



a Point32Health company

Formulario (Lista de Medicamentos Cubiertos o “Lista de Medicamentos”) 2025 de Tufts Medicare Preferred HMO

Planes de Tufts Medicare Preferred HMO

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

25502 Versión 16

Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred HMO al **1-800-701-9000** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o visite www.thpmp.org.

H2256_2025_17_C_SPA

Formulario (Lista de Medicamentos Cubiertos) 2025 de Tufts Medicare Preferred HMO

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

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

Este documento incluye la Lista de Medicamentos (formulario) para nuestro plan que estará vigente a partir el 01 de septiembre de 2025. Para obtener una Lista de Medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha más reciente de actualización de la Lista de Medicamentos (formulario), aparece en la portada y la contraportada.

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

¿Qué es el formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?

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

¿El formulario puede cambiar?

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

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

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos retirar inmediatamente un medicamento

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

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

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

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

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

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

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

Cambios que no lo afectarán si está tomando el medicamento actualmente. Por lo general, si toma un medicamento de nuestro formulario 2025 que estaba cubierto a principios del año, no eliminaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2025, excepto en las circunstancias descritas previamente. Esto significa que estos medicamentos seguirán disponibles al mismo costo compartido y sin restricciones nuevas para los miembros que los tomen por el resto del año de cobertura. No recibirá una notificación directa este año sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios lo afectarían y es importante revisar el formulario del nuevo año de beneficios para ver los cambios que podrían haber sufrido los medicamentos.

El formulario adjunto estará vigente a partir el 01 de septiembre de 2025. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Tufts Medicare Preferred HMO, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. En caso de un cambio en el formulario a mitad de año que no sea de mantenimiento, se le informará mediante una hoja de fe de erratas.

¿Cómo uso el Formulario?

Hay dos formas de encontrar un medicamento en el formulario:

Condición médica

El formulario comienza en la página 3. Los medicamentos en este formulario están agrupados en categorías según las condiciones médicas para los que se usan como tratamiento. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar condiciones del corazón aparecen en la categoría “*Medicamentos cardiovasculares*”. Si sabe para lo que se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento en el nombre de la categoría.

Lista alfabética

Si no está seguro de en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página 67. El índice muestra una lista alfabética de todos los medicamentos que se incluyen en este documento. En este índice aparecen los medicamentos genéricos y los de marca. Busque en el índice y encuentre su medicamento. A un lado del medicamento, verá el número de la página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que se indica en el índice y busque el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

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

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

¿Mi cobertura tiene alguna restricción?

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

- **Autorización previa:** Tufts Medicare Preferred HMO exige que usted o su prescriptor obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener aprobación de Tufts Medicare Preferred HMO antes de que usted pueda surtir sus recetas. Si no consigue esa aprobación, es posible que Tufts Medicare Preferred HMO no cubra los medicamentos.
- **Cantidad límite:** En el caso de ciertos medicamentos, Tufts Medicare Preferred HMO restringe la cantidad del medicamento que cubrirá Tufts Medicare Preferred HMO. Por ejemplo, Tufts Medicare Preferred HMO proporciona 30 tabletas por receta de *ramelteon*. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de un mes o tres meses.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para obtener más información

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

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

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

Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO

El formulario que comienza en la página 3 proporciona información sobre los medicamentos cubiertos por Tufts Medicare Preferred HMO. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, diríjase al índice que comienza en la página 67.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PA: Se requiere autorización previa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cobertura adicional

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

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

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

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

Medicamentos orales contra el cáncer de Part B: Algunos medicamentos orales contra el cáncer están cubiertos por los beneficios médicos del plan y pueden obtenerse en las farmacias minoristas participantes. Algunos medicamentos orales contra el cáncer cubiertos por Part B son:

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

Beneficios de medicamentos recetados: Deducible (para los medicamentos recetados de Part D)	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Deducible	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	Este plan no tiene deducible.
Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Nota: Los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 incluyen una cobertura mejorada de determinados medicamentos, tales como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil (ED) y vitaminas.	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$2,000. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$2,000. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$2,000. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx		
Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia preferida									
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$6	\$12	\$18	\$6	\$12	\$18	\$4/\$0*	\$8/\$0*	\$12/\$0*
							* Solo en el condado de Worcester		
Nivel 3 (Marca preferida)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$105)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$105)	23% del costo (Insulina: \$35)	23 % del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$105)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	Este plan no tiene deducible.	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	Este plan no tiene deducible	
Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$2,000. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$2,000. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.	

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

Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia preferida

Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
\$0	\$0	\$0	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
\$4	\$8	\$12	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$105)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
33% del costo	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
\$0	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx		
Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia no preferida									
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$14	\$28	\$42	\$14	\$28	\$42	\$14/\$6*	\$28/\$12*	\$42/\$18*
							* Solo en el condado de Worcester		
Nivel 2 (Genérico)	\$20	\$40	\$60	\$20	\$40	\$60	\$19/\$11*	\$38/\$22*	\$57/\$33*
							* Solo en el condado de Worcester		
Nivel 3 (Marca preferida)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$105)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$105)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$105)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A
Costos compartidos de farmacia de pedido por correo									
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$6	\$12	\$12	\$6	\$12	\$12	\$4/\$0*	\$8/\$0*	\$8/\$0*
							* Solo en el condado de Worcester		
Nivel 3 (Marca preferida)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$70)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura catastrófica		Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx		Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx		
		Después de que sus desembolsos anuales para medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos en su farmacia minorista y a través de pedido por correo) alcancen los \$2,000, usted no paga nada por medicamentos cubiertos de Part D ni medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Durante este período de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de Part D y de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.							

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

Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia no preferida

Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
\$14	\$28	\$42	\$4	\$8	\$12	\$2	\$4	\$6
\$19	\$38	\$57	\$8	\$16	\$24	\$4	\$8	\$12
23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$105)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$105)	23% del costo (Insulina: \$30)	23% del costo (Insulina: \$60)	23% del costo (Insulina: \$90)
50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)
33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A
\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A

Costos compartidos de farmacia de pedido por correo

Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
\$0	\$0	\$0	\$4	\$8	\$8	\$2	\$4	\$4
\$4	\$8	\$8	\$8	\$16	\$16	\$4	\$8	\$8
23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$30)	23% del costo (Insulina: \$60)	23% del costo (Insulina: \$60)
50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)
33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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

Después de que sus desembolsos anuales para medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos en su farmacia minorista y a través de pedido por correo) alcancen los \$2,000, usted no paga nada por medicamentos cubiertos de Part D ni medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Durante este período de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de Part D y de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Tabla de contenidos

Agentes antidemencia.....	3
Agentes antiespásticos.....	3
Agentes antiyaquecosos	3
Agentes 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	12
Agentes dermatológicos	13
Agentes gastrointestinales.....	15
Agentes genitourinarios.....	17
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis).....	18
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)	18
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)	21
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)	21
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides).....	22
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria).....	22
Agentes inmunológicos	22
Agentes oftálmicos	27
Agentes para la bipolaridad.....	30
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción	30
Agentes para vías respiratorias/pulmonares.....	30
Agentes Terapéuticos, Misceláneos	34
Agentes óticos.....	35
Analgésicos	35
Anestésicos.....	37
Ansiolíticos	37
Antibacterianos	38
Anticonvulsivos	41
Antidepresivos	43
Antidepressants.....	44
Antieméticos	45
Antimicobacterianos.....	45
Antimicóticos	46
Antineoplásicos.....	46
Antiparasitarios	54
Antipsicóticos	54
Antivírico	56

ID de formulario: 25502, 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.

