

2025

Tufts Health One Care
(Medicare-Medicaid Plan)

Lista de Medicamentos Cubiertos 2025

(Lista de medicamentos o formulario)

Formulary File Submission ID: 25504, Version 16
Updated on 09/01/2025

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.



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

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 ou 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, ພາຍໃຕ້ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 855-393-3154 (TTY: 711), ເຈັດມື້ຕໍ່ອາທິດ, ຈາກ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ເຮົາມີຄົນທີ່ເວົ້າລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

Cambodian: យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 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.

09/01/2025



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	76

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.



- ❖ 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 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 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 médicamente 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.



- 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. 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.



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. 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.



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 o
- 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.



- **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. 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.



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.



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.



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.



09/01/2025

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

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.



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 gasas 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.



- 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.



- 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.

09/01/2025

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.



Medicamentos agrupados por tipos de enfermedades

Agentes antidemencia.....	3
Agentes antiespásticos.....	3
Agentes antiyaquecosos	3
Agentes antimiasténicos	4
Agentes antiparkinsonianos	4
Agentes cardiovasculares	4
Agentes de antigout	9
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal	9
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas	9
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.....	39
Analgésicos	40
Anestésicos.....	43
Ansiolíticos	43
Antibacterianos	43
Anticonvulsivos	47
Antidepresivos	49
Antidepressants.....	50
Antieméticos	50
Antimicobacterianos.....	51
Antimicóticos	51
Antineoplásicos.....	52
Antiparasitarios	60
Antipsicóticos	61
Antivírico	62
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas	65

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Productos y modificadores sanguíneos	71
Reguladores de la glucemia	72
Relajantes musculares esqueléticos	74
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento	74

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
Agentes antidemencia		
<i>Agentes antidemencia, otros</i>		
memantine/donepezil hydrochloride er	2	
NAMZARIC	3	
<i>Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)</i>		
memantine hcl titration pak	2	
memantine hydrochloride er	2	
memantine hydrochloride soln, tabs	2	
<i>Inhibidores de la colinesterasa</i>		
donepezil hcl tbdp	2	
donepezil hcl tabs 10mg, 23mg	2	
donepezil hydrochloride tabs 5mg	2	
galantamine hydrobromide er	2	
galantamine hydrobromide soln, tabs	2	
rivastigmine tartrate	2	
rivastigmine transdermal system	2	
Agentes antiespásticos		
<i>Agentes antiespásticos</i>		
baclofen	2	
dantrolene sodium	2	
tizanidine hcl	2	
tizanidine hydrochloride	2	
Agentes antijaquecosos		
<i>Agonista de receptores de serotonina (5-HT)</i>		
naratriptan hcl	2	
rizatriptan benzoate	2	
rizatriptan benzoate odt	2	
sumatriptan succinate refill inj 6mg/0.5ml	2	
sumatriptan succinate inj, tabs	2	
sumatriptan soln	2	
<i>Alcaloides del cornezuelo</i>		
dihydroergotamine mesylate soln	2	QL(8 ML por 30 días); NEDS
ergotamine tartrate/cafeine	2	
<i>Antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene</i>		
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: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
NURTEC	3	PA
UBRELVY	3	PA
Profiláctico		
<i>timolol maleate tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
Agentes antimiasténicos		
Parasimpaticomiméticos		
<i>pyridostigmine bromide er tbc</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide tabs 60mg</i>	2	
Agentes antiparkinsonianos		
Agentes antiparkinsonianos, otros		
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	2	
<i>entacapone</i>	2	
Agonistas de la dopamina		
<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	
Anticolinérgicos		
<i>benztropine mesylate tabs</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hcl soln</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	2	
Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate tabs</i>	2	
<i>selegiline hcl caps, tabs</i>	2	
Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos		
<i>carbidopa/levodopa</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa er</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	2	
<i>carbidopa tabs</i>	2	
Agentes cardiovasculares		
Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa		
<i>prazosin hydrochloride caps</i>	2	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		
<i>acebutolol hydrochloride</i>	2	
<i>atenolol tabs</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>carvedilol</i>	2	
<i>labetalol hydrochloride tabs 100mg, 200mg, 300mg</i>	2	
<i>metoprolol succinate er</i>	2	
<i>metoprolol tartrate tabs</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nadolol tabs 20mg, 40mg, 80mg</i>	2	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	2	
<i>pindolol tabs</i>	2	
<i>propranolol hcl soln 40mg/5ml</i>	2	
<i>propranolol hcl tabs 40mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride er</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride soln</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	2	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate tabs</i>	2	
<i>felodipine er</i>	2	
<i>nifedipine er</i>	2	
<i>nimodipine caps</i>	2	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
<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</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, 90mg</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</i>	2	
<i>verapamil hcl sr cp24</i>	2	
<i>verapamil hcl tabs 40mg, 80mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride er cp24</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride er tbc 180mg, 240mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride tabs 120mg</i>	2	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>aliskiren</i>	2	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	2	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	2	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	2	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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	
CORLANOR	3	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	2	
ENTRESTO	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
NIACIN FLUSH FREE CAPS 500MG	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	
TEKTURNA HCT TABS 150MG; 12.5MG, 300MG; 12.5MG, 300MG; 25MG	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	
Agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine</i>	2	
<i>clonidine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>droxidopa</i>	2	PA; NEDS
<i>midodrine hydrochloride</i>	2	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<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	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>valsartan tabs</i>	2	
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides		
<i>eplerenone</i>	2	
KERENDIA	3	PA
<i>spironolactone tabs</i>	2	
Antiarrítmicos		
<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 hydrochloride caps</i>	2	
MULTAQ	3	
<i>propafenone hcl</i>	2	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	2	
<i>propafenone hydrochloride tabs 225mg, 300mg</i>	2	
<i>quinidine gluconate cr</i>	2	
<i>quinidine gluconate er</i>	2	
<i>quinidine sulfate tabs</i>	2	
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol hcl tabs 120mg, 160mg, 240mg</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride tabs 80mg</i>	2	
Dislipídemicos, derivados del ácido fibríco		
<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	
Dislipídemicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<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	
<i>rosuvastatin calcium tabs</i>	2	
<i>simvastatin tabs</i>	2	
Dislipídemicos, otros		
<i>cholestyramine light</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cholestyramine pack, powd</i>	2	
<i>colestipol hydrochloride</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
Diuréticos, ahorrador de potasio		
<i>amiloride hcl tabs</i>	2	
<i>triamterene caps</i>	2	
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide inj, tabs</i>	2	
<i>ethacrynic acid tabs</i>	2	
<i>furosemide inj, oral soln, tabs</i>	2	
<i>torsemide tabs</i>	2	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide caps, tabs</i>	2	
<i>indapamide tabs</i>	2	
<i>metolazone</i>	2	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
<i>benazepril hydrochloride tabs</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 hydrochloride</i>	2	
<i>perindopril erbumine</i>	2	
<i>quinapril hydrochloride</i>	2	
<i>ramipril</i>	2	
<i>trandolapril</i>	2	
Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT)		
FARXIGA	3	
JARDIANCE	3	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso		

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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	
<i>Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial</i>		
<i>hydralazine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>minoxidil tabs</i>	2	
Agentes de antigout		
<i>Agentes de antigout</i>		
<i>allopurinol</i>	2	
<i>colchicine</i>	2	
GLOPERBA	3	
<i>probenecid</i>	2	
<i>probenecid/colchicine</i>	2	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
<i>Aminosalicilatos</i>		
<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	
<i>Glucocorticoides</i>		
<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	
<i>proctozone-hc</i>	2	
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
<i>Agentes de las enfermedades óseas metabólicas</i>		
<i>alendronate sodium</i>	2	
BONSITY	2	PA; NEDS
<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	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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	
Agentes del sistema nervioso central		
<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
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	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
VUMERITY	3	NEDS; SP-Optum Specialty
ZEPOSIA	3	NEDS
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	3	NEDS
ZEPOSIA STARTER KIT	3	NEDS
Agentes de fibromialgia		
SAVELLA	3	
SAVELLA TITRATION PACK	3	
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	2	
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	2	
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	2	
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
<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 10mg, 18mg, 25mg, 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	
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	2	QL(90 EA por 90 días)
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride er (cd)</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm) tbc 18mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride er tb24</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride er tbc 10mg, 20mg</i>	2	
Sistema nervioso central, otros		
ACETAMINOPHEN SOLN 160MG/5ML	4	EC
AUSTEDO	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025
Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TEPK 0	3	QL(56 EA por 365 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TEPK 0	3	QL(84 EA por 365 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 6MG	3	QL(210 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 18MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 24MG	3	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 12MG	3	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS
COBENFY	3	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
COBENFY STARTER PACK	3	QL(112 EA por 365 días); PA NSO; NEDS
INGREZZA	3	PA; NEDS
NUEDEXTA	3	PA
RADICAVA ORS	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RADICAVA ORS STARTER KIT	3	PA; NEDS
<i>rihuzole</i>	2	
TENSION HEADACHE	4	EC
<i>tetrabenazine</i>	2	PA; SP-Optum Specialty
VEOZAH	3	QL(30 EA por 30 días); PA
Agentes del trastorno del sueño		
<i>Agentes estimulantes de insomnio</i>		
<i>armodafinil</i>	2	PA
<i>modafinil tabs</i>	2	PA
<i>sodium oxybate</i>	2	PA; NEDS
<i>Agentes somníferos</i>		
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	
<i>zaleplon</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>zolpidem tartrate tabs</i>	2	
Agentes dentales y orales		
<i>Agentes dentales y orales</i>		
<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 tabs 5mg, 7.5mg</i>	2	
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS	4	EC
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	4	EC
<i>sf 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	2	
<i>sodium fluoride crea 1.1%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	2	
Agentes dermatológicos		
<i>Agentes dermatológicos, otros</i>		
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	
<i>nystatin/triamcinolone acetonide oint</i>	2	
OTEZLA TABS 20MG, 30MG	3	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
<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	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
<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	
<i>betamethasone valerate crea, lotn, oint</i>	2	
<i>clobetasol propionate e</i>	2	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate crea 0.05%</i>	2	QL(240 GM por 30 días)

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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 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	
DESRX	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	
GNP HYDROCORTISONE MAXIMUM STRENGTH	4	EC
GNP HYDROCORTISONE CREA 0.5%	4	EC
<i>halobetasol propionate crea, oint</i>	2	
<i>hydrocortisone butyrate oint</i>	2	
<i>hydrocortisone valerate</i>	2	
HYDROCORTISONE CREA 1%	4	EC
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	2	
HYDROCORTISONE LOTN 1%	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	
<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	
Antiinfecciosos tópicos		

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
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	
Pediculicidas/escabidas		
LICE TREATMENT CREME RINSE LIQD 1%	4	EC
<i>malathion</i>	2	
<i>permethrin crea</i>	2	
SM LICE TREATMENT LIQD	4	EC
Agentes gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
<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 hydrochloride caps 2mg</i>	2	
SM ANTI-DIARRHEAL	4	EC
XERMELO	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiestreñimiento		
BISACODYL EC	4	EC
BISACODYL SUPP	4	EC
CHOCOLATED LAXATIVE REGULAR STRENGTH	4	EC
<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

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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</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
SENNAL-S TABS	4	EC
SENNAL CAPS	4	EC
SENNAL SYRP 8.8MG/5ML	4	EC
SENNAL TABS 8.6MG	4	EC
SOLUBLE FIBER	4	EC
STOOL SOFTENER TABS	4	EC
<i>Agentes gastrointestinales, otros</i>		
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

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
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 TABS 3000UNIT	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 SOLN 1MG/7.5ML	4	EC
LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE TABS 2MG	4	EC
MAGNESIUM OXIDE TABS 400MG, 420MG	4	EC
MAGNESIUM TABS 250MG	4	EC
<i>metoclopramide hcl inj, oral soln</i>	2	
<i>metoclopramide hydrochloride tabs</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	
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	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ursodiol tabs</i>	2	
VOWST	3	PA; NEDS
XIFAXAN TABS 550MG	3	PA; NEDS
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
<i>cimetidine tabs</i>	2	
FAMOTIDINE MAXIMUM STRENGTH	4	EC
FAMOTIDINE ORIGINAL STRENGTH	4	EC
<i>famotidine tabs 20mg, 40mg</i>	2	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl soln</i>	2	
<i>dicyclomine hydrochloride caps</i>	2	
<i>dicyclomine hydrochloride tabs 20mg</i>	2	
<i>glycopyrrolate soln</i>	2	
<i>glycopyrrolate tabs 1mg, 2mg</i>	2	
Inhibidores de la bomba de protones		
DEXLANSOPRAZOLE	2	
<i>esomeprazole magnesium cpdr</i>	2	
<i>esomeprazole magnesium pack 10mg, 20mg, 40mg</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	
Protectores		
<i>misoprostol</i>	2	
<i>sucralfate susp, tabs</i>	2	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl er</i>	2	
<i>doxazosin mesylate</i>	2	
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	2	
<i>dutasteride caps</i>	2	
<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	
Agentes genitourinarios, otros		
<i>acetic acid 0.25%</i>	2	
<i>bethanechol chloride tabs</i>	2	
ELMIRON	3	
<i>tiopronin dr</i>	2	NEDS

