
VERQUVO	9	VUMERITY	11
VERSACLOZ	62	<i>vyfemla</i>	22
VERZENIO	60	VYZULTA	32
VIBRAMYCIN	48	<i>warfarin sodium</i>	72
<i>vigabatrin</i>	48	WART REMOVER MAXIMUM	14
<i>vigadrone</i>	48	STRENGTH	
<i>vigpoder</i>	48	WELIREG	76
VIIBRYD STARTER PACK	51	WHITE PETROLEUM JELLY	40
<i>vilazodone hydrochloride</i>	51	<i>wixela inhub</i>	34
VIRACEPT	64	XALKORI	60
VIREAD	66	XARELTO	72
VITAMIN A	71	XARELTO STARTER PACK	72
VITAMIN A & D	14	XATMEP	28
VITAMIN A PALMITATE	71	XCOPRI	49
VITAMIN B COMPLEX	71	XDEMVY	31
VITAMIN B1	66	XELJANZ	26
VITAMIN B1	71	XELJANZ XR	26
VITAMIN B-1	71	XERMELO	16
VITAMIN B-12	71	XGEVA	10
VITAMIN B-2	71	XIFAXAN	19
VITAMIN B6	71	XIGDUO XR	74
VITAMIN B-6	71	XIIDRA	31
VITAMIN B-COMPLEX 100	71	XOFLUZA	64
VITAMIN C	71	XOLAIR	26
VITAMIN C GUMMIES	71	XOSPATA	60
VITAMIN C TR	71	XPOVIO	60
VITAMIN C-500 TIMED RELEASE	71	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	60
VITAMIN D	72	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	60
VITAMIN D (ERGOCALCIFEROL)	71	XTANDI	54
VITAMIN D INFANT	71	<i>xulane</i>	22
VITAMIN D3	72	<i>yargesa</i>	76
VITAMIN D-3	71	YERVOY	54
VITAMIN D3 400	71	YF-VAX	30
VITAMIN E	72	<i>yuvafem</i>	22
VITAMIN K1	72	<i>zafemy</i>	22
VITAMINS A & D	72	<i>zafirlukast</i>	37
VITRAKVI	60	<i>zaleplon</i>	13

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
ZARXIO	73
ZEJULA	60
ZELBORAF	61
ZENATANE	14
ZENPEP	76
ZEPOSIA	11
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	11
ZEPOSIA STARTER KIT	11
<i>zidovudine</i>	66
ZINC OXIDE	14
<i>ziprasidone hcl</i>	63
<i>ziprasidone mesylate</i>	63
ZIRGAN	32
<i>zoledronic acid</i>	10
ZOLINZA	55
<i>zolpidem tartrate</i>	13
ZOMACTON	20
ZONISADE	49
<i>zonisamide</i>	49
ZOSYN	46
<i>zovia 1/35</i>	23
ZTALMY	48
ZURZUVAE	50
ZYDELIG	61
ZYKADIA	61
ZYPREXA RELPREVV	63

ID de formulario: 25504, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2025  
Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

2025

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://TuftsHealthOneCare.org).



a **Point32Health** company

H7419\_LOCD25\_Accepted