Electrolitos/minerales/metales/vitaminas	59
Productos y modificadores sanguíneos	62
Reguladores de la glucemia	63
Relajantes musculares esqueléticos	65
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento	65

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antidemencia		
Agentes antidemencia, otros		
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	3	
NAMZARIC	3	
Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)		
<i>memantine hcl titration pak</i>	2	
<i>memantine hydrochloride er</i>	3	
<i>memantine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>memantine hydrochloride soln</i>	3	
Inhibidores de la colinesterasa		
<i>donepezil hcl tbdp</i>	3	
<i>donepezil hcl tabs 10mg</i>	2	
<i>donepezil hcl tabs 23mg</i>	3	
<i>donepezil hydrochloride tabs 5mg</i>	2	
<i>galantamine hydrobromide er</i>	3	
<i>galantamine hydrobromide tabs</i>	3	
<i>galantamine hydrobromide soln</i>	4	
<i>rivastigmine tartrate</i>	3	
<i>rivastigmine transdermal system</i>	4	
Agentes antiespásticos		
Agentes antiespásticos		
<i>baclofen</i>	2	
<i>dantrolene sodium</i>	4	
<i>tizanidine hcl</i>	2	
<i>tizanidine hydrochloride</i>	2	
Agentes antijaquecosos		
Agonista de receptores de serotonina (5-HT)		
<i>naratriptan hcl</i>	2	
<i>rizatriptan benzoate</i>	2	
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	2	
<i>sumatriptan succinate refill inj 6mg/0.5ml</i>	3	
<i>sumatriptan succinate tabs</i>	2	
<i>sumatriptan succinate inj 6mg/0.5ml</i>	3	
<i>sumatriptan succinate inj 4mg/0.5ml, 6mg/0.5ml</i>	4	
<i>sumatriptan soln</i>	4	
Alcaloides del cornezuelo		
<i>dihydroergotamine mesylate soln</i>	5	QL(8 ML por 30 días); NEDS
<i>ergotamine tartrate/cafeine</i>	3	
Antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene)		
AIMOVIG	3	QL(1 ML por 30 días); PA
EMGALITY INJ 120MG/ML	3	QL(2 ML por 30 días); PA

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
EMGALITY INJ 100MG/ML	3	QL(3 ML por 30 días); PA
NURTEC	4	PA
UBRELVY	4	PA
Profiláctico		
<i>timolol maleate tabs 10mg, 5mg</i>	3	
<i>timolol maleate tabs 20mg</i>	4	
Agentes antimiasténicos		
Parasimpaticomiméticos		
<i>pyridostigmine bromide er tbc</i>	4	
<i>pyridostigmine bromide tabs 60mg</i>	3	
Agentes antiparkinsonianos		
Agentes antiparkinsonianos, otros		
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	4	
<i>entacapone</i>	3	
Agonistas de la dopamina		
<i>bromocriptine mesylate caps, tabs</i>	4	
KYNMOBI	5	NEDS
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2	
<i>ropinirole er</i>	4	
<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>	3	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	2	
Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate tabs</i>	4	
<i>selegiline hcl caps</i>	3	
<i>selegiline hcl tabs</i>	4	
Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos		
<i>carbidopa/levodopa</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa er tbc 25mg; 100mg</i>	3	
<i>carbidopa/levodopa er tbc 50mg; 200mg</i>	4	
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	4	
<i>carbidopa tabs</i>	4	
Agentes cardiovasculares		
Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa		
<i>prazosin hydrochloride caps</i>	3	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		
<i>acebutolol hydrochloride</i>	3	
<i>atenolol tabs</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate tabs 10mg, 5mg</i>	3	
<i>carvedilol</i>	1	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>labetalol hydrochloride tabs 100mg, 200mg, 300mg</i>	3	
<i>metoprolol succinate er</i>	2	
<i>metoprolol tartrate tabs 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tabs 75mg</i>	3	
<i>nadolol tabs 20mg, 40mg, 80mg</i>	2	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	3	
<i>pindolol tabs</i>	4	
<i>propranolol hcl soln 40mg/5ml</i>	3	
<i>propranolol hcl tabs 40mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride er</i>	3	
<i>propranolol hydrochloride soln</i>	3	
<i>propranolol hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	2	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate tabs</i>	1	
<i>felodipine er</i>	2	
<i>nifedipine er</i>	3	
<i>nimodipine caps</i>	4	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
<i>cartia xt</i>	3	
<i>dilt-xr</i>	3	
<i>diltiazem hcl cd</i>	3	
<i>diltiazem hcl er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	3	
<i>diltiazem hcl er cp12</i>	4	
<i>diltiazem hcl er tb24 300mg, 360mg, 420mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl tabs 30mg, 60mg</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er cp24</i>	3	
<i>diltiazem hydrochloride er tb24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	4	
<i>diltiazem hydrochloride tabs 120mg, 90mg</i>	2	
<i>matzim la</i>	4	
<i>taztia xt</i>	3	
<i>tiadylt er</i>	3	
<i>verapamil hcl er cp24 100mg, 300mg</i>	4	
<i>verapamil hcl er tbc 120mg</i>	2	
<i>verapamil hcl sr cp24</i>	4	
<i>verapamil hcl tabs 40mg, 80mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride er cp24</i>	4	
<i>verapamil hydrochloride er tbc 180mg, 240mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride tabs 120mg</i>	2	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>aliskiren</i>	1	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	1	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	1	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	1	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	1	
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg; 160mg, 10mg; 25mg; 160mg, 5mg; 12.5mg; 160mg, 5mg; 25mg; 160mg</i>	1	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	3	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	3	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	1	
CORLANOR	4	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	1	
ENTRESTO	3	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	3	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>ivabradine hydrochloride</i>	4	
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	3	
<i>metyrosine</i>	5	NEDS
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>pentoxifylline er</i>	4	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>ranolazine er</i>	3	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	2	
TEKTURNA HCT TABS 150MG; 12.5MG, 300MG; 12.5MG, 300MG; 25MG	3	
<i>telmisartan/amlodipine</i>	1	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide caps 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tabs</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
Agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine</i>	4	
<i>clonidine hydrochloride tabs</i>	1	
<i>droxidopa</i>	5	PA; NEDS
<i>midodrine hydrochloride</i>	3	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil</i>	1	
<i>irbesartan</i>	1	
<i>losartan potassium tabs</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil tabs</i>	1	
<i>telmisartan</i>	1	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>valsartan tabs</i>	1	
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides		
<i>eplerenone</i>	3	
KERENDIA	4	PA
<i>spironolactone tabs</i>	2	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hydrochloride tabs 200mg</i>	2	
<i>amiodarone hydrochloride tabs 100mg, 400mg</i>	3	
<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>	3	
<i>flecainide acetate</i>	2	
<i>mexiletine hydrochloride caps</i>	3	
MULTAQ	3	
<i>propafenone hcl</i>	3	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	4	
<i>propafenone hydrochloride tabs 225mg, 300mg</i>	3	
<i>quinidine gluconate cr</i>	4	
<i>quinidine gluconate er</i>	4	
<i>quinidine sulfate tabs</i>	3	
<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	
Dislipidémicos, derivados del ácido fibríco		
<i>fenofibrate micronized caps 134mg, 200mg, 67mg</i>	3	
<i>fenofibrate caps 130mg, 43mg</i>	3	
<i>fenofibrate caps 150mg, 50mg</i>	4	
<i>fenofibrate tabs 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	2	
<i>fenofibric acid dr</i>	3	
<i>gemfibrozil tabs</i>	3	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium</i>	1	
FLOLIPID	3	
<i>fluvastatin</i>	1	
<i>fluvastatin sodium er</i>	1	
<i>lovastatin tabs</i>	1	
<i>pitavastatin calcium</i>	1	
<i>pravastatin sodium</i>	1	
<i>rosuvastatin calcium tabs</i>	1	
<i>simvastatin tabs</i>	1	
Dislipidémicos, otros		