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>Antiespasmódicos, urinario</i>		
<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	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</i>		
<i>desmopressin acetate</i>	2	
GENOTROPIN	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
GENOTROPIN MINISQUICK INJ 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
GENOTROPIN MINISQUICK INJ 0.2MG	3	PA; SP-Optum Specialty
INCRELEX	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ZOMACTON	4	EC
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
<i>Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos</i>		
OSPHENA	3	
<i>raloxifene hydrochloride</i>	2	
<i>Andrógenos</i>		
<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	
<i>Estrógenos</i>		
<i>abigale</i>	2	
<i>abigale lo</i>	2	
<i>amabelz</i>	2	
<i>amethia</i>	2	
<i>apri</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ashlyna</i>	2	
<i>aviane</i>	2	
<i>azurette</i>	2	
<i>balziva</i>	2	
<i>brielllyn</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	
ESTRING	3	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	2	
<i>falmina</i>	2	
FEIRZA 1.5/30	2	
FEIRZA 1/20	2	
<i>finzala</i>	2	
<i>fyavolv</i>	2	
<i>galbriela</i>	2	
<i>haloette</i>	2	
<i>iclevia</i>	2	
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	3	
IMVEXXY STARTER PACK	3	
<i>introvale</i>	2	
<i>jaimiess</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	
<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	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	2	
<i>levora 0.15/30-28</i>	2	
<i>lojaimiess</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>minzoya</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	
PREMARIN CREA	3	
PREMARIN TABS 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	3	
PREMPHASE	3	
<i>rosyrah</i>	2	
<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>valtya 1/50</i>	2	
<i>velivet</i>	2	
<i>vyfemla</i>	2	
XARAH FE	2	
<i>xelria fe</i>	2	
<i>xulane</i>	2	
<i>yuvaferm</i>	2	
<i>zafemy</i>	2	
<i>zovia 1/35</i>	2	
Progestinas		
<i>camila</i>	2	
<i>deblitane</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	
<i>errin</i>	2	
<i>gallifrey</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
<i>meleya</i>	2	
NEXPLANON	3	
<i>norethindrone acetate tabs</i>	2	
<i>progesterone caps</i>	2	
<i>sharobel</i>	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)</i>		
DEPO-MEDROL	3	
<i>dexamethasone</i>	2	
<i>dexamethasone intensol</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate +rfd</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 100mg/10ml, 10mg/ml, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml</i>	2	
<i>fludrocortisone acetate</i>	2	
<i>hydrocortisone sodium succinate</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 10mg/ml, 40mg/ml</i>	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)</i>		
ADTHYZA	3	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
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	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
<i>Agentes antihiroides</i>		
<i>methimazole tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>propylthiouracil tabs</i>	2	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
<i>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)</i>		
<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
<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

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
SOMATULINE DEPOT	3	NEDS
SOMAVERT	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SYNAREL	3	NEDS
Agentes inmunológicos		
<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
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

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
SKYRIZI INJ 360MG/2.4ML	3	QL(2.4 ML por 28 días); PA; NEDS
STEQEYMA INJ 45MG/0.5ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA
STEQEYMA INJ 90MG/ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
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
YESINTEK INJ 45MG/0.5ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA
YESINTEK INJ 90MG/ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
Agentes para angioedema		
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
Inmunostimulantes		
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
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INJ 10%, 5GM/50ML	3	PA BvD; NEDS
CUVITRU	3	PA BvD; NEDS

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
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
<i>Inmunosupresores</i>		
<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
ENVARUS XR TB24 0.75MG, 1MG	3	PA BvD
ENVARUS 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
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
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 1gm/40ml, 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	2	
<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	
Vacunas		
ABRYSVO	1	
ACTHIB INJ 0	1	
ADACEL	1	
AREXVY	1	
BCG VACCINE INJ 50MG	1	
BEXSERO	1	
BOOSTRIX	1	
DAPTACEL INJ 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
DENG VAXIA	1	
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	1	
ENGRIX-B	1	PA BvD
GARDASIL 9	1	
HAVRIX INJ 1440ELU/ML, 720ELU/0.5ML	1	
HEPLISAV-B	1	PA BvD

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
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	
PENMENVY	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	
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	1	
TICOVAC	1	
TRUMENBA	1	
TWINRIX	1	
TYPHIM VI	1	
VAQTA	1	
VARIVAX	1	
VAXCHORA	1	
VIMKUNYA	1	
VIVOTIF	1	
YF-VAX	1	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
Agentes oftálmicos		
<i>Agentes oftálmicos antialérgicos</i>		
ALOCRIL	3	
azelastine hcl ophthalmic soln 0.05%	2	
bepotastine besilate	2	
cromolyn sodium soln 4%	2	
epinastine hcl	2	
olopatadine hydrochloride	2	
<i>Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos</i>		
betaxolol hcl	2	
BETIMOL	3	
carteolol hcl	2	
levobunolol hcl soln 0.5%	2	
timolol hemihydrate	2	
timolol maleate ophthalmic gel forming	2	
timolol maleate soln 0.25%, 0.5%	2	
<i>Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros</i>		
acetazolamide	2	
acetazolamide er	2	
ALPHAGAN P SOLN 0.1%	3	
apraclonidine	2	
brimonidine tartrate	2	
brinzolamide	2	
dorzolamide hydrochloride	2	
methazolamide tabs	2	
PHOSPHOLINE IODIDE SOLR 0.125%	3	
pilocarpine hcl soln 1%, 2%, 4%	2	
pilocarpine hydrochloride soln 1%, 2%, 4%	2	
RHOPRESSA	3	
<i>Agentes oftálmicos, otros</i>		
ARTIFICIAL TEARS SOLN 0.2%; 0.2%; 1%	4	EC
atropine sulfate soln 1%	2	
bacitracin/polymyxin b	2	
brimonidine tartrate/timolol maleate	2	
cyclopentolate hcl soln 2%	2	
cyclopentolate hydrochloride	2	
cyclosporine emul 0.05%	2	
CYSTARAN	3	NEDS
dorzolamide hcl/timolol maleate	2	
dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf	2	
LUBRICANT EYE DROPS SOLN 0.6%	4	EC
LUBRICATING EYE DROPS SOLN 0.4%; 0.3%	4	EC

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>neo-polycin</i>	2	
<i>neo-polycin hc</i>	2	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc oint 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</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 SOLN 5MG/ML; 6MG/ML	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	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<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 0.5%, 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	
XDEMVI	3	PA; NEDS
ZIRGAN	3	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac</i>	2	
<i>bromfenac sodium</i>	2	
BROMSITE	3	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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	
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	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>bimatoprost</i>	2	
<i>latanoprost soln</i>	2	
LUMIGAN	3	
<i>tafluprost</i>	2	
<i>travoprost</i>	2	
VYZULTA	3	
Agentes para la bipolaridad		
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>lithium</i>	2	
<i>lithium carbonate er</i>	2	
<i>lithium carbonate caps, tabs</i>	2	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
Agentes para dejar de fumar		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 150mg</i>	2	
GOODSENSE NICOTINE	4	EC
GOODSENSE NICOTINE POLACRILEX GUM	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
NICOTROL INHALER	3	
NICOTROL NS	3	
TYRVAYA	3	
<i>varenicline starting month</i>	2	QL(53 EA por 28 días)
<i>varenicline tartrate</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
Agentes que revierten los opioides		
<i>naloxone hcl inj 4mg/10ml</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
Dependencia de opioides		
<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)
Disuasivos del alcohol/disminución del deseo		
<i>acamprosate calcium dr</i>	2	
<i>disulfiram tabs</i>	2	
<i>naltrexone hydrochloride tabs</i>	2	
VIVITROL	3	NEDS
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
Agentes del tracto respiratorio, otros		
<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)
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

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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 HYDROCHLORIDE 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)
Agentes para fibrosis pulmonar		
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
<i>pirfenidone tabs 801mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes para fibrosis quística		
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

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
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
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS	3	PA; NEDS
<i>alyq</i>	2	PA; SP-Optum Specialty
<i>ambrisentan</i>	2	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bosentan tabs</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
<i>tadalafil tabs 20mg</i>	2	PA; SP-Optum Specialty
TRACLEER TBSO	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VENTAVIS	3	PA; NEDS
Antihistamínicos		
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

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
CETIRIZINE HYDROCHLORIDE/PSEUDOEPHEDRINE HYDROCHLORIDE	4	EC
CETIRIZINE HYDROCHLORIDE TABS 10MG	4	EC
CHLORPHENIRAMINE MALEATE TABS, TBCR	4	EC
<i>ciproheptadine hcl syrp</i>	2	
<i>ciproheptadine 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
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
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
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)

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium chew, pack, tabs</i>	2	
<i>zafirlukast</i>	2	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	3	QL(77.4 GM por 90 días)
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)
Broncodilatadores, simpaticomimético		
<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)

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium nebu 20mg/2ml</i>	2	PA BvD
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
<i>elixophyllin</i>	2	
<i>roflumilast</i>	2	
<i>theophylline er tb12, tb24</i>	2	
<i>theophylline elix</i>	2	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
<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

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5)	3	
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5)	3	
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	3	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	3	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO GEN 5	3	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	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	
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
Agentes óticos		
<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	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
Analgésicos		
<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 phosphate tabs 300mg; 60mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>acetaminophen/codeine soln</i>	2	QL(3600 ML por 30 días)
<i>acetaminophen/codeine tabs 300mg; 15mg, 300mg; 30mg, 300mg; 60mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>butorphanol tartrate soln</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; 2.5mg, 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)

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
<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)
Analgésicos		
ACETAMINOPHEN ER 8 HOUR ARTHRITIS PAIN	4	EC
ACETAMINOPHEN SUPP 120MG, 650MG	4	EC
JOURNAVX	3	QL(30 EA por 90 días)
LIQUID ACETAMINOPHEN	4	EC
MAPAP	4	EC
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
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

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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
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-SYMPTOM MAXIMUM STRENGTH	4	EC
<i>nabumetone tabs</i>	2	
<i>naproxen dr</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	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
TRI-BUFFERED ASPIRIN TABS 325MG; 35MG; 40MG; 0; 0	4	EC
Anestésicos		
<i>Anestésicos locales</i>		
<i>glydo</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL	4	EC
<i>lidocaine hcl jelly prsy</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%, 4%</i>	2	
<i>lidocaine hydrochloride jelly</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<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)
<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
Ansiolíticos		
<i>Ansiolíticos, otros</i>		
<i>bupirone hcl tabs 15mg</i>	2	
<i>bupirone hydrochloride tabs 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	2	
Benzodiazepinas		
<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	
Antibacterianos		
<i>Aminoglicósidos</i>		
<i>amikacin sulfate inj 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	2	
ARIKAYCE	3	PA; NEDS

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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	
Antibacterianos, otros		
<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	
<i>clindamycin phosphate crea 2%</i>	2	
<i>clindamycin phosphate inj 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml, 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

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
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	
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefactor caps</i>	2	
<i>cefactor susr 125mg/5ml, 375mg/5ml</i>	2	
<i>cefadroxil caps, susr</i>	2	
<i>cefazolin sodium/dextrose inj 1gm; 4%, 2gm; 3%, 3gm; 2%</i>	2	
<i>cefazolin sodium inj 10gm, 1gm/50ml; 4%, 1gm, 2gm, 500mg</i>	2	
<i>cefazolin/dextrose inj 3gm/150ml; 4%</i>	2	
<i>cefazolin inj 2gm/100ml; 4%, 2gm, 3gm</i>	2	
<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
Betalactámico, penicilinas		
<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	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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</i>	2	
ZOSYN INJ 5%; 4GM/100ML; 0.5GM/100ML	3	
Carbapenemas		
<i>ertapenem sodium</i>	2	
<i>imipenem/cilastatin</i>	2	
<i>meropenem</i>	2	
Macrólidos		
<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>fidaxomicin</i>	2	NEDS
Quinolonas		
<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	
Sulfonamidas		
<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	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
Tetraciclinas		
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 100mg, 75mg</i>	2	
<i>minocycline hydrochloride caps 100mg, 50mg</i>	2	
<i>minocycline hydrochloride tabs 50mg</i>	2	
<i>mondoxyne nl caps 100mg</i>	2	
<i>tetracycline hydrochloride caps</i>	2	
VIBRAMYCIN SYRP	3	
Anticonvulsivos		
Agentes de modificación de los canales de calcio		
<i>ethosuximide</i>	2	
<i>methsuximide</i>	2	
Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)		
<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>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