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cholestyramine light powd</i>	3	
<i>cholestyramine light pack</i>	4	
<i>cholestyramine powd</i>	3	
<i>cholestyramine pack</i>	4	
<i>colestipol hydrochloride gran</i>	2	
<i>colestipol hydrochloride pack, tabs</i>	4	
<i>ezetimibe</i>	2	
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	1	
<i>icosapent ethyl</i>	4	
<i>niacin er</i>	4	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	3	
PRALUENT	3	PA
<i>prevalite powd</i>	3	
<i>prevalite pack</i>	4	
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>	4	
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide inj</i>	2	
<i>bumetanide tabs</i>	3	
<i>ethacrynic acid tabs</i>	4	
<i>furosemide tabs</i>	1	
<i>furosemide oral soln</i>	2	
<i>furosemide inj</i>	4	
<i>torseamide tabs</i>	3	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide caps, tabs</i>	1	
<i>indapamide tabs</i>	2	
<i>metolazone</i>	2	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
<i>benazepril hydrochloride tabs</i>	1	
<i>captopril tabs</i>	1	
<i>enalapril maleate tabs</i>	1	
<i>fosinopril sodium</i>	1	
<i>lisinopril tabs</i>	1	
<i>moexipril hydrochloride</i>	1	
<i>perindopril erbumine</i>	1	
<i>quinapril hydrochloride</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	
<i>trandolapril</i>	1	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT</i>		
FARXIGA	3	
JARDIANCE	3	
<i>Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso</i>		
<i>isosorbide dinitrate tabs</i>	3	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	2	
<i>nitroglycerin transdermal</i>	3	
<i>nitroglycerin soln 0.4mg/spray</i>	4	
<i>nitroglycerin subl 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	2	
VERQUVO	4	
<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>	3	
GLOPERBA	4	
<i>probenecid</i>	3	
<i>probenecid/colchicine</i>	3	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
<i>Aminosalicilatos</i>		
<i>balsalazide disodium</i>	4	
<i>mesalamine dr</i>	4	
<i>mesalamine er</i>	4	
<i>mesalamine enem, kit, supp</i>	4	
<i>sulfasalazine tabs, tbec</i>	2	
<i>Glucocorticoides</i>		
<i>budesonide er</i>	5	NEDS
<i>budesonide cpep 3mg</i>	4	
<i>budesonide foam 2mg</i>	4	
CORTIFOAM FOAM	4	
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone enem 100mg/60ml</i>	4	
<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 tabs</i>	1	
<i>alendronate sodium soln</i>	4	
BONSITY	5	PA; NEDS

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>calcitonin salmon</i>	3	
<i>calcitonin-salmon</i>	3	
<i>calcitriol caps 0.25mcg, 0.5mcg</i>	2	
<i>calcitriol soln 1mcg/ml</i>	4	
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	4	
<i>paricalcitol</i>	4	
PROLIA	4	PA
RAYALDEE	5	NEDS
<i>risedronate sodium</i>	3	
<i>risedronate sodium dr</i>	4	
<i>teriparatide</i>	5	PA; NEDS
XGEVA	5	PA; NEDS
<i>zoledronic acid</i>	2	
Agentes del sistema nervioso central		
<i>Agentes de esclerosis múltiple</i>		
AVONEX PEN	5	NEDS; SP-Optum Specialty
AVONEX INJ 30MCG/0.5ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
BETASERON	5	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>dalfampridine er</i>	3	SP-Optum Specialty
<i>dimethyl fumarate</i>	4	SP-Optum Specialty
<i>fingolimod hydrochloride</i>	5	NEDS
<i>glatiramer acetate inj 40mg/ml</i>	5	QL(12 ML por 28 días); NEDS
<i>glatiramer acetate inj 20mg/ml</i>	5	QL(30 ML por 30 días); NEDS
KESIMPTA	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT	5	NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT STARTER PACK TBPK 0.25MG	4	SP-Optum Specialty
MAYZENT STARTER PACK TBPK 0.25MG	5	NEDS; SP-Optum Specialty
PLEGRIDY	5	NEDS; SP-Optum Specialty
PLEGRIDY STARTER PACK	5	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF	5	ST; NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF REBIDOSE	5	ST; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	5	ST; NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF TITRATION PACK	5	ST; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>teriflunomide</i>	4	
VUMERITY	5	NEDS; SP-Optum Specialty
ZEPOSIA	5	NEDS
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	5	NEDS
ZEPOSIA STARTER KIT	5	NEDS
Agentes de fibromialgia		
SAVELLA	3	
SAVELLA TITRATION PACK	3	
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
<i>amphetamine/dextroamphetamine tabs</i>	2	
<i>amphetamine/dextroamphetamine cp24</i>	3	
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	4	
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	4	
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
<i>atomoxetine hydrochloride caps 10mg, 25mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 100mg, 80mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 10mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonidine hydrochloride er</i>	3	
<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 20mg, 35mg</i>	4	
<i>dexmethylphenidate hcl tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 15mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	4	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride cp24</i>	4	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tabs 2.5mg</i>	2	
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	3	QL(90 EA por 90 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er (cd)</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm) tbcr 18mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er tb24</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er tbcr 10mg, 20mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride tabs</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride soln</i>	3	
<i>methylphenidate hydrochloride chew</i>	4	
Sistema nervioso central, otros		

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AUSTEDO	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TEPK 0	5	QL(56 EA por 365 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TEPK 0	5	QL(84 EA por 365 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 6MG	5	QL(210 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 18MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 24MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 12MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS
COBENFY	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
COBENFY STARTER PACK	5	QL(112 EA por 365 días); PA NSO; NEDS
INGREZZA	5	PA; NEDS
NUDEXTA	3	PA
RADICAVA ORS	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RADICAVA ORS STARTER KIT	5	PA; NEDS
<i>riluzole</i>	4	
<i>tetrabenazine</i>	4	PA; SP-Optum Specialty
VEOZAH	4	QL(30 EA por 30 días); PA
Agentes del trastorno del sueño		
<i>Agentes estimulantes de insomnio</i>		
<i>armodafinil</i>	3	PA
<i>modafinil tabs</i>	2	PA
<i>sodium oxybate</i>	5	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>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>tasimelteon</i>	5	PA; NEDS
<i>temazepam caps 15mg, 30mg, 7.5mg</i>	2	
<i>triazolam</i>	3	
<i>zaleplon</i>	2	
<i>zolpidem tartrate tabs</i>	2	
Agentes dentales y orales		

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes dentales y orales		
<i>cevimeline hydrochloride</i>	4	
<i>chlorhexidine gluconate</i>	1	
<i>kourzeq</i>	3	
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	2	
<i>lidocaine viscous</i>	2	
<i>oralone dental paste</i>	3	
<i>periogard</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride tabs 5mg, 7.5mg</i>	4	
<i>sf 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	3	
Agentes dermatológicos		
Agentes dermatológicos, otros		
<i>calcipotriene crea</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene oint</i>	4	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene soln</i>	4	QL(120 ML por 30 días)
<i>calcitriol oint 3mcg/gm</i>	4	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate crea</i>	2	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate lotn</i>	4	
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	3	QL(200 GM por 30 días)
<i>fluorouracil crea 5%</i>	3	
<i>fluorouracil soln</i>	4	
<i>imiquimod crea 5%</i>	3	
<i>imiquimod crea 3.75%</i>	4	
<i>nystatin/triamcinolone</i>	2	
<i>nystatin/triamcinolone acetonide oint</i>	2	
OTEZLA TABS 20MG, 30MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>podofilox</i>	4	
PROCTOFOAM HC	4	
SANTYL	4	
<i>silver sulfadiazine</i>	2	
<i>ssd</i>	2	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
<i>accutane</i>	4	
<i>acitretin</i>	4	
<i>adapalene gel</i>	4	PA
<i>amnesteem</i>	4	
<i>avita</i>	2	PA
<i>azelaic acid</i>	4	
<i>claravis</i>	4	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide gel 2.5%; 1.2%, 5%; 1.2%</i>	4	
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	4	
<i>isotretinoin caps</i>	4	
<i>metronidazole crea 0.75%</i>	2	
<i>metronidazole gel 0.75%, 1%</i>	4	
<i>metronidazole lotn 0.75%</i>	4	
MYORISAN	4	
NEUAC	4	
<i>rosadan crea</i>	2	
<i>rosadan gel</i>	4	
<i>tazarotene crea 0.1%</i>	3	PA
<i>tazarotene crea 0.05%</i>	4	PA
<i>tazarotene gel</i>	4	PA
<i>tretinoin microsphere</i>	4	PA
<i>tretinoin crea 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	3	PA
ZENATANE	4	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
<i>amcinonide crea</i>	4	
<i>ammonium lactate crea, lotn</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented crea, lotn</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented oint</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate augmented gel</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate crea, lotn</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate oint</i>	4	
<i>betamethasone valerate crea, lotn, oint</i>	3	
<i>clobetasol propionate e</i>	4	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate crea 0.05%</i>	2	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate oint</i>	2	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate soln</i>	3	QL(200 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate sham</i>	3	QL(236 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate gel</i>	3	QL(240 GM por 30 días)
<i>clodan</i>	3	QL(236 ML por 30 días)
<i>desonide crea, oint</i>	3	
<i>desoximetasone crea</i>	4	
DESRX	4	
<i>fluocinolone acetonide body</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide crea 0.01%, 0.025%</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide oint 0.025%</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide soln 0.01%</i>	2	
<i>fluocinonide</i>	3	
<i>fluocinonide emulsified base</i>	4	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluticasone propionate crea 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone propionate oint 0.005%</i>	3	
<i>halobetasol propionate crea, oint</i>	4	
<i>hydrocortisone butyrate oint</i>	3	
<i>hydrocortisone valerate crea</i>	3	
<i>hydrocortisone valerate oint</i>	4	
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone lotn 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone oint 1%</i>	1	
<i>hydrocortisone oint 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>	3	
<i>pimecrolimus</i>	4	
<i>prednicarbate oint</i>	2	
<i>selenium sulfide</i>	2	
<i>tacrolimus oint 0.03%, 0.1%</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide crea 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotn 0.025%, 0.1%</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide oint 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
TRITOCIN	3	
Antiinfecciosos tópicos		
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	3	
<i>ciclopirox olamine</i>	2	
<i>ciclopirox gel, sham, susp</i>	3	
<i>clindamycin phosphate gel 1%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate lotn 1%</i>	3	
<i>clindamycin phosphate external soln 1%</i>	2	
<i>ery</i>	4	
<i>erythromycin gel 2%</i>	3	
<i>erythromycin soln 2%</i>	2	
MENTAX	4	
<i>mupirocin oint</i>	2	QL(44 GM por 30 días)
<i>mupirocin crea</i>	4	QL(180 GM por 30 días)
SULFAMYLON CREA	4	
Pediculicidas/escabidas		
<i>malathion</i>	4	
<i>permethrin crea</i>	3	
Agentes gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
<i>alosetron hydrochloride tabs 0.5mg</i>	4	PA
<i>alosetron hydrochloride tabs 1mg</i>	5	PA; NEDS
<i>loperamide hydrochloride caps</i>	3	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XERMELO	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiestreñimiento		
<i>constulose</i>	2	
<i>enulose</i>	2	
<i>generlac</i>	2	
<i>lactulose soln</i>	2	
LINZESS	3	
<i>lubiprostone</i>	4	
MOVANTIK	3	
OSMOPREP	4	
Agentes gastrointestinales, otros		
CLENPIQ	3	
<i>gavilyte-c</i>	3	
<i>gavilyte-g</i>	3	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	3	
<i>metoclopramide hcl inj, oral soln</i>	2	
<i>metoclopramide hydrochloride tabs</i>	1	
<i>nitroglycerin oint 0.4%</i>	4	QL(30 GM por 30 días)
<i>opium</i>	2	
<i>opium tincture tinc 1%</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	3	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	4	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	3	
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic</i>	4	
RECTIV	4	QL(30 GM por 30 días)
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	4	
<i>ursodiol caps 300mg</i>	3	
<i>ursodiol tabs</i>	4	
VOWST	5	PA; NEDS
XIFAXAN TABS 550MG	5	PA; NEDS
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
<i>cimetidine tabs</i>	4	
<i>famotidine tabs 20mg, 40mg</i>	2	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl soln</i>	4	
<i>dicyclomine hydrochloride caps</i>	2	
<i>dicyclomine hydrochloride tabs 20mg</i>	2	
<i>glycopyrrolate soln</i>	3	
<i>glycopyrrolate tabs 1mg, 2mg</i>	3	
Inhibidores de la bomba de protones		
DEXLANSOPRAZOLE	4	
<i>esomeprazole magnesium cpdr</i>	3	
<i>esomeprazole magnesium pack 10mg, 20mg, 40mg</i>	4	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<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>	3	
<i>sucralfate tabs</i>	3	
<i>sucralfate susp</i>	4	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl er</i>	2	
<i>doxazosin mesylate</i>	2	
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	4	
<i>dutasteride caps</i>	2	
<i>finasteride tabs</i>	2	
<i>tadalafil tabs 10mg, 20mg</i>	2	QL(4 EA por 30 días); EC
<i>tadalafil tabs 2.5mg, 5mg</i>	3	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>	3	
ELMIRON	4	
<i>sildenafil citrate tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	QL(4 EA por 30 días); EC
<i>sildenafil tabs 25mg</i>	2	QL(4 EA por 30 días); EC
<i>tiopronin dr</i>	5	NEDS
<i>varденаfil hydrochloride</i>	2	QL(4 EA por 30 días); EC
<i>varденаfil hydrochloride odt</i>	2	QL(4 EA por 30 días); EC
Antiespasmódicos, urinario		
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	4	
GEMTESA	4	
<i>mirabegron er</i>	3	
MYRBETRIQ	3	
<i>oxybutynin chloride er</i>	3	
<i>oxybutynin chloride soln</i>	2	
<i>oxybutynin chloride tabs 5mg</i>	2	
<i>oxybutynin chloride tabs 2.5mg</i>	3	
<i>solifenacin succinate</i>	3	
<i>tolterodine tartrate</i>	4	
<i>tolterodine tartrate er</i>	4	
<i>tropium chloride</i>	3	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</i>		
<i>desmopressin acetate tabs</i>	4	
<i>desmopressin acetate soln 0.01%</i>	2	
<i>desmopressin acetate soln 0.01% (refrigerated)</i>	4	
GENOTROPIN	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
GENOTROPIN MINISQUICK INJ 0.2MG	3	PA; SP-Optum Specialty
GENOTROPIN MINISQUICK INJ 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
INCRELEX	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
<i>Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos</i>		
OSPHENA	4	
<i>raloxifene hydrochloride</i>	2	
Andrógenos		
<i>danazol caps</i>	4	
<i>testosterone cypionate inj 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	
<i>testosterone enanthate inj</i>	2	
<i>testosterone pump gel 1.62%</i>	3	
<i>testosterone pump gel 1%</i>	4	
<i>testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 40.5mg/2.5gm</i>	3	
<i>testosterone gel 25mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	4	
Estrógenos		
<i>abigale</i>	3	
<i>abigale lo</i>	3	
<i>amabelz</i>	3	
<i>amethia</i>	4	
<i>apri</i>	2	
<i>ashlyna</i>	4	
<i>aviane</i>	4	
<i>azurette</i>	4	
<i>balziva</i>	4	
<i>briellyn</i>	4	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tabs 0; 0</i>	4	
<i>dotti</i>	4	
<i>drospirenone/ethinyl estradiol tabs 3mg; 0.03mg</i>	3	
<i>eluryng</i>	4	
<i>enilloring</i>	4	
<i>estradiol valerate inj</i>	4	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	3	
<i>estradiol oral tabs</i>	2	
<i>estradiol crea, ptwk</i>	3	
<i>estradiol pttw, vaginal tabs</i>	4	
ESTRING	4	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>falmina</i>	4	
FEIRZA 1.5/30	4	
FEIRZA 1/20	4	
<i>finzala</i>	3	
<i>fyavolv tabs 5mcg; 1mg</i>	3	
<i>fyavolv tabs 2.5mcg; 0.5mg</i>	4	
<i>galbriela</i>	4	
<i>haloette</i>	4	
<i>iclevia</i>	4	
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	3	
IMVEXXY STARTER PACK	3	
<i>introvale</i>	4	
<i>jaimiess</i>	4	
<i>jinteli</i>	3	
<i>joyeaux</i>	4	
<i>junel 1.5/30</i>	4	
<i>junel 1/20</i>	4	
<i>junel fe 1.5/30</i>	4	
<i>junel fe 1/20</i>	4	
<i>junel fe 24</i>	4	
<i>kariva</i>	4	
<i>kelnor 1/35</i>	4	
<i>larin 1.5/30</i>	4	
<i>larin 1/20</i>	4	
<i>larin fe 1.5/30</i>	4	
<i>larin fe 1/20</i>	4	
<i>lessina</i>	4	
<i>levonest</i>	4	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tabs 20mcg; 90mcg</i>	4	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	4	
<i>levora 0.15/30-28</i>	4	
<i>lojaimiess</i>	4	
<i>marlissa</i>	4	
<i>mibelas 24 fe</i>	3	
<i>microgestin 1.5/30</i>	4	
<i>microgestin 1/20</i>	4	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	4	
<i>microgestin fe 1/20</i>	4	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>minzoya</i>	4	
<i>necon 0.5/35-28</i>	4	
<i>nikki</i>	3	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tabs 0; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 5mcg; 1mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 2.5mcg; 0.5mg</i>	4	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	4	
<i>nortrel 1/35</i>	4	
<i>nortrel 7/7/7</i>	4	
<i>portia-28</i>	4	
PREMARIN CREA	3	
PREMARIN TABS 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	4	
PREMPHASE	4	
<i>rosyrah</i>	4	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	4	
<i>taysofy</i>	2	
<i>tri-sprintec</i>	2	
<i>trivora-28</i>	4	
<i>turqoz</i>	4	
<i>valtya 1/50</i>	4	
<i>velivet</i>	4	
<i>vyfemla</i>	4	
XARAH FE	4	
<i>xelria fe</i>	4	
<i>xulane</i>	3	
<i>yuvaferm</i>	4	
<i>zafemy</i>	3	
<i>zovia 1/35</i>	4	
Progestinas		
<i>camila</i>	2	
<i>deblitane</i>	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	
<i>errin</i>	2	
<i>gallifrey</i>	3	
<i>heather</i>	2	
LILETTA	3	
<i>medroxyprogesterone acetate tabs</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate inj</i>	2	
<i>megestrol acetate tabs</i>	2	
<i>megestrol acetate susp 40mg/ml</i>	3	
<i>megestrol acetate susp 625mg/5ml</i>	4	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>meleya</i>	2	
NEXPLANON	3	
<i>norethindrone acetate tabs</i>	3	
<i>progesterone caps</i>	3	
<i>sharobel</i>	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
DEPO-MEDROL	3	
<i>dexamethasone</i>	2	
<i>dexamethasone intensol</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate +rfid</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 100mg/10ml, 10mg/ml, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml</i>	2	
<i>fludrocortisone acetate</i>	3	
<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	4	
<i>hydrocortisone tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	3	
<i>kenalog-10</i>	2	
<i>methylprednisolone</i>	2	
<i>methylprednisolone acetate</i>	2	
<i>methylprednisolone dose pack</i>	2	
<i>prednisolone</i>	4	
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln 15mg/5ml</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln 5mg/5ml</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln 10mg/5ml, 20mg/5ml, 25mg/5ml</i>	4	
<i>prednisone tabs</i>	1	
<i>prednisone tbpk</i>	3	
<i>prednisone soln</i>	4	
SOLU-CORTEF	4	
<i>triamcinolone acetate inj 10mg/ml, 40mg/ml</i>	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
ADTHYZA	4	
ARMOUR THYROID	4	
<i>euthyrox</i>	1	
<i>levo-t</i>	1	
<i>levothyroxine sodium</i>	1	
<i>levoxyl</i>	1	
<i>liothyronine sodium</i>	3	
NIVA THYROID TABS 15MG	4	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>niva thyroid tabs 120mg, 30mg, 60mg, 90mg</i>	4	
<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	4	
THYROID	4	
<i>unithroid</i>	1	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
<i>Agentes antihiroides</i>		
<i>methimazole tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>propylthiouracil tabs</i>	3	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
<i>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)</i>		
<i>cabergoline</i>	3	
ELIGARD	4	
FIRMAGON INJ 80MG	4	
FIRMAGON INJ 120MG/VIAL	5	NEDS
KORLYM	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>lanreotide acetate</i>	5	NEDS
<i>leuprolide acetate</i>	4	SP-Optum Specialty
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	5	NEDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	5	NEDS
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	5	NEDS
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	5	NEDS
<i>mifepristone</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 50mcg/ml</i>	2	
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 50mcg/ml</i>	4	SP-Optum Specialty
<i>octreotide acetate inj 1000mcg/ml</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
ORGOVYX	5	PA NSO; NEDS
SIGNIFOR	5	QL(60 ML por 30 días); PA; NEDS
SOMATULINE DEPOT	5	NEDS
SOMAVERT	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SYNAREL	5	NEDS
Agentes inmunológicos		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
ARCALYST	5	PA; NEDS