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
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
VIGAFYDE	3	PA NSO; NEDS
<i>vigpoder</i>	2	NEDS
ZTALMY	3	PA NSO; NEDS
Agentes para los canales de sodio		
APTOM	3	
<i>carbamazepine er</i>	2	
<i>carbamazepine chew 100mg</i>	2	
<i>carbamazepine susp, tabs</i>	2	
<i>epitol</i>	2	
<i>eslicarbazepine acetate</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 TBP 0	3	
XCOPRI TBP 0	3	NEDS
ZONISADE	3	
<i>zonisamide</i>	2	
Anticonvulsivos, otros		
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	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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 inj, oral soln, tabs, tb3d</i>	2	
NAYZILAM	3	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
<i>perampanel</i>	2	
<i>roweepra tabs 500mg</i>	2	
SPRITAM	3	
<i>subvenite</i>	2	
<i>subvenite starter kit/blue</i>	2	
<i>subvenite starter kit/green</i>	2	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	2	
<i>topiramate cpsp, soln, tabs</i>	2	
<i>valproic acid</i>	2	
Antidepresivos		
<i>Antidepresivos, otros</i>		
AUVELITY	3	
<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</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
<i>Inhibidores de la monoaminoxidasa</i>		
EMSAM	3	ST NSO; NEDS
MARPLAN	3	
<i>phenelzine sulfate</i>	2	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	2	
<i>Tricíclicos</i>		
<i>amitriptyline hcl tabs 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	2	
<i>amitriptyline hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg, 75mg</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	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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	
Antidepressants		
<i>SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)</i>		
<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 hydrochloride dr cpep 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr cpep 30mg, 40mg</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>raldesy</i>	3	NEDS
<i>sertraline hcl</i>	2	
<i>sertraline hydrochloride</i>	2	
<i>trazodone hydrochloride</i>	2	
TRINTELLIX	3	
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	2	
VIIBRYD STARTER PACK	3	
<i>vilazodone hydrochloride</i>	2	
Antieméticos		
<i>Adyuvantes para terapia emetogénica</i>		
<i>aprepitant caps 0, 40mg, 80mg</i>	2	PA BvD

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<i>ondansetron odt tbdp 4mg, 8mg</i>	2	PA BvD
Antieméticos, otros		
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 hydrochloride plain</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>scopolamine</i>	2	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
<i>dapsone tabs</i>	2	
<i>rifabutin</i>	2	
Antituberculosos		
<i>ethambutol hydrochloride</i>	2	
<i>isoniazid syrp, tabs</i>	2	
PRIFTIN	3	
<i>pyrazinamide tabs</i>	2	
<i>rifampin caps, inj</i>	2	
SIRTURO	3	PA; NEDS
TRECTOR	3	
Antimicóticos		
Antimicóticos		
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	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	2	
<i>flucytosine</i>	2	NEDS
GNP CLOTRIMAZOLE 3	4	EC
<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 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
Antineoplásicos		
<i>Agentes alquilantes</i>		
<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
<i>Agentes antiangiogénicos</i>		

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	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
<i>Antiandrogénicos</i>		
<i>abiraterone acetate</i>	2	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ABIRTEGA	2	PA NSO
<i>bicalutamide</i>	2	
ERLEADA TABS 240MG	3	PA NSO; NEDS
ERLEADA TABS 60MG	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
EULEXIN	3	
<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
<i>Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco</i>		
DARZALEX	3	NEDS
OPDIVO	3	NEDS
YERVOY	3	NEDS
<i>Antiestrógenos/modificadores</i>		
EMCYT	3	NEDS
ORSERDU	3	PA NSO; NEDS
SOLTAMOX	3	NEDS
<i>tamoxifen citrate tabs</i>	2	
<i>toremifene citrate</i>	2	NEDS
<i>Antimetabolitos</i>		
DROXIA	3	
<i>hydroxyurea caps</i>	2	
<i>mercaptopurine tabs</i>	2	
<i>mercaptopurine susp</i>	2	NEDS
PURIXAN	3	NEDS
TABLOID	3	SP-Optum Specialty
<i>Antineoplásicos, otros</i>		
AKEEGA	3	PA NSO; NEDS
<i>bortezomib inj 1mg, 2.5mg</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bortezomib inj 3.5mg/1.4ml, 3.5mg</i>	2	NEDS
<i>boruzu</i>	2	
<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
ITOVEBI TABS 9MG	3	PA NSO; NEDS
ITOVEBI TABS 3MG	3	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
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
LAZCLUZE TABS 240MG	3	PA NSO; NEDS
LAZCLUZE TABS 80MG	3	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<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	
REVUFORJ	3	PA NSO; NEDS
SYNRIBO	3	NEDS
TRUSELTIQ	3	PA NSO; NEDS
VONJO	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZOLINZA	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
Complementos del tratamiento		
<i>mesna tabs</i>	2	NEDS
MESNEX TABS	3	NEDS
VORANIGO TABS 40MG	3	PA NSO; NEDS
VORANIGO TABS 10MG	3	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>Inhibidores de enzimas</i>		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	3	PA NSO; NEDS
KYPROLIS	3	NEDS
<i>Inhibidores de la aromatasa, tercera generación</i>		
<i>anastrozole tabs</i>	2	
<i>exemestane</i>	2	
<i>letrozole</i>	2	
<i>Inhibidores moleculares dirigidos</i>		
ALECENSA	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ALUNBRIG	3	PA NSO; NEDS
AUGTYRO	3	PA NSO; NEDS
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

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
COTELLIC	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
DANZITEN	3	PA NSO; NEDS
<i>dasatinib</i>	2	PA NSO; NEDS
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
<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
GOMEKLI	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 tabs</i>	2	NEDS; SP-Optum Specialty
IMBRUVICA SUSP	3	PA NSO; NEDS
IMBRUVICA CAPS, TABS	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
IMKELDI	3	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
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
<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 240MG, 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

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
MEKTOVI	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
NERLYNX	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>nilotinib hydrochloride</i>	2	PA NSO; NEDS
NINLARO	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ODOMZO	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
OJJAARA	3	PA NSO; NEDS
<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
ROMVIMZA	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

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<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
TAGRISSE	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

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
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
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
Retinoides		
<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
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole tabs</i>	2	
<i>ivermectin tabs</i>	2	
<i>praziquantel tabs</i>	2	
REESES PINWORM MEDICINE SUSP 144MG/ML	4	EC
Antiprotozoico		
<i>atovaquone</i>	2	
<i>atovaquone/proguanil hcl tabs 62.5mg; 25mg</i>	2	
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</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 hydrochloride</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

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		
<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 hydrochloride</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 hydrochloride</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	
Resistente al tratamiento		
<i>clozapine odt</i>	2	
<i>clozapine tabs 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	
VERSACLOZ	3	NEDS
Segunda generación/atípico		
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 A	3	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK B	3	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK C	3	ST NSO
INVEGA HAFYERA	3	NEDS
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	3	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
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)
<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	
OPIPZA	3	PA NSO; NEDS
<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
Antivírico		
<i>Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)</i>		
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

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
KALETRA SOLN	3	
LEXIVA SUSP	3	
<i>lopinavir/ritonavir</i>	2	
NORVIR PACK, SOLN	3	
PREZCOBIX TABS 150MG; 800MG	3	NEDS
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
Agentes anti-VIH, otros		
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
SUNLENCA TABS	3	QL(24 EA por 168 días); NEDS
TYBOST	3	
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
<i>cidofovir</i>	2	NEDS
LIVTENCITY	3	PA; NEDS
PREVYMIS TABS	3	PA; NEDS
PREVYMIS PACK 20MG	3	PA
PREVYMIS PACK 120MG	3	PA; NEDS
<i>valganciclovir</i>	2	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	2	NEDS
Agentes antigripales		
<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)
Agentes antihepatitis C (VHC)		

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
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
Agentes antiherpéticos		
<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	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
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
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
COMPLERA	3	NEDS
DELSTRIGO	3	NEDS
EDURANT	3	NEDS
EDURANT PED	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>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	2	NEDS
<i>etravirine</i>	2	NEDS
INTELENCE TABS 25MG	3	
<i>nevirapine</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nevirapine er</i>	2	
PIFELTRO	3	NEDS
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir</i>	2	
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	2	
CIMDUO	3	NEDS
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	
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil</i>	2	
<i>entecavir</i>	2	
<i>lamivudine tabs 100mg</i>	2	
VEMLIDY	3	NEDS
Antivirales, agentes de coronavirus		
LAGEVRIO	3	QL(40 EA por 5 días)
PAXLOVID TBP 150MG; 100MG	3	QL(11 EA por 5 días)
PAXLOVID TBP 150MG; 100MG	3	QL(20 EA por 5 días)
PAXLOVID TBP 300MG; 100MG	3	QL(30 EA por 5 días)
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Aglutinantes de potasio		
LOKELMA	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powd</i>	2	
<i>sps</i>	2	
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
VITAMIN B1 TABS 100MG	4	EC
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET	3	NEDS
<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
Quelantes de fosfato		
<i>calcium acetate caps</i>	2	
<i>calcium acetate tabs 667mg</i>	2	EC
<i>sevelamer carbonate</i>	2	
VELPHORO	3	NEDS
Reemplazo de electrolitos/minerales		
AMINOSYN II INJ 107.6MEQ/L; 1490MG/100ML; 1527MG/100ML; 1050MG/100ML; 1107MG/100ML; 750MG/100ML; 450MG/100ML; 990MG/100ML; 1500MG/100ML; 1575MG/100ML; 258MG/100ML; 405MG/100ML; 447MG/100ML; 1083MG/100ML; 795MG/100ML; 50MEQ/L; 600MG/100ML; 300MG/100ML; 750MG/100ML	3	PA BvD
AMINOSYN-PF 7% INJ 32.5MEQ/L; 490MG/100ML; 861MG/100ML; 370MG/100ML; 576MG/100ML; 270MG/100ML; 220MG/100ML; 534MG/100ML; 831MG/100ML; 475MG/100ML; 125MG/100ML; 300MG/100ML; 570MG/100ML; 347MG/100ML; 50MG/100ML; 360MG/100ML; 125MG/100ML; 44MG/100ML; 452MG/100ML	3	PA BvD
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	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	2	
<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>effer-k tbef 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
<i>glucose (dextrose) 50%</i>	2	
<i>glucose (dextrose) 70%</i>	2	
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 CAPS 100MG	4	EC
MAGNESIUM OXIDE CAPS 500MG	4	EC
MAGNESIUM OXIDE TABS 250MG, 400MG, 420MG	4	EC
<i>magnesium sulfate inj 50%</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
MAGNESIUM TABS 250MG, 500MG	4	EC
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
Vitaminas		
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: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	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 8000UNIT/ML	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: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	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 TBCR	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
VITAMIN D3 CAPS 1000UNIT, 250MCG; 0; 0, 50MCG	4	EC
VITAMIN D3 CHEW 1000UNIT, 2000UNIT, 400UNIT	4	EC

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
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
Productos y modificadores sanguíneos		
<i>Agentes homeostáticos</i>		
<i>aminocaproic acid inj, oral soln</i>	2	
<i>aminocaproic acid tabs 500mg</i>	2	
<i>tranexamic acid tabs</i>	2	
<i>Agentes modificadores de plaquetas</i>		
<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	
<i>Anticoagulantes</i>		
<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>rivaroxaban susr</i>	2	
<i>warfarin sodium tabs</i>	2	
XARELTO STARTER PACK	3	
XARELTO TABS	3	
<i>Productos y modificadores sanguíneos, otros</i>		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	2	
<i>eltrombopag olamine</i>	2	PA; NEDS

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
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
Reguladores de la glucemia		
<i>Agentes antidiabéticos</i>		
<i>acarbose tabs</i>	2	
<i>glimepiride tabs 1mg, 2mg, 4mg</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	
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>miglitol</i>	2	
MOUNJARO	3	PA

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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	
Agentes antilucémicos		
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	
Insulinas		
HUMALOG	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	
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	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
HUMULIN N KWIKPEN	3	
HUMULIN R	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	
INSULIN LISPRO	3	
<i>insulin lispro junior kwikpen</i>	2	
<i>insulin lispro kwikpen</i>	2	
<i>insulin lispro protamine/insulin lispro kwikpen</i>	2	
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	
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	2	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
<i>betaine anhydrous</i>	2	NEDS
CHOLBAM	3	PA; NEDS
CREON	3	
<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