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BENLYSTA	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
COSENTYX SENSOREADY PEN	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
COSENTYX UNOREADY	5	PA; NEDS
COSENTYX INJ 125MG/5ML	5	PA; NEDS
COSENTYX INJ 150MG/ML, 75MG/0.5ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
DUPIXENT	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORENCIA CLICKJECT	5	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 50MG/0.4ML	5	QL(1.6 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 87.5MG/0.7ML	5	QL(2.8 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
OTEZLA TBPK 0	5	QL(110 EA por 365 días); PA; NEDS
RINVOQ	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RINVOQ LQ	5	QL(360 ML por 30 días); PA; NEDS
SKYRIZI PEN	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 600MG/10ML	5	PA; NEDS
SKYRIZI INJ 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 180MG/1.2ML	5	QL(1.2 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 360MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 28 días); PA; NEDS
STEQEYMA INJ 45MG/0.5ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA
STEQEYMA INJ 90MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
TAVNEOS	5	PA; NEDS
XELJANZ XR	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XELJANZ SOLN	5	QL(300 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ TABS	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XOLAIR INJ 150MG/ML, 150MG, 300MG/2ML, 75MG/0.5ML	5	PA; NEDS
XOLAIR INJ 150MG/ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
YESINTEK INJ 45MG/0.5ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA
YESINTEK INJ 90MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
Agentes para angioedema		
BERINERT	5	PA; NEDS
HAEGARDA	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>icatibant acetate</i>	5	QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Inmunostimulantes		
ACTIMMUNE	5	NEDS; SP-Optum Specialty
BESREMI	5	PA NSO; NEDS
PEGASYS INJ 180MCG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP-Optum Specialty
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INJ 10%, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI
CUVITRU	5	PA BvD; NEDS
FLEBOGAMMA DIF INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI
GAMMAGARD LIQUID INJ 10GM/100ML, 2.5GM/25ML, 20GM/200ML, 30GM/300ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI
GAMMAPLEX INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI
HIZENTRA	5	PA BvD; NEDS
OCTAGAM INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 1GM/20ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 2GM/20ML, 30GM/300ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI
PRIVIGEN	5	PA BvD; NEDS; HI
Inmunosupresores		
<i>azathioprine tabs 50mg</i>	3	PA BvD

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>azathioprine tabs 100mg, 75mg</i>	4	PA BvD
<i>cyclosporine modified</i>	4	PA BvD
<i>cyclosporine caps 100mg, 25mg</i>	4	PA BvD
ENBREL MINI	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL SURECLICK	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL INJ 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL INJ 25MG/0.5ML	5	QL(8.16 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENVARUS XR TB24 0.75MG, 1MG	4	PA BvD
ENVARUS XR TB24 4MG	5	PA BvD; NEDS
<i>everolimus tabs 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días); PA BvD; NEDS
GENGRAF SOLN	4	PA BvD
GENGRAF CAPS 100MG, 25MG	4	PA BvD
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJ 0, 80MG/0.8ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN INJ 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA INJ 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML, 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
JYLAMVO	5	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>	3	PA BvD

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>mycophenolate mofetil susr</i>	5	PA BvD; NEDS
<i>mycophenolic acid dr</i>	4	PA BvD
NULOJIX	5	NEDS
PEGASYS INJ 180MCG/0.5ML	5	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP-Optum Specialty
PROGRAF PACK	4	PA BvD
REZUROCK	5	PA; NEDS
<i>sirolimus tabs</i>	4	PA BvD
<i>sirolimus soln</i>	5	PA BvD; NEDS
<i>tacrolimus caps 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	4	PA BvD
TREXALL	4	
XATMEP	4	
Vacunas		
ABRYSVO	6	
ACTHIB INJ 0	6	
ADACEL	6	
AREXVY	6	
BCG VACCINE INJ 50MG	6	
BEXSERO	6	
BOOSTRIX	6	
DAPTACEL INJ 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	6	
DENGVAIXA	6	
DIPHTHERIA/TETANUS TOXOIDS ADSORBED PEDIATRIC	6	
ENGRIX-B	6	PA BvD
GARDASIL 9	6	
HAVRIX INJ 1440ELU/ML, 720ELU/0.5ML	6	
HEPLISAV-B	6	PA BvD
HIBERIX	6	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	6	
INFANRIX	6	
IPOL INACTIVATED IPV	6	
IXCHIQ	6	
IXIARO	6	
JYNNEOS	6	
KINRIX INJ 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	6	
M-M-R II	6	
MENACTRA	6	
MENQUADFI	6	
MENVEO	6	
MRESVIA	6	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PEDIARIX INJ 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	6	
PEDVAX HIB INJ 7.5MCG/0.5ML	6	
PENBRAYA	6	
PENMENVY	6	
PENTACEL	6	
PREHEVBRIQ	6	PA BvD
PRIORIX	6	
PROQUAD	6	
QUADRACEL	6	
RABAVERT	6	
RECOMBIVAX HB	6	PA BvD
ROTARIX	6	
ROTATEQ SOLN	6	
SHINGRIX	6	
STAMARIL	6	
TDVAX	6	
TENIVAC	6	
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	6	
TICOVAC	6	
TRUMENBA	6	
TWINRIX	6	
TYPHIM VI	6	
VAQTA	6	
VARIVAX	6	
VAXCHORA	6	
VIMKUNYA	6	
VIVOTIF	6	
YF-VAX	6	
Agentes oftálmicos		
<i>Agentes oftálmicos antialérgicos</i>		
ALOCRIL	4	
<i>azelastine hcl ophthalmic soln 0.05%</i>	2	
<i>bepotastine besilate</i>	4	
<i>cromolyn sodium soln 4%</i>	2	
<i>epinastine hcl</i>	4	
<i>olopatadine hydrochloride</i>	3	
<i>Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos</i>		
<i>betaxolol hcl</i>	4	
BETIMOL	4	
<i>carteolol hcl</i>	2	
<i>levobunolol hcl soln 0.5%</i>	3	
<i>timolol hemihydrate</i>	4	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	4	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>timolol maleate soln 0.25%, 0.5%</i>	1	
<i>timolol maleate soln 0.5%</i>	4	
Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros		
<i>acetazolamide</i>	2	
<i>acetazolamide er</i>	2	
ALPHAGAN P SOLN 0.1%	3	
<i>apraclonidine</i>	4	
<i>brimonidine tartrate soln 0.2%</i>	2	
<i>brimonidine tartrate soln 0.1%</i>	3	
<i>brimonidine tartrate soln 0.15%</i>	4	
<i>brinzolamide</i>	4	
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	2	
<i>methazolamide tabs</i>	4	
PHOSPHOLINE IODIDE SOLR 0.125%	3	
<i>pilocarpine hcl soln 1%, 2%, 4%</i>	3	
<i>pilocarpine hydrochloride soln 1%, 2%, 4%</i>	3	
RHOPRESSA	3	
Agentes oftálmicos, otros		
<i>atropine sulfate soln 1%</i>	4	
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	2	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	4	
<i>cyclopentolate hcl soln 2%</i>	2	
<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	2	
<i>cyclosporine emul 0.05%</i>	4	
CYSTARAN	5	NEDS
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	2	
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	4	
<i>neo-polycin</i>	3	
<i>neo-polycin hc</i>	3	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc oint 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone susp</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone oint</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone ophthalmic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	4	
<i>polycin</i>	2	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	2	
RESTASIS	3	
RESTASIS MULTIDOSE	3	
ROCKLATAN	3	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SIMBRINZA	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	2	
TOBRADEX ST	3	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	3	
XIIDRA	4	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin</i>	4	
BESIVANCE	4	
<i>ciprofloxacin hydrochloride soln 0.3%</i>	2	
<i>erythromycin oint 5mg/gm</i>	2	
<i>gatifloxacin</i>	4	
<i>gentak oint</i>	2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic soln 0.3%</i>	2	
<i>levofloxacin ophthalmic soln 0.5%, 1.5%</i>	3	
<i>moxifloxacin hydrochloride soln 0.5%</i>	2	
NATACYN	4	
<i>ofloxacin ophthalmic soln 0.3%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium oint 10%</i>	3	
<i>sulfacetamide sodium soln 10%</i>	3	
<i>tobramycin</i>	2	
<i>trifluridine</i>	4	
XDEMVI	5	PA; NEDS
ZIRGAN	4	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac</i>	4	
<i>bromfenac sodium soln 0.07%</i>	3	
<i>bromfenac sodium soln 0.075%</i>	4	
BROMSITE	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic soln 0.1%</i>	4	
<i>diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%</i>	2	
<i>difluprednate</i>	4	
FLAREX	3	
<i>fluorometholone</i>	4	
<i>flurbiprofen sodium</i>	4	
ILEVRO	3	
<i>ketorolac tromethamine</i>	2	
LOTEMAX OINT	4	
<i>loteprednol etabonate</i>	4	
<i>prednisolone acetate</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic soln 1%</i>	3	
PROLENSA	3	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>bimatoprost</i>	4	
<i>latanoprost soln</i>	2	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LUMIGAN	3	
<i>tafluprost</i>	4	
<i>travoprost</i>	4	
VYZULTA	4	
Agentes para la bipolaridad		
<i>Estabilizadores del estado de ánimo</i>		
<i>lithium</i>	2	
<i>lithium carbonate er</i>	2	
<i>lithium carbonate caps, tabs</i>	2	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
<i>Agentes para dejar de fumar</i>		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 150mg</i>	3	
NICOTROL INHALER	4	
NICOTROL NS	4	
TYRVAYA	4	
<i>varenicline starting month</i>	4	QL(53 EA por 28 días)
<i>varenicline tartrate tabs 1mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>varenicline tartrate tabs 0.5mg, 1mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>Agentes que revierten los opioides</i>		
<i>naloxone hcl inj 4mg/10ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride liqd</i>	3	QL(4 EA por 30 días)
<i>naloxone hydrochloride inj 0.4mg/ml, 4mg/10ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride inj 2mg/2ml</i>	3	
<i>naloxone hydrochloride inj 0.4mg/ml</i>	4	
OPVEE	3	QL(4 EA por 30 días)
<i>Dependencia de opioides</i>		
<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)
<i>Disuasivos del alcohol/disminución del deseo</i>		
<i>acamprosate calcium dr</i>	4	
<i>disulfiram tabs</i>	4	
<i>naltrexone hydrochloride tabs</i>	2	
VIVITROL	5	NEDS
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
<i>Agentes del tracto respiratorio, otros</i>		
<i>acetylcysteine soln</i>	4	PA BvD

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ANORO ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>benzonatate</i>	2	EC
BEVESPI AEROSPHERE	3	QL(10.7 GM por 30 días)
BREO ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)
BREYNA	4	QL(30.9 GM por 90 días)
BREZTRI AEROSPHERE	3	QL(32.1 GM por 90 días)
BRONCHITOL	5	NEDS
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL(24 GM por 90 días)
FASENRA PEN	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
FASENRA INJ 10MG/0.5ML	4	PA
FASENRA INJ 30MG/ML	5	PA; NEDS
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 500mcg/act; 50mcg/act</i>	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 113mcg/act; 14mcg/act, 232mcg/act; 14mcg/act, 55mcg/act; 14mcg/act</i>	3	QL(3 EA por 90 días)
<i>hydrocodone bitartrate/homatropine methylbromide tabs</i>	2	EC
<i>hydrocodone polistirex/chlorpheniramine polistirex</i>	2	EC
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	PA BvD
<i>promethazine vc/codeine</i>	2	EC
<i>promethazine/codeine soln</i>	2	EC
<i>promethazine/phenylephrine/codeine</i>	2	EC
STIOLTO RESPIMAT	3	QL(12 GM por 90 días)
TRELEGY ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>wixela inhub</i>	3	QL(180 EA por 90 días)
Agentes para fibrosis pulmonar		
OFEV	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>pirfenidone caps</i>	5	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 534mg</i>	5	QL(135 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 267mg</i>	5	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>pirfenidone tabs 801mg</i>	5	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes para fibrosis quística		
CAYSTON	5	PA; NEDS