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025
Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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
<i>abacavir</i>	65
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	65
ABELCET	51
<i>abigale</i>	20
<i>abigale lo</i>	20
ABILIFY ASIMTUFII	61
ABILIFY MAINTENA	61
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	61
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	61
<i>abiraterone acetate</i>	53
ABIRTEGA	53
ABRYSVO	28
<i>acamprosate calcium dr</i>	33
<i>acarbose</i>	72
<i>accutane</i>	14
<i>acebutolol hydrochloride</i>	4
ACETAMINOPHEN	11
ACETAMINOPHEN	41
ACETAMINOPHEN	41
ACETAMINOPHEN ER 8 HOUR	41
ARTHRITIS PAIN	
ACETAMINOPHEN EXTRA STRENGTH	41
ACETAMINOPHEN PM EXTRA	35
STRENGTH	
<i>acetaminophen/codeine</i>	40
<i>acetaminophen/codeine phosphate</i>	40
<i>acetazolamide</i>	30
<i>acetazolamide er</i>	30
<i>acetic acid</i>	39
<i>acetic acid 0.25%</i>	19
<i>acetylcysteine</i>	33
<i>acitretin</i>	14
ACTHIB	28
ACTIMMUNE	26
<i>acyclovir</i>	64
<i>acyclovir sodium</i>	64
ADACEL	28
<i>adapalene</i>	14
<i>adefovir dipivoxil</i>	65
ADEMPAS	35
ADTHYZA	23
AIMOVIG	3

Nombre del medicamento	Página
AKEEGA	53
<i>albendazole</i>	60
<i>albuterol sulfate</i>	38
<i>albuterol sulfate hfa</i>	37
<i>alcohol prep pads</i>	38
ALECENSA	55
<i>alendronate sodium</i>	9
<i>alfuzosin hcl er</i>	19
ALIGN	17
<i>aliskiren</i>	5
<i>allopurinol</i>	9
ALOCRIIL	30
<i>alosetron hydrochloride</i>	16
ALPHAGAN P	30
<i>alprazolam</i>	43
<i>alprazolam er</i>	43
ALUMINUM HYDROXIDE	17
ALUNBRIG	55
<i>alyq</i>	35
<i>amabelz</i>	20
<i>amantadine hcl</i>	63
<i>ambrisentan</i>	35
<i>amcinonide</i>	14
AMERIDERM PERISHIELD	13
<i>amethia</i>	20
<i>amikacin sulfate</i>	43
<i>amiloride hcl</i>	8
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	5
<i>aminocaproic acid</i>	71
AMINOSYN II	66
AMINOSYN-PF 7%	66
<i>amiodarone hydrochloride</i>	7
<i>amitriptyline hcl</i>	49
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	49
<i>amlodipine besylate</i>	5
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	5
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	5
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	5
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	5
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6
AMMONIUM LACTATE	14
<i>amnestem</i>	14
<i>amoxapine</i>	49
<i>amoxicillin</i>	45

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	45	<i>atorvastatin calcium</i>	7
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	45	<i>atovaquone</i>	60
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	11	<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	60
<i>amphotericin b</i>	51	<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	60
<i>amphotericin b liposome</i>	51	<i>atropine sulfate</i>	30
<i>ampicillin</i>	46	ATROVENT HFA	37
<i>ampicillin sodium</i>	45	AUGTYRO	55
<i>ampicillin/sulbactam</i>	46	AUSTEDO	11
<i>ampicillin-sulbactam</i>	46	AUSTEDO XR	12
<i>anagrelide hydrochloride</i>	71	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	12
<i>anastrozole</i>	55	KIT	
ANORO ELLIPTA	33	AUVELITY	49
ANTACID CALCIUM RICH	17	<i>aviane</i>	21
ANTACID EXTRA STRENGTH	17	<i>avita</i>	14
ANTACID MAXIMUM STRENGTH	17	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	55
ANTACID ULTRA STRENGTH	17	AVONEX	10
ANTACID/ANTIGAS LIQUID	18	AVONEX PEN	10
ANTI-DANDRUFF SHAMPOO	14	AYVAKIT	55
<i>apraclonidine</i>	30	<i>azathioprine</i>	27
<i>aprepitant</i>	50	<i>azelaic acid</i>	14
<i>apri</i>	20	<i>azelastine hcl</i>	30
APTOM	48	<i>azelastine hcl</i>	35
APTIVUS	62	<i>azelastine hydrochloride</i>	35
ARCALYST	25	<i>azithromycin</i>	46
AREXVY	28	<i>aztreonam</i>	44
<i>arformoterol tartrate</i>	38	<i>azurette</i>	21
ARIKAYCE	43	B COMPLEX	68
<i>aripiprazole</i>	61	B COMPLEX/C	68
<i>aripiprazole odt</i>	61	<i>bacitracin</i>	31
ARISTADA	61	BACITRACIN	44
ARISTADA INITIO	61	BACITRACIN ZINC	44
<i>armodafinil</i>	12	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	30
ARMOUR THYROID	24	<i>baclofen</i>	3
ARTIFICIAL TEARS	30	<i>balsalazide disodium</i>	9
<i>asenapine maleate sl</i>	61	BALVERSA	55
<i>ashlyna</i>	21	<i>balziva</i>	21
ASPIRIN EC	41	BAQSIMI ONE PACK	73
ASPIRIN REGULAR STRENGTH	41	BAQSIMI TWO PACK	73
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	71	BCG VACCINE	28
<i>atazanavir</i>	62	B-COMPLEX	69
<i>atazanavir sulfate</i>	62	B-COMPLEX/B-12	69
<i>atenolol</i>	4	<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x</i>	38
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	6	<i>1/2"</i>	
<i>atomoxetine</i>	11	<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x</i>	38
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	11	<i>5/16"</i>	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x 12.7mm</i>	38	BOSULIF	55
<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	38	BP WASH	16
<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	38	BRAFTOVI	55
<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	38	BREO ELLIPTA	33
<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm</i>	38	BREYNA	33
BELSOMRA	12	BREZTRI AEROSPHERE	33
<i>benazepril hydrochloride</i>	8	<i>briellyn</i>	21
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	6	BRILINTA	71
BENLYSTA	25	<i>brimonidine tartrate</i>	30
BENZOYL PEROXIDE	16	<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	30
BENZOYL PEROXIDE WASH	16	<i>brinzolamide</i>	30
<i>benztropine mesylate</i>	4	BRIVIACT	48
<i>bepotastine besilate</i>	30	<i>bromfenac</i>	31
BERINERT	26	<i>bromfenac sodium</i>	31
BESIVANCE	31	<i>bromocriptine mesylate</i>	4
BESREMI	26	BROMSITE	31
<i>betaine anhydrous</i>	74	BRONCHITOL	33
<i>betamethasone dipropionate</i>	14	BRUKINSA	55
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	14	<i>budesonide</i>	9
<i>betamethasone valerate</i>	14	<i>budesonide</i>	36
BETASERON	10	<i>budesonide er</i>	9
<i>betaxolol hcl</i>	30	BUDESONIDE NASAL SPRAY	36
<i>bethanechol chloride</i>	19	<i>bumetanide</i>	8
BETIMOL	30	<i>buprenorphine</i>	40
BEVESPI AEROSPHERE	33	<i>buprenorphine hcl</i>	33
<i>bexarotene</i>	60	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	33
BEXSERO	28	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	33
<i>bicalutamide</i>	53	<i>bupropion hydrochloride</i>	49
BICILLIN L-A	46	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	32
BIKTARVY	64	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	49
<i>bimatoprost</i>	32	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	49
BISACODYL	16	<i>buspirone hcl</i>	43
BISACODYL EC	16	<i>buspirone hydrochloride</i>	43
BISMUTH	18	<i>butorphanol tartrate</i>	40
<i>bisoprolol fumarate</i>	4	C COMPLEX	69
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>cabergoline</i>	24
BIVIGAM	26	CABLIVI	71
BONSITY	9	CABOMETYX	55
BOOSTRIX	28	<i>calcipotriene</i>	13
<i>bortezomib</i>	53	<i>calcitonin salmon</i>	9
<i>boruzu</i>	54	<i>calcitonin-salmon</i>	9
<i>bosentan</i>	35	<i>calcitriol</i>	9
		<i>calcitriol</i>	13
		CALCIUM 500/VITAMIN D3	66

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
CALCIUM 600 WITH VITAMIN D	66	<i>ceftriaxone sodium</i>	45
<i>calcium acetate</i>	66	<i>ceftriaxone/dextrose</i>	45
CALCIUM ANTACID	18	<i>cefuroxime axetil</i>	45
CALCIUM ASCORBATE	69	<i>cefuroxime sodium</i>	45
CALCIUM CARBONATE	66	<i>celecoxib</i>	42
CALCIUM CITRATE	66	<i>cephalexin</i>	45
CALCIUM HIGH POTENCY	66	CETIRIZINE HCL	35
CALQUENCE	55	CETIRIZINE HYDROCHLORIDE	36
<i>camila</i>	22	CETIRIZINE HYDROCHLORIDE	35
<i>candesartan cilexetil</i>	6	CHILDRENS ALLERGY	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	6	CETIRIZINE	36
CAPLYTA	61	HYDROCHLORIDE/PSEUDOEPHEDRIN	
CAPRELSA	55	E HYDROCHLORIDE	
CAPSAICIN	13	<i>cevimeline hydrochloride</i>	13
CAPSAICIN	38	CHELATED MAGNESIUM	66
<i>captopril</i>	8	CHEMET	66
<i>carbamazepine</i>	48	CHEWABLE ACETAMINOPHEN	38
<i>carbamazepine er</i>	48	CHILDRENS	
<i>carbidopa</i>	4	CHILDRENS APAP	38
<i>carbidopa/levodopa</i>	4	<i>chlorhexidine gluconate</i>	13
<i>carbidopa/levodopa er</i>	4	<i>chloroquine phosphate</i>	60
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	4	CHLORPHENIRAMINE MALEATE	36
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	4	<i>chlorpromazine hcl</i>	61
<i>carglumic acid</i>	66	<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	34	CHOLBAM	74
<i>cefaclor</i>	45	<i>cholestyramine</i>	8
<i>cefadroxil</i>	45	<i>cholestyramine light</i>	7
<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>cefazolin/dextrose</i>	45	<i>cidofovir</i>	63
<i>cefdinir</i>	45	<i>cilostazol</i>	71
<i>cefepime</i>	45	CIMDUO	65
<i>cefepime hydrochloride</i>	45	<i>cimetidine</i>	19
<i>cefepime/dextrose</i>	45	<i>cinacalcet hydrochloride</i>	9
<i>cefixime</i>	45	<i>ciprofloxacin</i>	39
<i>cefotetan</i>	45	<i>ciprofloxacin</i>	46
<i>cefoxitin sodium</i>	45	<i>ciprofloxacin hcl</i>	46
<i>cefpodoxime proxetil</i>	45	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	31
<i>cefprozil</i>	45	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	46
<i>ceftazidime</i>	45	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	46
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	45	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	39

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>citalopram hydrobromide</i>	50	CORLANOR	6
<i>claravis</i>	14	CORTIFOAM	9
<i>clarithromycin</i>	46	CORTISPORIN-TC	39
<i>clarithromycin er</i>	46	COSENTYX	25
CLENPIQ	18	COSENTYX SENSOREADY PEN	25
<i>clindacin-p</i>	44	COSENTYX UNOREADY	25
<i>clindamycin hcl</i>	44	COTELLIC	56
<i>clindamycin hydrochloride</i>	44	CREON	74
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	44	<i>cromolyn sodium</i>	30
<i>clindamycin phosphate</i>	16	<i>cromolyn sodium</i>	38
<i>clindamycin phosphate</i>	44	<i>cromolyn sodium</i>	74
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	14	CULTURELLE	18
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	14	<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	38
CLINIMIX 6/5	66	CUVITRU	26
CLINIMIX 8/10	66	CYANOCOBALAMIN	69
CLINIMIX E 8/10	66	<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	74
<i>clobazam</i>	47	<i>cyclopentolate hcl</i>	30
<i>clobetasol propionate</i>	14	<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	30
<i>clobetasol propionate e</i>	14	<i>cyclophosphamide</i>	52
<i>clodan</i>	15	<i>cyclosporine</i>	27
<i>clomipramine hydrochloride</i>	49	<i>cyclosporine</i>	30
<i>clonazepam</i>	47	<i>cyclosporine modified</i>	27
<i>clonazepam odt</i>	47	<i>cyproheptadine hcl</i>	36
<i>clonidine</i>	6	<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	36
<i>clonidine hydrochloride</i>	6	CYSTAGON	74
<i>clonidine hydrochloride er</i>	11	CYSTARAN	30
<i>clopidogrel</i>	71	D 5000	69
<i>clorazepate dipotassium</i>	43	D-5000	69
CLOTRIMAZOLE	51	<i>dabigatran etexilate</i>	71
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	13	DAIRY RELIEF	18
<i>clozapine</i>	61	<i>dalfampridine er</i>	10
<i>clozapine odt</i>	61	<i>danazol</i>	20
COARTEM	60	<i>dantrolene sodium</i>	3
COBENFY	12	DANZITEN	56
COBENFY STARTER PACK	12	<i>dapsone</i>	51
COD LIVER OIL	69	DAPTACEL	28
<i>codeine sulfate</i>	40	<i>daptomycin</i>	44
<i>colchicine</i>	9	<i>daptomycin/sodium chloride</i>	44
<i>colestipol hydrochloride</i>	8	<i>darifenacin hydrobromide er</i>	20
<i>colistimethate sodium</i>	44	<i>darunavir</i>	62
COMBIVENT RESPIMAT	33	DARZALEX	53
COMETRIQ	55	<i>dasatinib</i>	56
COMPLERA	64	DAURISMO	56
<i>constulose</i>	16	<i>deblitane</i>	22
COPIKTRA	55	<i>deferasirox</i>	66