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
KALYDECO TABS	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
KALYDECO PACK 13.4MG, 5.8MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
KALYDECO PACK 25MG, 50MG, 75MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORKAMBI TABS	5	QL(112 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORKAMBI PACK 94MG; 75MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
ORKAMBI PACK 125MG; 100MG, 188MG; 150MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PULMOZYME	5	PA BvD; NEDS; SP-Optum Specialty
TOBI PODHALER	5	NEDS; SP-Optum Specialty
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS	5	PA; NEDS
<i>alyq</i>	4	PA; SP-Optum Specialty
<i>ambrisentan</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bosentan tabs</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
OPSUMIT	5	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	5	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	5	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	5	PA; NEDS
ORENITRAM TBCR 0.125MG, 0.25MG, 1MG, 2.5MG	4	PA
ORENITRAM TBCR 5MG	5	PA; NEDS
<i>sildenafil citrate tabs 20mg</i>	3	PA; SP-Optum Specialty
<i>tadalafil tabs 20mg</i>	4	PA; SP-Optum Specialty
TRACLEER TBSO	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VENTAVIS	5	PA; NEDS
Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl nasal soln 0.15%</i>	2	QL(120 ML por 90 días)
<i>azelastine hydrochloride soln 0.1%</i>	2	QL(120 ML por 90 días)
<i>cyproheptadine hcl syrp</i>	4	
<i>cyproheptadine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>desloratadine</i>	3	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>diphenhydramine hydrochloride inj</i>	2	
<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	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
<i>budesonide susp 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	4	PA BvD
FLOVENT DISKUS AEPB 100MCG/BLIST	4	QL(180 EA por 90 días); ST
FLOVENT DISKUS AEPB 250MCG/BLIST	4	QL(720 EA por 90 días); ST
FLOVENT DISKUS AEPB 50MCG/BLIST	4	ST
<i>flunisolide soln 0.025%</i>	3	QL(150 ML por 90 días)
<i>fluticasone propionate diskus aepb 100mcg/act</i>	4	QL(180 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate diskus aepb 250mcg/act</i>	4	QL(720 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate diskus aepb 50mcg/act</i>	4	ST
<i>fluticasone propionate hfa aero 44mcg/act</i>	4	QL(63.6 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate hfa aero 110mcg/act, 220mcg/act</i>	4	QL(72 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate susp 50mcg/act</i>	1	QL(48 GM por 90 días)
<i>mometasone furoate susp 50mcg/act</i>	3	QL(102 GM por 90 días)
QVAR REDHALER	3	QL(63.6 GM por 90 días)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium chew, pack, tabs</i>	2	
<i>zafirlukast</i>	4	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
<i>atrovent hfa</i>	4	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>	3	QL(180 ML por 90 días)
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.06%</i>	3	QL(90 ML por 90 días)
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	5	NEDS
LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	5	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)
<i>albuterol sulfate nebu</i>	2	PA BvD

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>albuterol sulfate syrp, tabs</i>	4	
<i>arformoterol tartrate</i>	4	PA BvD
<i>epinephrine inj 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	3	QL(2 EA por 1 días)
<i>formoterol fumarate nebu</i>	4	PA BvD
<i>levalbuterol hcl nebu</i>	4	PA BvD
<i>levalbuterol hydrochloride nebu 0.63mg/3ml</i>	4	PA BvD
<i>levalbuterol nebu</i>	4	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>	3	PA BvD
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
<i>elixophyllin</i>	2	
<i>roflumilast</i>	4	
<i>theophylline er tb24</i>	3	
<i>theophylline er tb12</i>	4	
<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	
<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
<i>levocarnitine</i>	4	
NUTRILIPID	3	PA BvD
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO GEN 5	4	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	4	
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	4	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	4	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	4	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	4	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	4	
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	4	
<i>sodium chloride 0.9%</i>	3	
<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	
Agentes óticos		
<i>Agentes óticos</i>		
<i>acetic acid</i>	2	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	4	
<i>ciprofloxacin soln 0.2%</i>	4	
CORTISPORIN-TC	4	
<i>flac</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01%</i>	3	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	4	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	4	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone otic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	4	
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	2	
Analgésicos		
<i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i>		
<i>buprenorphine</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
<i>fentanyl pt72 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl er tb24 12mg, 16mg, 8mg</i>	4	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>	3	QL(1200 ML por 30 días)
<i>methadone hcl soln 10mg/5ml</i>	3	QL(600 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate er tbc</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride er</i>	4	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)

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>acetaminophen/codeine tabs 300mg; 15mg, 300mg; 30mg, 300mg; 60mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>butorphanol tartrate soln</i>	4	QL(7.5 ML por 30 días)
<i>codeine sulfate tabs 15mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>codeine sulfate tabs 30mg, 60mg</i>	4	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>	4	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen soln 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	2	QL(3600 ML por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 300mg; 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>	3	QL(1350 ML por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tabs 8mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tabs 2mg, 4mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate tabs</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate soln 100mg/5ml</i>	3	QL(180 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate soln 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	3	QL(900 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride soln</i>	2	QL(2400 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride caps</i>	3	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride conc</i>	4	QL(120 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 50mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tabs 100mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
Analgésicos		
JOURNAVX	4	QL(30 EA por 90 días)
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib caps 100mg, 200mg, 50mg</i>	2	
<i>celecoxib caps 400mg</i>	3	
<i>diclofenac epolamine</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>diclofenac potassium tabs 50mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium dr tbec 50mg, 75mg</i>	2	
<i>diclofenac sodium dr tbec 25mg</i>	4	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>diclofenac sodium er</i>	4	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	3	QL(960 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium external soln 1.5%</i>	4	
<i>diflunisal tabs 500mg</i>	4	
<i>ec-naproxen tbec 500mg</i>	4	
<i>etodolac er</i>	4	
<i>etodolac tabs</i>	2	
<i>etodolac caps</i>	3	
<i>flurbiprofen tabs 100mg</i>	3	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofen susp</i>	2	
<i>ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin caps 25mg, 50mg</i>	2	
<i>meloxicam tabs</i>	1	
<i>nabumetone tabs</i>	2	
<i>naproxen dr</i>	4	
<i>naproxen sodium cr tb24 375mg</i>	4	
<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	2	
<i>naproxen susp</i>	4	
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>naproxen tbec 500mg</i>	4	
<i>oxaprozin tabs</i>	2	
<i>piroxicam caps</i>	3	
<i>salsalate tabs</i>	2	
<i>sulindac tabs</i>	2	
Anestésicos		
<i>Anestésicos locales</i>		
<i>glydo</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<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>	3	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hydrochloride inj 1%, 2%</i>	2	
<i>lidocaine/prilocaine crea</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>lidocaine oint 5%</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
<i>lidocaine ptch 5%</i>	4	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>premium lidocaine</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
Ansiolíticos		
<i>Ansiolíticos, otros</i>		
<i>buspirone hcl tabs 15mg</i>	2	
<i>buspirone hydrochloride tabs 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	2	
<i>Benzodiazepinas</i>		