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
DELSTRIGO	64	diazoxide	73
DENGVAIXA	28	dichlorphenamide	74
DENTAGEL	13	diclofenac epolamine	42
DEPO-MEDROL	23	diclofenac potassium	42
DEPO-SUBQ PROVERA 104	23	diclofenac sodium	13
DESCOVY	65	diclofenac sodium	32
desipramine hydrochloride	49	diclofenac sodium	42
DESITIN	13	diclofenac sodium dr	42
desloratadine	36	diclofenac sodium er	42
desmopressin acetate	20	dicloxacillin sodium	46
desogestrel/ethinyl estradiol	21	dicyclomine hcl	19
desonide	15	dicyclomine hydrochloride	19
desoximetasone	15	DIFICID	46
DESRX	15	diflunisal	42
desvenlafaxine er	50	difluprednate	32
dexamethasone	23	digitek	7
dexamethasone intensol	23	digoxin	7
dexamethasone sodium phosphate	23	dihydroergotamine mesylate	3
dexamethasone sodium phosphate	32	diltiazem hcl	5
dexamethasone sodium phosphate +rfid	23	diltiazem hcl cd	5
DEXLANSOPRAZOLE	19	diltiazem hcl er	5
dexmethylphenidate hcl	11	diltiazem hydrochloride	5
dexmethylphenidate hcl er	11	diltiazem hydrochloride er	5
dexmethylphenidate hydrochloride	11	dilt-xr	5
dexmethylphenidate hydrochloride er	11	dimethyl fumarate	10
dextroamphetamine sulfate	11	DIPHENHYDRAMINE HCL	36
dextroamphetamine sulfate er	11	DIPHENHYDRAMINE	36
dextrose 10%	66	HYDROCHLORIDE	
dextrose 10%/sodium chloride 0.2%	67	diphtheria/tetanus toxoids adsorbed	28
dextrose 10%/sodium chloride 0.45%	67	pediatric	
dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%	67	disulfiram	33
dextrose 5%	67	divalproex sodium dr	47
dextrose 5%/sodium chloride 0.2%	67	divalproex sodium er	47
dextrose 5%/sodium chloride 0.3%	67	docetaxel	54
dextrose 5%/sodium chloride 0.33%	67	DOCUSATE CALCIUM	16
dextrose 5%/sodium chloride 0.45%	67	DOCUSATE MINI	16
dextrose 5%/sodium chloride 0.9%	67	DOCUSATE SODIUM	16
dextrose 50%	67	dofetilide	7
dextrose 70%	67	donepezil hcl	3
dextrose/sodium chloride	67	donepezil hydrochloride	3
DIACOMIT	47	DOPTelet	71
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX	69	dorzolamide hcl/timolol maleate	30
diazepam	43	dorzolamide hydrochloride	30
diazepam intensol	43	dorzolamide hydrochloride/timolol maleate	30
diazepam rectal gel	47	pf	

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>dotti</i>	21	EMTRIVA	65
DOVATO	64	<i>enalapril maleate</i>	8
<i>doxazosin mesylate</i>	19	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>doxepin hcl</i>	49	ENBREL	27
<i>doxepin hydrochloride</i>	50	ENBREL MINI	27
DOXY 100	47	ENBREL SURECLICK	27
<i>doxycycline</i>	47	ENDARI	74
<i>doxycycline hyclate</i>	47	<i>endocet</i>	40
<i>doxycycline monohydrate</i>	47	ENDUR-ACIN	69
DRIZALMA SPRINKLE	50	ENDUR-AMIDE	69
<i>dronabinol</i>	51	ENEMA READY-TO-USE	16
<i>droplet pen needles 29gx10mm</i>	38	ENGERIX-B	28
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	21	<i>enilloring</i>	21
DROXIA	53	<i>enoxaparin sodium</i>	71
<i>droxidopa</i>	6	<i>entacapone</i>	4
<i>duloxetine hydrochloride dr</i>	50	<i>entecavir</i>	65
DUPIXENT	25	ENTRESTO	6
<i>dutasteride</i>	19	<i>enulose</i>	17
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	19	ENVARUS XR	27
<i>ec-naproxen</i>	42	EPIDIOLEX	48
<i>econazole nitrate</i>	51	<i>epinastine hcl</i>	30
ED CHLORPED JR	36	<i>epinephrine</i>	38
EDURANT	64	<i>epitol</i>	48
EDURANT PED	64	<i>eplerenone</i>	7
<i>efavirenz</i>	64	EPRONTIA	48
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	64	EPSOM SALT	17
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	64	ERGOCALCIFEROL	69
<i>effek-k</i>	67	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	3
ELIGARD	24	ERIVEDGE	56
ELIQUIS	71	ERLEADA	53
ELIQUIS STARTER PACK	71	<i>erlotinib hydrochloride</i>	56
<i>elixophyllin</i>	38	<i>errin</i>	23
ELMIRON	19	<i>ertapenem sodium</i>	46
<i>eltrombopag olamine</i>	71	<i>ery</i>	16
<i>eluryng</i>	21	<i>erythromycin</i>	16
EMCYT	53	<i>erythromycin</i>	31
EMGALITY	3	<i>erythromycin dr</i>	46
EMSAM	49	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	46
<i>emtricitabine</i>	65	<i>escitalopram oxalate</i>	50
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	64	<i>eslicarbazepine acetate</i>	48
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	65	<i>esomeprazole magnesium</i>	19
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	65	<i>estradiol</i>	21
		<i>estradiol valerate</i>	21
		<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	21
		ESTRING	21

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>eszopiclone</i>	12	FEXOFENADINE	36
<i>ethacrynic acid</i>	8	HYDROCHLORIDE/PSEUDOEPHEDRIN	
<i>ethambutol hydrochloride</i>	51	E HYDROCHLORIDE ER	
<i>ethosuximide</i>	47	FIBER	17
<i>etodolac</i>	42	FIBER TABS	17
<i>etodolac er</i>	42	<i>fidaxomicin</i>	46
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	21	<i>finasteride</i>	19
<i>etravirine</i>	64	<i> fingolimod hydrochloride</i>	10
EULEXIN	53	FINTEPLA	48
<i>euthyrox</i>	24	<i>finzala</i>	21
EVAC	17	FIRMAGON	24
<i>everolimus</i>	27	<i>flac</i>	39
<i>everolimus</i>	56	FLAREX	32
EVOTAZ	62	FLEBOGAMMA DIF	27
<i>exemestane</i>	55	<i>flecainide acetate</i>	7
EXKIVITY	56	FLOLIPID	7
<i>ezetimibe</i>	8	FLORASTOR	18
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	8	FLOVENT DISKUS	36
<i>falmina</i>	21	<i>fluconazole</i>	51
<i>famciclovir</i>	64	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	52
<i>famotidine</i>	19	<i>flucytosine</i>	52
FAMOTIDINE MAXIMUM STRENGTH	19	<i>fludrocortisone acetate</i>	23
FAMOTIDINE ORIGINAL STRENGTH	19	<i>flunisolide</i>	36
FANAPT	61	<i>fluocinolone acetonide</i>	15
FANAPT TITRATION PACK A	61	<i>fluocinolone acetonide</i>	39
FANAPT TITRATION PACK B	61	<i>fluocinolone acetonide body</i>	15
FANAPT TITRATION PACK C	61	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	15
FARXIGA	8	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	15
FASENRA	33	<i>fluocinonide</i>	15
FASENRA PEN	33	<i>fluocinonide emulsified base</i>	15
FEIRZA 1.5/30	21	<i>fluorometholone</i>	32
FEIRZA 1/20	21	<i>fluorouracil</i>	13
<i>felbamate</i>	48	<i>fluoxetine dr</i>	50
<i>felodipine er</i>	5	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	50
<i>fenofibrate</i>	7	<i>fluphenazine decanoate</i>	61
<i>fenofibrate micronized</i>	7	<i>fluphenazine hcl</i>	61
<i>fenofibric acid dr</i>	7	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	61
<i>fentanyl</i>	40	<i>flurazepam hcl</i>	12
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	40	<i>flurazepam hydrochloride</i>	12
FERROUS GLUCONATE	67	<i>flurbiprofen</i>	42
FERROUS SULFATE	67	<i>flurbiprofen sodium</i>	32
FETZIMA	50	<i>flutamide</i>	53
FETZIMA TITRATION PACK	50	<i>fluticasone propionate</i>	15
		<i>fluticasone propionate</i>	37
		<i>fluticasone propionate diskus</i>	37

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>fluticasone propionate hfa</i>	37	GILOTRIF	56
<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	34	<i>glatiramer acetate</i>	10
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	34	GLEOSTINE	52
<i>fluvastatin</i>	7	<i>glimepiride</i>	72
<i>fluvastatin sodium er</i>	7	<i>glipizide</i>	72
<i>fluvoxamine maleate</i>	50	<i>glipizide er</i>	72
FOLIC ACID	69	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	72
<i>fondaparinux sodium</i>	71	GLOPERBA	9
<i>formoterol fumarate</i>	38	GLUCAGEN HYPOKIT	73
<i>fosamprenavir calcium</i>	62	GLUCAGON EMERGENCY KIT	73
<i>fosinopril sodium</i>	8	GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	73
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	6	LOW BLOOD SUGAR	
FOTIVDA	56	<i>glucose (dextrose) 50%</i>	67
FRAGMIN	71	<i>glucose (dextrose) 70%</i>	67
FRUZAQLA	56	GLUTOSE 5	73
<i>furosemide</i>	8	<i>glyburide</i>	72
FUZEON	63	<i>glyburide micronized</i>	72
<i>fyavolv</i>	21	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	72
FYCOMPA	48	GLYCERIN ADULT	17
<i>gabapentin</i>	47	GLYCERIN ADULT	17
<i>galantamine hydrobromide</i>	3	GLYCERIN INFANTS & CHILDREN	17
<i>galantamine hydrobromide er</i>	3	<i>glycopyrrolate</i>	19
<i>galbriela</i>	21	<i>glydo</i>	43
<i>gallifrey</i>	23	GLYXAMBI	72
GAMMAGARD LIQUID	27	GNP ALLERGY RELIEF	36
GAMMAPLEX	27	GNP ANTACID & ANTI-GAS	18
GARDASIL 9	28	MAXIMUM STRENGTH	
<i>gatifloxacin</i>	31	GNP ANTI-DIARRHEAL	16
<i>gauze pads 2"x2"</i>	38	GNP BEST FIBER	17
<i>gavilyte-c</i>	18	GNP BUDESONIDE NASAL SPRAY	37
<i>gavilyte-g</i>	18	GNP CLOTRIMAZOLE 3	52
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	18	GNP FAST ACTING DAIRY RELIEF	18
GAVRETO	56	GNP FIBER POWDER	17
<i>gefitinib</i>	56	GNP GLYCERIN ADULT	17
<i>gemfibrozil</i>	7	GNP GLYCERIN CHILD	17
GEMTESA	20	GNP HYDROCORTISONE	15
<i>generlac</i>	17	GNP HYDROCORTISONE MAXIMUM	15
GENGRAF	27	STRENGTH	
GENOTROPIN	20	GNP HYDROGEN PEROXIDE	44
GENOTROPIN MINISQUICK	20	GNP IBUPROFEN CHILDRENS	42
<i>gentak</i>	31	GNP IBUPROFEN INFANTS	42
<i>gentamicin sulfate</i>	31	<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	38
<i>gentamicin sulfate</i>	44	<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	38
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	44	GNP NAPROXEN	42
GENVOYA	64	GNP PINK BISMUTH	18

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
GNP TRIPLE ANTIBIOTIC PLUS	44	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	73
GNP VITAMIN E WATER DISPERSIBLE	69	HUMALOG MIX 75/25	73
GNP WART REMOVER	13	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	73
GOMEKLI	56	HUMIRA	28
GOODSENSE ANTACID/EXTRA	18	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	27
STRENGTH		DISEASE STARTER PACK	
GOODSENSE ASPIRIN	42	HUMIRA PEN	28
GOODSENSE IBUPROFEN CHILDRENS	42	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	27
GOODSENSE IBUPROFEN INFANTS	42	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	27
GOODSENSE MAGNESIUM CITRATE	17	STARTER PACK	
GOODSENSE NICOTINE	32	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	27
GOODSENSE NICOTINE POLACRILEX	32	HUMULIN 70/30	73
GUM		HUMULIN 70/30 KWIKPEN	73
<i>granisetron hydrochloride</i>	51	HUMULIN N	73
<i>griseofulvin microsize</i>	52	HUMULIN N KWIKPEN	74
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	52	HUMULIN R	74
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	11	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	74
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	73	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	74
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	73	<i>hydralazine hydrochloride</i>	9
GVOKE KIT	73	<i>hydrochlorothiazide</i>	8
GVOKE PFS	73	<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	40
HAEGARDA	26	<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	40
<i>halobetasol propionate</i>	15	<i>hydrocortisone</i>	9
<i>haloette</i>	21	HYDROCORTISONE	15
<i>haloperidol</i>	61	HYDROCORTISONE	23
<i>haloperidol decanoate</i>	61	<i>hydrocortisone butyrate</i>	15
<i>haloperidol lactate</i>	61	<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	23
HAVRIX	28	<i>hydrocortisone valerate</i>	15
HEALTHY KIDS COD LIVER	69	<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	39
OIL/VITAMIN D		HYDROGEN PEROXIDE	44
<i>heather</i>	23	HYDROLATUM	13
<i>heparin sodium</i>	71	<i>hydromorphone hcl</i>	40
<i>heparin sodium/d5w</i>	71	<i>hydromorphone hcl er</i>	40
HEPLISAV-B	28	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	60
HIBERIX	29	<i>hydroxyurea</i>	53
HIBICLENS	13	<i>hydroxyzine hcl</i>	36
HIZENTRA	27	<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	36
HM ANTISEPTIC SKIN CLEANSER	13	<i>hydroxyzine pamoate</i>	36
HM BACITRACIN	44	IBRANCE	54
HM ENEMA MINERAL OIL	17	IBRANCE	56
HM NAPROXEN SODIUM	42	<i>ibu</i>	42
HUMALOG	73	IBUPROFEN	42
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	73	<i>icatibant acetate</i>	26
HUMALOG KWIKPEN	73	<i>iclevia</i>	21
HUMALOG MIX 50/50	73	ICLUSIG	56

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>icosapent ethyl</i>	8	ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL	43
IDHIFA	56	<i>isosorbide dinitrate</i>	9
ILEVRO	32	<i>isosorbide mononitrate</i>	9
<i>imatinib mesylate</i>	56	<i>isosorbide mononitrate er</i>	9
IMBRUVICA	56	<i>isotonic gentamicin</i>	44
<i>imipenem/cilastatin</i>	46	<i>isotretinoin</i>	14
<i>imipramine hcl</i>	50	ITOVEBI	54
<i>imipramine hydrochloride</i>	50	<i>itraconazole</i>	52
<i>imiquimod</i>	13	<i>ivabradine hydrochloride</i>	6
IMKELDI	56	<i>ivermectin</i>	60
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	29	IWILFIN	54
IMPAVIDO	44	IXCHIQ	29
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	21	IXIARO	29
IMVEXXY STARTER PACK	21	<i>jaimiess</i>	21
INCRELEX	20	JAKAFI	57
INCRUSE ELLIPTA	37	<i>jantoven</i>	71
<i>indapamide</i>	8	JANUMET	72
<i>indomethacin</i>	42	JANUMET XR	72
INFANRIX	29	JANUVIA	72
INGREZZA	12	JARDIANCE	8
INLYTA	57	JAYPIRCA	57
INQOVI	57	JENTADUETO	72
INREBIC	54	JENTADUETO XR	72
INSULIN LISPRO	74	<i>jinteli</i>	21
<i>insulin lispro junior kwikpen</i>	74	JOURNAVX	41
<i>insulin lispro kwikpen</i>	74	<i>joyeaux</i>	21
<i>insulin lispro protamine/insulin lispro</i>	74	JULUCA	64
<i>kwikpen</i>		<i>junel 1.5/30</i>	21
INTELENCE	64	<i>junel 1/20</i>	21
INTRALIPID	38	<i>junel fe 1.5/30</i>	21
<i>introvale</i>	21	<i>junel fe 1/20</i>	21
INVEGA HAFYERA	61	<i>junel fe 24</i>	21
INVEGA SUSTENNA	61	JYLAMVO	28
INVEGA TRINZA	62	JYNNEOS	29
IPOL INACTIVATED IPV	29	KALETRA	63
<i>ipratropium bromide</i>	37	KALYDECO	34
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	34	<i>kariva</i>	21
<i>irbesartan</i>	6	<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	67
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	67
IRON	67	<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%</i>	67
IRON POLYSACCHARIDE COMPLEX	67	<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	67
ISENTRESS	64	<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	67
ISENTRESS HD	64	<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	67
<i>isoniazid</i>	51	<i>kelnor 1/35</i>	21
ISOPROPYL ALCOHOL	38	<i>kenalog-10</i>	23

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
KERENDIA	7	<i>lansoprazole</i>	19
KESIMPTA	10	LANTUS	74
<i>ketoconazole</i>	52	LANTUS SOLOSTAR	74
KETO-DIASTIX	38	<i>lapatinib ditosylate</i>	57
<i>ketorolac tromethamine</i>	32	<i>larin 1.5/30</i>	21
KINRIX	29	<i>larin 1/20</i>	21
KISQALI	57	<i>larin fe 1.5/30</i>	21
KISQALI FEMARA 200 DOSE	54	<i>larin fe 1/20</i>	21
KISQALI FEMARA 400 DOSE	54	<i>latanoprost</i>	32
KISQALI FEMARA 600 DOSE	54	LAXATIVE REGULAR STRENGTH	17
<i>klayesta</i>	52	LAZCLUZE	54
<i>klor-con</i>	67	<i>leflunomide</i>	28
<i>klor-con 10</i>	67	<i>lenalidomide</i>	53
<i>klor-con 8</i>	67	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	57
<i>klor-con m10</i>	67	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	57
<i>klor-con m15</i>	67	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	57
<i>klor-con m20</i>	67	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	57
<i>klor-con/ef</i>	67	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	57
KORLYM	24	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	57
KOSELUGO	57	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	57
<i>kourzeq</i>	13	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	57
KP FERROUS GLUCONATE	67	<i>lessina</i>	21
KP FOLIC ACID	69	<i>letrozole</i>	55
KP PSEUDOEPHEDRINE HCL	34	<i>leucovorin calcium</i>	54
<i>k-prime</i>	67	LEUKERAN	52
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>	48	LEVEMIR FLEXTOUCH	74
LACTASE FAST ACTING	18	<i>levetiracetam</i>	49
<i>lactated ringers</i>	67	<i>levetiracetam er</i>	49
<i>lactulose</i>	17	<i>levobunolol hcl</i>	30
LAGEVRIO	65	<i>levocarnitine</i>	39
<i>lamivudine</i>	65	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	36
<i>lamivudine</i>	65	<i>levofloxacin</i>	31
<i>lamivudine/zidovudine</i>	65	<i>levofloxacin</i>	46
<i>lamotrigine</i>	49	<i>levofloxacin in d5w</i>	46
<i>lamotrigine er</i>	48	<i>levonest</i>	21
<i>lamotrigine odt</i>	48	LEVONORGESTREL	23
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	48	<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	21
<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	38	<i>levothyroxine sodium</i>	24

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>levoxyl</i>	24	<i>lovastatin</i>	7
LEXIVA	63	<i>loxapine</i>	61
<i>l-glutamine</i>	74	<i>lubiprostone</i>	17
LIBERVANT	47	LUBRICANT EYE DROPS	30
LICE TREATMENT CREME RINSE	16	LUBRICATING EYE DROPS	30
<i>lidocaine</i>	43	LUMAKRAS	57
<i>lidocaine hcl</i>	43	LUMIGAN	32
<i>lidocaine hcl jelly</i>	43	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	24
<i>lidocaine hydrochloride</i>	43	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	24
<i>lidocaine hydrochloride jelly</i>	43	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	24
<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	62
LILETTA	23	LYNPARZA	57
<i>linezolid</i>	44	LYSODREN	54
LINZESS	17	LYTGOBI	57
<i>liothyronine sodium</i>	24	MAGNESIUM	18
LIQUID ACETAMINOPHEN	41	MAGNESIUM	68
LIQUID VITAMIN C	69	MAGNESIUM GLYCINATE	67
<i>lisinopril</i>	8	MAGNESIUM OXIDE	18
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	6	MAGNESIUM OXIDE	67
<i>lithium</i>	32	<i>magnesium sulfate</i>	67
<i>lithium carbonate</i>	32	MAG-OXIDE	67
<i>lithium carbonate er</i>	32	<i>malathion</i>	16
LIVTENCITY	63	MAPAP	41
<i>lojaimiess</i>	22	<i>maraviroc</i>	63
LOKELMA	65	<i>marlissa</i>	22
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	37	MARPLAN	49
LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	37	MATULANE	52
LONSURF	54	<i>matzim la</i>	5
<i>loperamide hydrochloride</i>	16	MAVYRET	64
LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE	18	MAYZENT	10
LOPERAMIDE	18	MAYZENT STARTER PACK	10
HYDROCHLORIDE/SIMETHICONE		MECLIZINE 25	51
<i>lopinavir/ritonavir</i>	63	MECLIZINE HCL	51
LORATADINE	36	MECLIZINE HYDROCHLORIDE	51
LORATADINE CHILDRENS	36	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	23
LORATADINE-D 24HR	36	<i>mefloquine hydrochloride</i>	60
<i>lorazepam</i>	43	<i>megestrol acetate</i>	23
<i>lorazepam intensol</i>	43	MEKINIST	57
LORBRENA	57	MEKTOVI	58
<i>losartan potassium</i>	6	MELATONIN	39
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	6	MELATONIN GUMMIES	39
LOTEMAX	32	MELATONIN QUICK DISSOLVE	39
<i>loteprednol etabonate</i>	32	MELATONIN TR/VITAMIN B-6	39

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>meleya</i>	23	<i>metronidazole vaginal</i>	44
<i>meloxicam</i>	42	<i>metirosine</i>	6
<i>memantine hcl titration pak</i>	3	<i>mexiletine hydrochloride</i>	7
<i>memantine hydrochloride</i>	3	<i>mibelas 24 fe</i>	22
<i>memantine hydrochloride er</i>	3	<i>micafungin</i>	52
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	3	<i>miconazole 3</i>	52
MENACTRA	29	MICONAZOLE 3 COMBINATION PACK	52
MENQUADFI	29	MICONAZOLE 3 COMBO PACK	52
MENSTRUAL PAIN RELIEF MULTI-SYMPTOM MAXIMUM STRENGTH	42	MICONAZOLE 7	52
MENTAX	16	MICONAZOLE NITRATE	52
MENVEO	29	<i>microgestin 1.5/30</i>	22
<i>mercaptapurine</i>	53	<i>microgestin 1/20</i>	22
<i>meropenem</i>	46	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	22
<i>mesalamine</i>	9	<i>microgestin fe 1/20</i>	22
<i>mesalamine dr</i>	9	<i>midodrine hydrochloride</i>	6
<i>mesalamine er</i>	9	<i>mifepristone</i>	24
<i>mesna</i>	54	<i>miglitol</i>	72
MESNEX	54	<i>miglustat</i>	74
<i>metformin hydrochloride</i>	72	MILK OF MAGNESIA	17
<i>metformin hydrochloride er</i>	72	MINERAL OIL	17
<i>methadone hcl</i>	40	<i>minocycline hcl</i>	47
<i>methazolamide</i>	30	<i>minocycline hydrochloride</i>	47
<i>methenamine hippurate</i>	44	<i>minoxidil</i>	9
<i>methenamine mandelate</i>	44	MINTOX PLUS	18
<i>methimazole</i>	24	<i>minzoya</i>	22
<i>methotrexate</i>	28	<i>mirabegron er</i>	20
<i>methotrexate sodium</i>	28	<i>mirtazapine</i>	49
<i>methsuximide</i>	47	<i>mirtazapine odt</i>	49
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	11	<i>misoprostol</i>	19
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	11	M-M-R II	29
<i>methylphenidate hydrochloride er (cd)</i>	11	<i>modafinil</i>	12
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	11	<i>moexipril hydrochloride</i>	8
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm)</i>	11	<i>molindone hydrochloride</i>	61
<i>methylprednisolone</i>	23	<i>mometasone furoate</i>	15
<i>methylprednisolone acetate</i>	23	<i>mometasone furoate</i>	37
<i>methylprednisolone dose pack</i>	23	<i>mondoxylene nl</i>	47
<i>metoclopramide hcl</i>	18	<i>montelukast sodium</i>	37
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	18	<i>morphine sulfate</i>	41
<i>metolazone</i>	8	<i>morphine sulfate er</i>	40
<i>metoprolol succinate er</i>	4	MOUNJARO	72
<i>metoprolol tartrate</i>	4	MOVANTIK	17
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	46
<i>metronidazole</i>	14	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	31
<i>metronidazole</i>	44	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	46

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
MOZOBIL	72	<i>neo-polycin hc</i>	31
MRESVIA	29	NERLYNX	58
MULTAQ	7	NEUAC	14
MULTI VITAMIN	69	NEULASTA	72
MULTI-VIT/IRON/FLUORIDE	69	NEULASTA ONPRO KIT	72
MULTIVITAMIN CHILDRENS	69	<i>nevirapine</i>	64
MULTIVITAMIN GUMMIES ADULT	70	<i>nevirapine er</i>	65
MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE	70	NEXPLANON	23
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE DROPS	69	NIACIN	70
MULTI-VITAMIN/MINERALS	69	<i>niacin er</i>	8
<i>mupirocin</i>	16	NIACIN FLUSH FREE	6
<i>mycophenolate mofetil</i>	28	NIACIN FLUSH FREE	8
<i>mycophenolic acid dr</i>	28	NIACIN TIMED RELEASE	70
MYORISAN	14	NIACIN TR	70
MYRBETRIQ	20	NIACINAMIDE	70
<i>nabumetone</i>	42	NIACINAMIDE PROLONGED RELEASE	70
<i>nadolol</i>	5	NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM	32
<i>nafcillin sodium</i>	46	NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM	32
<i>naftifine hydrochloride</i>	52	STEP 1	
<i>naloxone hcl</i>	32	NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM	32
<i>naloxone hydrochloride</i>	33	STEP 3	
<i>naltrexone hydrochloride</i>	33	NICOTROL INHALER	32
NAMZARIC	3	NICOTROL NS	32
<i>naproxen</i>	42	<i>nifedipine er</i>	5
<i>naproxen dr</i>	42	NIGHTTIME SLEEP AID	36
<i>naproxen sodium</i>	42	<i>nikki</i>	22
<i>naproxen sodium cr</i>	42	<i>nilotinib hydrochloride</i>	58
<i>naratriptan hcl</i>	3	<i>nilutamide</i>	53
NATACYN	31	<i>nimodipine</i>	5
<i>nateglinide</i>	73	NINLARO	58
NAYZILAM	49	<i>nitazoxanide</i>	60
<i>nebivolol hydrochloride</i>	5	<i>nitisinone</i>	75
<i>necon 0.5/35-28</i>	22	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	44
<i>nefazodone hydrochloride</i>	50	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	44
<i>neomycin sulfate</i>	44	<i>nitroglycerin</i>	9
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	31	<i>nitroglycerin</i>	18
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc</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>	39	<i>norethindrone acetate/ethinyl</i>	22
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	31	<i>estradiol/ferrous fumarate</i>	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	39	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	22
<i>neo-polycin</i>	31	<i>nortrel 1/35</i>	22

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>nortrel 7/7/7</i>	22	<i>olmesartan medoxomil</i>	6
<i>nortriptyline hcl</i>	50	<i>olmesartan</i>	6
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	50	<i>medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	
NORVIR	63	<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	6
NOVOLIN 70/30	74	<i>olopatadine hydrochloride</i>	30
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	74	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	8
NOVOLIN N	74	<i>omeprazole</i>	19
NOVOLIN N FLEXPEN	74	<i>omeprazole dr</i>	19
NOVOLIN R	74	OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT	39
NOVOLIN R FLEXPEN	74	(GEN 5)	
NOVOLOG	74	OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS	39
NOVOLOG FLEXPEN	74	(GEN 5)	
NOVOLOG MIX 70/30	74	OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	39
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	74	OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	39
FLEXPEN		OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO	39
NOVOLOG PENFILL	74	GEN 5	
<i>np thyroid 120</i>	24	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	39
<i>np thyroid 15</i>	24	OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	39
<i>np thyroid 30</i>	24	KIT (GEN 3)	
<i>np thyroid 60</i>	24	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	39
<i>np thyroid 90</i>	24	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	39
NUBEQA	53	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	39
NUEDEXTA	12	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	39
NULOJIX	28	OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	39
NUPLAZID	62	OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	39
NURTEC	4	OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	39
NUTRILIPID	39	OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	39
NUVESSA	44	OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	39
<i>nyamyc</i>	52	OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	39
<i>nystatin</i>	52	OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	39
<i>nystatin/triamcinolone</i>	13	<i>ondansetron hcl</i>	51
<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	13	<i>ondansetron hydrochloride</i>	51
<i>nystop</i>	52	<i>ondansetron odt</i>	51
OCTAGAM	27	ONUREG	54
<i>octreotide acetate</i>	24	OPDIVO	53
ODEFSEY	65	OPIPZA	62
ODOMZO	58	<i>opium</i>	18
OFEV	34	<i>opium tincture</i>	18
<i>ofloxacin</i>	31	OPSUMIT	35
<i>ofloxacin</i>	39	OPVEE	33
OGSIVEO	54	<i>oralone dental paste</i>	13
OJEMDA	54	ORENCIA	25
OJJAARA	58	ORENCIA CLICKJECT	25
<i>olanzapine</i>	62	ORENITRAM	35
<i>olanzapine odt</i>	62		

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	35	<i>penicillamine</i>	66
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	35	<i>penicillin g potassium</i>	46
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	35	<i>penicillin g potassium in iso-osmotic dextrose</i>	46
ORGOVYX	24	<i>penicillin g sodium</i>	46
ORKAMBI	35	<i>penicillin v potassium</i>	46
ORSERDU	53	PENMENVY	29
<i>oseltamivir phosphate</i>	63	PENTACEL	29
OSMOPREP	17	<i>pentamidine isethionate</i>	60
OSPHENA	20	<i>pentoxifylline er</i>	6
OTEZLA	13	<i>perampanel</i>	49
OTEZLA	25	<i>perindopril erbumine</i>	8
<i>oxacillin sodium</i>	46	<i>periogard</i>	13
<i>oxaprozin</i>	42	<i>permethrin</i>	16
<i>oxazepam</i>	43	<i>perphenazine</i>	61
<i>oxcarbazepine</i>	48	PERSERIS	62
<i>oxybutynin chloride</i>	20	<i>phenelzine sulfate</i>	49
<i>oxybutynin chloride er</i>	20	<i>phenobarbital</i>	47
<i>oxycodone hydrochloride</i>	41	<i>phenyteck</i>	48
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	41	<i>phenytoin</i>	48
OZEMPIC	73	<i>phenytoin sodium extended</i>	48
<i>paclitaxel</i>	54	PHOSPHOLINE IODIDE	30
PAIN RELIEF EXTRA STRENGTH/ADULT	42	PHYTONADIONE	70
<i>paliperidone er</i>	62	PIFELTRO	65
PANRETIN	60	<i>pilocarpine hcl</i>	30
<i>pantoprazole sodium</i>	19	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	13
<i>paricalcitol</i>	10	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	30
<i>paroxetine hcl</i>	50	<i>pimecrolimus</i>	15
<i>paroxetine hydrochloride</i>	50	<i>pimozide</i>	61
PAXLOVID	65	<i>pindolol</i>	5
<i>pazopanib hydrochloride</i>	58	<i>pioglitazone hcl</i>	73
PEDIARIX	29	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	73
PEDVAX HIB	29	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	73
<i>peg-3350/electrolytes</i>	18	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	73
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	18	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	46
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	18	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	58
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic</i>	18	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	58
PEGASYS	26	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	58
PEGASYS	28	<i>pirfenidone</i>	34
PEMAZYRE	58	<i>piroxicam</i>	42
PENBRAYA	29	<i>pitavastatin calcium</i>	7
		PLEGRIDY	10
		PLEGRIDY STARTER PACK	10
		PLENAMINE	68
		<i>plerixafor</i>	72

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>podofilox</i>	14	PROAIR RESPICLICK	38
<i>polycin</i>	31	<i>probenecid</i>	9
POLYETHYLENE GLYCOL	17	<i>probenecid/colchicine</i>	9
POLYETHYLENE GLYCOL 3350	17	<i>prochlorperazine</i>	51
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	31	<i>prochlorperazine edisylate</i>	51
POMALYST	53	<i>prochlorperazine maleate</i>	51
<i>portia-28</i>	22	PROCRIT	72
<i>posaconazole</i>	52	PROCTOFOAM HC	14
<i>posaconazole dr</i>	52	<i>procto-med hc</i>	9
<i>potassium chloride</i>	68	<i>proctosol hc</i>	9
<i>potassium chloride er</i>	68	<i>proctozone-hc</i>	9
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride</i>	68	<i>progesterone</i>	23
<i>potassium citrate er</i>	68	PROGRAF	28
POVIDONE-IODINE	44	PROLASTIN-C	75
PRALUENT	8	PROLENSA	32
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	4	PROLIA	10
<i>prasugrel hydrochloride</i>	71	PROMACTA	72
<i>pravastatin sodium</i>	7	<i>promethazine hcl</i>	51
<i>praziquantel</i>	60	<i>promethazine hydrochloride</i>	51
<i>prazosin hydrochloride</i>	4	<i>promethazine hydrochloride plain</i>	51
<i>prednicarbate</i>	15	<i>propafenone hcl</i>	7
<i>prednisolone</i>	23	<i>propafenone hydrochloride</i>	7
<i>prednisolone acetate</i>	32	<i>propafenone hydrochloride er</i>	7
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	23	<i>propranolol hcl</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>	47	<i>propylthiouracil</i>	24
PREHEVBRIO	29	PROQUAD	29
PREMARIN	22	PROSOL	68
PREMASOL	68	<i>protriptyline hcl</i>	50
<i>premium lidocaine</i>	43	PSEUDOEPHEDRINE	34
PREMPHASE	22	HYDROCHLORIDE	
<i>prenatal</i>	70	PSEUDOEPHEDRINE	34
<i>prevalite</i>	8	HYDROCHLORIDE ER	
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS	13	PSYLLIUM FIBER	17
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	13	PULMOZYME	35
PREVYMIS	63	PURIXAN	53
PREZCOBIX	63	<i>pyrazinamide</i>	51
PREZISTA	63	<i>pyridostigmine bromide</i>	4
PRIFTIN	51	<i>pyridostigmine bromide er</i>	4
<i>primaquine phosphate</i>	60	<i>pyrimethamine</i>	60
<i>primidone</i>	47	PYRUKYND	75
PRIORIX	29	PYRUKYND TAPER PACK	75
PRIVIGEN	27	QC ARTIFICIAL TEARS	31
		QINLOCK	58

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
QUADRACEL	29	RHOPRESSA	30
<i>quetiapine fumarate</i>	62	<i>ribavirin</i>	64
<i>quinapril hydrochloride</i>	8	<i>rifabutin</i>	51
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>rifampin</i>	51
<i>quinidine gluconate cr</i>	7	<i>riluzole</i>	12
<i>quinidine gluconate er</i>	7	<i>rimantadine hydrochloride</i>	63
<i>quinidine sulfate</i>	7	RINVOQ	25
<i>quinine sulfate</i>	60	RINVOQ LQ	25
QVAR REDHALER	37	<i>risedronate sodium</i>	10
RABAVERT	29	<i>risedronate sodium dr</i>	10
<i>rabeprazole sodium</i>	19	RISPERDAL CONSTA	62
RADICAVA ORS	12	<i>risperidone</i>	62
RADICAVA ORS STARTER KIT	12	<i>risperidone er</i>	62
<i>raldesy</i>	50	<i>risperidone odt</i>	62
<i>raloxifene hydrochloride</i>	20	<i>ritonavir</i>	63
<i>ramelteon</i>	12	<i>rivaroxaban</i>	71
<i>ramipril</i>	8	<i>rivastigmine tartrate</i>	3
<i>ranolazine er</i>	6	<i>rivastigmine transdermal system</i>	3
<i>rasagiline mesylate</i>	4	<i>rizatriptan benzoate</i>	3
RAYALDEE	10	<i>rizatriptan benzoate odt</i>	3
REBIF	10	ROCKLATAN	31
REBIF REBIDOSE	10	<i>roflumilast</i>	38
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	10	ROMVIMZA	58
REBIF TITRATION PACK	10	<i>ropinirole er</i>	4
RECOMBIVAX HB	29	<i>ropinirole hcl</i>	4
RECTIV	18	<i>ropinirole hydrochloride</i>	4
REESES PINWORM MEDICINE	60	<i>rosadan</i>	14
REGULOID	17	<i>rosuvastatin calcium</i>	7
RELENZA DISKHALER	63	<i>rosyrah</i>	22
RENAL CAPS	70	ROTARIX	29
<i>repaglinide</i>	73	ROTATEQ	29
REPATHA	8	<i>roweepra</i>	49
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	8	ROZLYTREK	58
REPATHA SURECLICK	8	RUBRACA	58
RESTASIS	31	<i>rufinamide</i>	48
RESTASIS MULTIDOSE	31	RUKOBIA	63
RETACRIT	72	RYBELSUS	73
RETEVMO	58	RYDAPT	58
REVCovi	75	<i>salsalate</i>	42
REVLIMID	53	SANTYL	14
REVUFORJ	54	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	75
REXULTI	62	SAVELLA	11
REYATAZ	63	SAVELLA TITRATION PACK	11
REZLIDHIA	58	<i>saxagliptin hydrochloride</i>	73
REZUROCK	28		

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>saxagliptin hydrochloride/metformin</i>	73	SODIUM FLUORIDE	68
<i>hydrochloride er</i>		<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	13
SCSEMBLIX	58	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	13
<i>scopolamine</i>	51	<i>sodium oxybate</i>	12
SECUADO	62	<i>sodium phenylbutyrate</i>	75
<i>selegiline hcl</i>	4	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	65
<i>selenium sulfide</i>	15	<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	18
SELZENTRY	63	<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	64
SENNA	17	<i>solifenacin succinate</i>	20
SENNA-S	17	SOLTAMOX	53
SEREVENT DISKUS	38	SOLUBLE FIBER	17
<i>sertraline hcl</i>	50	SOLU-CORTEF	23
<i>sertraline hydrochloride</i>	50	SOMATULINE DEPOT	25
<i>sevelamer carbonate</i>	66	SOMAVERT	25
<i>sf 5000 plus</i>	13	<i>sorafenib</i>	59
<i>sharobel</i>	23	<i>sorafenib tosylate</i>	59
SHINGRIX	29	<i>sorine</i>	7
SIGNIFOR	24	<i>sotalol hcl</i>	7
<i>sildenafil citrate</i>	35	<i>sotalol hydrochloride</i>	7
<i>silver sulfadiazine</i>	14	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	7
SIMBRINZA	31	SPIRIVA RESPIMAT	37
SIMETHICONE	18	<i>spironolactone</i>	7
SIMETHICONE DROPS INFANTS	18	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	6
SIMETHICONE ULTRA STRENGTH	18	SPRITAM	49
<i>simvastatin</i>	7	SPRYCEL	59
<i>sirolimus</i>	28	<i>sps</i>	65
SIRTURO	51	<i>ssd</i>	14
SKYRIZI	25	STAMARIL	29
SKYRIZI PEN	25	STEQEYMA	26
SLEEP AID	36	<i>sterile water for irrigation</i>	39
SLEEP-AID	36	STIOLTO RESPIMAT	34
SM ALCOHOL	43	STIVARGA	59
SM ANTI-DIARRHEAL	16	STOMACH RELIEF	18
SM CLOTRIMAZOLE VAGINAL	52	STOMACH RELIEF EXTRA STRENGTH	18
SM LICE TREATMENT	16	STOOL SOFTENER	17
SM LORATADINE D 12HR	36	<i>streptomycin sulfate</i>	44
SM MICONAZOLE 3	52	STRIBILD	64
SM TRIPLE ANTIBIOTIC PLUS	45	STRIVERDI RESPIMAT	38
MAXIMUM STRENGTH		<i>subvenite</i>	49
SODIUM BICARBONATE	18	<i>subvenite starter kit/blue</i>	49
SODIUM CHLORIDE	34	<i>subvenite starter kit/green</i>	49
<i>sodium chloride</i>	68	<i>subvenite starter kit/orange</i>	49
<i>sodium chloride 0.45%</i>	68	SUCRAID	75
<i>sodium chloride 0.9%</i>	39	<i>sucralfate</i>	19
<i>sodium fluoride</i>	13		

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>sulfacetamide sodium</i>	31	<i>tdvax</i>	29
<i>sulfacetamide sodium</i>	46	<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"</i>	39
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	31	TEFLARO	45
<i>sulfadiazine</i>	46	TEKTURN HCT	6
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	46	<i>telmisartan</i>	6
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	46	<i>telmisartan/amlodipine</i>	6
SULFAMYLON	16	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>sulfasalazine</i>	9	<i>temazepam</i>	12
<i>sulindac</i>	42	TENIVAC	29
<i>sumatriptan</i>	3	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	65
<i>sumatriptan succinate</i>	3	TENSION HEADACHE	12
<i>sumatriptan succinate refill</i>	3	TEPMETKO	59
<i>sunitinib malate</i>	59	<i>terazosin hcl</i>	19
SUNLENCA	63	<i>terazosin hydrochloride</i>	19
SYMLINPEN 120	73	<i>terbinafine hcl</i>	52
SYMLINPEN 60	73	<i>terconazole</i>	52
SYMPAZAN	47	<i>teriflunomide</i>	10
SYMTUZA	63	<i>teriparatide</i>	10
SYNAREL	25	<i>testosterone</i>	20
SYNJARDY	73	<i>testosterone cypionate</i>	20
SYNJARDY XR	73	<i>testosterone enanthate</i>	20
SYNRIBO	54	<i>testosterone pump</i>	20
SYNTHROID	24	TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	29
TABLOID	53	<i>tetrabenazine</i>	12
TABRECTA	59	<i>tetracycline hydrochloride</i>	47
<i>tacrolimus</i>	15	THALOMID	53
<i>tacrolimus</i>	28	<i>theophylline</i>	38
<i>tadalafil</i>	19	<i>theophylline er</i>	38
<i>tadalafil</i>	35	<i>thioridazine hydrochloride</i>	61
TAFINLAR	59	<i>thiothixene</i>	61
<i>tafluprost</i>	32	THYROID	24
TAGRISO	59	<i>tiadylt er</i>	5
TALZENNA	59	<i>tiagabine hydrochloride</i>	47
<i>tamoxifen citrate</i>	53	TIBSOVO	59
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	19	TICOVAC	29
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	22	<i>tigecycline</i>	45
TASIGNA	59	<i>timolol hemihydrate</i>	30
<i>tasimelteon</i>	12	<i>timolol maleate</i>	4
TAVNEOS	26	<i>timolol maleate</i>	30
<i>taysofy</i>	22	<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	30
<i>tazarotene</i>	14	<i>tinidazole</i>	45
<i>tazicef</i>	45	<i>tiopronin dr</i>	19
<i>taztia xt</i>	5	TIVICAY	64
TAZVERIK	59		

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
TIVICAY PD	64	<i>trientine hydrochloride</i>	66
<i>tizanidine hcl</i>	3	<i>trifluoperazine hcl</i>	61
<i>tizanidine hydrochloride</i>	3	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	61
TOBI PODHALER	35	<i>trifluridine</i>	31
TOBRADEX ST	31	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	4
<i>tobramycin</i>	31	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	4
<i>tobramycin sulfate</i>	44	<i>trimethoprim</i>	45
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	31	<i>trimipramine maleate</i>	50
TOLNAFTATE	52	TRINTELLIX	50
TOLNAFTATE ANTIFUNGAL	52	TRIPLE ANTIBIOTIC	45
<i>tolterodine tartrate</i>	20	<i>tri-sprintec</i>	22
<i>tolterodine tartrate er</i>	20	TRITOCIN	15
<i>topiramate</i>	49	TRIUMEQ	65
<i>toremifene citrate</i>	53	TRIUMEQ PD	65
<i>toremide</i>	8	<i>trivora-28</i>	22
TOUJEO MAX SOLOSTAR	74	TRIZIVIR	65
TOUJEO SOLOSTAR	74	TROPHAMINE	68
TRACLEER	35	<i>trospium chloride</i>	20
TRADJENTA	73	<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x</i>	39
<i>tramadol hydrochloride</i>	41	<i>1/2"</i>	
<i>tramadol hydrochloride er</i>	40	<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	39
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	41	TRULICITY	73
<i>trandolapril</i>	8	TRUMENBA	29
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	6	TRUQAP	59
<i>tranexamic acid</i>	71	TRUSELTIQ	54
<i>tranylcypromine sulfate</i>	49	TUKYSA	59
TRAVASOL	68	TURALIO	59
<i>travoprost</i>	32	<i>turqoz</i>	22
<i>trazodone hydrochloride</i>	50	TWINRIX	29
TRECTOR	51	TYBOST	63
TRELEGY ELLIPTA	34	TYPHIM VI	29
TRESIBA	74	TYRVAYA	32
TRESIBA FLEXTOUCH	74	UBRELVY	4
<i>tretinoin</i>	14	UDENYCA	72
<i>tretinoin</i>	60	UDENYCA ONBODY	72
<i>tretinoin microsphere</i>	14	<i>unithroid</i>	24
TREXALL	28	<i>ursodiol</i>	18
<i>triamcinolone acetonide</i>	15	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	64
<i>triamcinolone acetonide</i>	23	VALCHLOR	52
TRIAMCINOLONE ACETONIDE	37	<i>valganciclovir</i>	63
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	13	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	63
<i>triamterene</i>	8	<i>valproic acid</i>	49
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>valsartan</i>	7
<i>triazolam</i>	12	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6
TRI-BUFFERED ASPIRIN	43	VALTOCO 10 MG DOSE	47

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
VALTOCO 15 MG DOSE	48	VITAMIN B1	70
VALTOCO 20 MG DOSE	48	VITAMIN B-1	70
VALTOCO 5 MG DOSE	48	VITAMIN B-12	70
<i>valtya 1/50</i>	22	VITAMIN B-2	70
<i>vancomycin</i>	45	VITAMIN B6	70
<i>vancomycin hcl</i>	45	VITAMIN B-6	70
<i>vancomycin hydrochloride</i>	45	VITAMIN B-COMPLEX 100	70
VANFLYTA	59	VITAMIN C	70
VAQTA	29	VITAMIN C GUMMIES	70
<i>varenicline starting month</i>	32	VITAMIN C TR	70
<i>varenicline tartrate</i>	32	VITAMIN C-500 TIMED RELEASE	70
VARIVAX	29	VITAMIN D	71
VAXCHORA	29	VITAMIN D (ERGOCALCIFEROL)	70
<i>velivet</i>	22	VITAMIN D INFANT	70
VELPHORO	66	VITAMIN D3	70
VEMLIDY	65	VITAMIN D-3	70
VENCLEXTA	59	VITAMIN D3 400	70
VENCLEXTA STARTING PACK	59	VITAMIN E	71
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	50	VITAMIN K1	71
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	50	VITAMINS A & D	71
VENTAVIS	35	VITRAKVI	59
VEOZAH	12	VIVITROL	33
<i>verapamil hcl</i>	5	VIVOTIF	29
<i>verapamil hcl er</i>	5	VIZIMPRO	59
<i>verapamil hcl sr</i>	5	VONJO	54
<i>verapamil hydrochloride</i>	5	VORANIGO	54
<i>verapamil hydrochloride er</i>	5	<i>voriconazole</i>	52
VERQUVO	9	VOSEVI	64
VERSACLOZ	61	VOWST	19
VERZENIO	59	VRAYLAR	62
VIBRAMYCIN	47	VUMERITY	11
<i>vigabatrin</i>	48	<i>vyfemla</i>	22
<i>vigadrone</i>	48	VYZULTA	32
VIGAFYDE	48	<i>warfarin sodium</i>	71
<i>vigpoder</i>	48	WART REMOVER MAXIMUM	14
VIIBRYD STARTER PACK	50	STRENGTH	
<i>vilazodone hydrochloride</i>	50	WELIREG	75
VIMKUNYA	29	WHITE PETROLEUM JELLY	39
VIRACEPT	63	<i>wixela inhub</i>	34
VIREAD	65	XALKORI	60
VITAMIN A	70	XARAH FE	22
VITAMIN A & D	14	XARELTO	71
VITAMIN A PALMITATE	70	XARELTO STARTER PACK	71
VITAMIN B COMPLEX	70	XATMEP	28
VITAMIN B1	66	XCOPRI	48

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
XDEMVY	31	<i>zovia 1/35</i>	22
XELJANZ	26	ZTALMY	48
XELJANZ XR	26	ZURZUVAE	49
<i>xelria fe</i>	22	ZYDELIG	60
XERMELO	16	ZYKADIA	60
XGEVA	10	ZYPREXA RELPREVV	62
XIFAXAN	19		
XIGDUO XR	73		
XIIDRA	31		
XOFLUZA	63		
XOLAIR	26		
XOSPATA	60		
XPOVIO	60		
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	60		
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	60		
XTANDI	53		
<i>xulane</i>	22		
<i>yargesa</i>	75		
YERVOY	53		
YESINTEK	26		
YF-VAX	29		
<i>yuvaferm</i>	22		
<i>zafemy</i>	22		
<i>zafirlukast</i>	37		
<i>zaleplon</i>	12		
ZARXIO	72		
ZEJULA	60		
ZELBORAF	60		
ZENATANE	14		
ZENPEP	75		
ZEPOSIA	11		
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	11		
ZEPOSIA STARTER KIT	11		
<i>zidovudine</i>	65		
ZINC OXIDE	14		
<i>ziprasidone hcl</i>	62		
<i>ziprasidone mesylate</i>	62		
ZIRGAN	31		
<i>zoledronic acid</i>	10		
ZOLINZA	54		
<i>zolpidem tartrate</i>	13		
ZOMACTON	20		
ZONISADE	48		
<i>zonisamide</i>	48		
ZOSYN	46		

ID de formulario: 25504, Versión: 16, Fecha efectiva: 09/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025

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.



a **Point32Health** company

H7419_LOCD25_Accepted