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>alprazolam</i>	2	
<i>alprazolam er</i>	3	
<i>clorazepate dipotassium tabs</i>	4	
<i>diazepam intensol</i>	3	
<i>diazepam tabs</i>	2	
<i>diazepam soln</i>	3	
<i>lorazepam intensol</i>	2	
<i>lorazepam tabs</i>	2	
<i>oxazepam</i>	4	
Antibacterianos		
<i>Aminoglicósidos</i>		
<i>amikacin sulfate inj 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	4	HI
ARIKAYCE	5	PA; NEDS
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride inj 1.2mg/ml; 0.9%, 1.6mg/ml; 0.9%, 1mg/ml; 0.9%, 2mg/ml; 0.9%</i>	4	HI
<i>gentamicin sulfate crea 0.1%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate inj 40mg/ml</i>	4	HI
<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	2	
<i>isotonic gentamicin inj 0.8mg/ml; 0.9%</i>	4	HI
<i>neomycin sulfate</i>	2	
<i>streptomycin sulfate inj 1gm</i>	5	NEDS
<i>tobramycin sulfate inj 1.2gm/30ml, 40mg/ml</i>	2	HI
<i>tobramycin sulfate inj 10mg/ml, 80mg/2ml</i>	4	HI
<i>Antibacterianos, otros</i>		
<i>aztreonam inj 1gm</i>	4	HI
<i>aztreonam inj 2gm</i>	5	NEDS; HI
<i>clindacin-p</i>	3	
<i>clindamycin hcl caps 300mg</i>	2	
<i>clindamycin hydrochloride caps 150mg, 75mg</i>	2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	4	
<i>clindamycin phosphate crea 2%</i>	4	
<i>clindamycin phosphate inj 9000mg/60ml</i>	2	HI
<i>clindamycin phosphate inj 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml</i>	4	HI
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	3	
<i>colistimethate sodium</i>	5	NEDS; HI
<i>daptomycin</i>	5	NEDS; HI
<i>daptomycin/sodium chloride</i>	4	HI
IMPAVIDO	5	NEDS
<i>linezolid tabs</i>	4	
<i>linezolid susr</i>	5	NEDS
<i>linezolid inj 600mg/300ml</i>	4	HI
<i>methenamine hippurate</i>	4	
<i>methenamine mandelate tabs 0.5gm, 1gm</i>	2	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>metronidazole vaginal</i>	3	
<i>metronidazole inj 500mg/100ml</i>	2	HI
<i>metronidazole tabs 250mg, 500mg</i>	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	4	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	2	
NUVESSA	4	
<i>tigecycline</i>	5	NEDS
<i>tinidazole</i>	4	
<i>trimethoprim tabs</i>	3	
<i>vancomycin hcl inj 0.9%; 1gm/200ml</i>	2	HI
<i>vancomycin hcl inj 100gm, 10gm</i>	4	HI
<i>vancomycin hydrochloride caps</i>	3	
<i>vancomycin hydrochloride inj 1.25gm, 1.5gm, 1.75gm, 1gm, 2gm, 500mg, 5gm, 750mg</i>	4	HI
<i>vancomycin inj 0.9%; 500mg/100ml, 0.9%; 750mg/150ml</i>	2	HI
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefaclor caps</i>	4	
<i>cefaclor susr 125mg/5ml, 375mg/5ml</i>	2	
<i>cefadroxil caps</i>	2	
<i>cefadroxil susr</i>	4	
<i>cefazolin sodium/dextrose inj 1gm; 4%, 2gm; 3%, 3gm; 2%</i>	2	HI
<i>cefazolin sodium inj 1gm/50ml; 4%, 1gm, 2gm</i>	2	HI
<i>cefazolin sodium inj 10gm, 500mg</i>	3	HI
<i>cefazolin sodium inj 1gm</i>	4	HI
<i>cefazolin/dextrose inj 3gm/150ml; 4%</i>	2	HI
<i>cefazolin inj 2gm/100ml; 4%, 2gm, 3gm</i>	2	HI
<i>cefdinir</i>	2	
<i>cefepime</i>	4	HI
<i>cefepime hydrochloride inj 2gm</i>	4	HI
<i>cefepime/dextrose</i>	4	HI
<i>cefixime</i>	4	
<i>cefotetan inj 1gm, 2gm</i>	4	HI
<i>cefoxitin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	HI
<i>cefpodoxime proxetil tabs</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil susr</i>	4	
<i>cefprozil tabs</i>	3	
<i>cefprozil susr 125mg/5ml</i>	3	
<i>cefprozil susr 250mg/5ml</i>	4	
<i>ceftazidime inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	4	HI
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	2	HI
<i>ceftriaxone sodium inj 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	4	HI
<i>ceftriaxone/dextrose inj 1gm; 3.74%</i>	2	HI
<i>cefuroxime axetil tabs</i>	2	
<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm, 750mg</i>	4	HI

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cephalexin caps 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cephalexin caps 750mg</i>	4	
<i>cephalexin susr, tabs</i>	3	
<i>tazicef inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	4	HI
TEFLARO	5	NEDS; HI
Betalactámico, penicilinas		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium susr, tabs</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium chew</i>	4	
<i>amoxicillin chew 125mg, 250mg</i>	2	
<i>amoxicillin caps, susr, tabs</i>	2	
<i>ampicillin sodium inj</i>	4	HI
<i>ampicillin-sulbactam inj 10gm; 5gm, 1gm; 0.5gm</i>	4	HI
<i>ampicillin/sulbactam inj 2gm; 1gm</i>	4	HI
<i>ampicillin caps 500mg</i>	2	
BICILLIN L-A INJ 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin sodium</i>	3	
<i>nafticillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	HI
<i>oxacillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	HI
<i>penicillin g potassium in iso-osmotic dextrose inj 0; 20000unit/ml</i>	2	HI
<i>penicillin g potassium inj 20000000unit, 5000000unit</i>	4	HI
<i>penicillin g sodium</i>	5	NEDS; HI
<i>penicillin v potassium</i>	2	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	4	HI
ZOSYN INJ 5%; 4GM/100ML; 0.5GM/100ML	3	HI
Carbapenemas		
<i>ertapenem sodium</i>	4	HI
<i>imipenem/cilastatin</i>	4	HI
<i>meropenem inj 500mg</i>	3	HI
<i>meropenem inj 1gm, 2gm</i>	4	HI
Macrólidos		
<i>azithromycin tabs</i>	2	
<i>azithromycin pack, susr</i>	3	
<i>azithromycin inj 500mg</i>	4	HI
<i>clarithromycin er</i>	3	
<i>clarithromycin tabs</i>	1	
<i>clarithromycin susr</i>	4	
DIFICID	5	NEDS
<i>erythromycin dr</i>	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate tabs</i>	4	
<i>fidaxomicin</i>	5	NEDS
Quinolonas		

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ciprofloxacin hcl tabs 100mg, 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tabs 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	4	HI
<i>ciprofloxacin susr 500mg/5ml, 5gm/100ml</i>	4	
<i>levofloxacin in d5w inj 5%; 250mg/50ml, 5%; 500mg/100ml</i>	3	HI
<i>levofloxacin in d5w inj 5%; 750mg/150ml</i>	4	HI
<i>levofloxacin oral soln 25mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin tabs 250mg, 500mg, 750mg</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	4	HI
<i>moxifloxacin hydrochloride tabs 400mg</i>	2	
Sulfonamidas		
<i>sulfacetamide sodium lotn 10%</i>	4	
<i>sulfadiazine tabs</i>	4	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tabs</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim susp</i>	3	
Tetraciclinas		
DOXY 100	3	HI
<i>doxycycline hyclate caps</i>	2	
<i>doxycycline hyclate inj</i>	3	HI
<i>doxycycline hyclate tabs 100mg, 20mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate tabs 150mg</i>	4	
<i>doxycycline monohydrate caps 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate tabs</i>	2	
<i>doxycycline susr</i>	4	
<i>minocycline hcl caps 75mg</i>	3	
<i>minocycline hcl tabs 100mg, 75mg</i>	4	
<i>minocycline hydrochloride caps 100mg, 50mg</i>	3	
<i>minocycline hydrochloride tabs 50mg</i>	4	
<i>mondoxylene nl caps 100mg</i>	2	
<i>tetracycline hydrochloride caps</i>	3	
VIBRAMYCIN SYRP	4	
Anticonvulsivos		
Agentes de modificación de los canales de calcio		
<i>ethosuximide soln</i>	3	
<i>ethosuximide caps</i>	4	
<i>methsuximide</i>	3	
Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)		
<i>clobazam susp</i>	3	
<i>clobazam tabs</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonazepam odt</i>	3	
<i>clonazepam tabs</i>	1	
DIACOMIT	5	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>diazepam rectal gel</i>	4	
<i>divalproex sodium dr tbec</i>	2	
<i>divalproex sodium dr csdr</i>	3	
<i>divalproex sodium er</i>	3	
<i>gabapentin caps</i>	2	
<i>gabapentin soln</i>	4	
<i>gabapentin tabs 600mg, 800mg</i>	2	
LIBERVANT	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elix 20mg/5ml</i>	3	
<i>phenobarbital tabs 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	2	
<i>pregabalin caps</i>	2	
<i>pregabalin soln</i>	4	
<i>primidone tabs</i>	2	
SYMPAZAN FILM 5MG	4	
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	5	NEDS
<i>tiagabine hydrochloride</i>	4	
VALTOCO 10 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 15 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 20 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 5 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>vigabatrin</i>	5	NEDS
<i>vigadrone</i>	5	NEDS
VIGAFYDE	5	PA NSO; NEDS
<i>vigpoder</i>	5	NEDS
ZTALMY	5	PA NSO; NEDS
Agentes para los canales de sodio		
APTiom	4	
<i>carbamazepine er</i>	4	
<i>carbamazepine chew 100mg</i>	3	
<i>carbamazepine tabs</i>	3	
<i>carbamazepine susp</i>	4	
<i>epitol</i>	3	
<i>eslicarbazepine acetate</i>	4	
<i>lacosamide tabs</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>lacosamide inj, oral soln</i>	4	
<i>oxcarbazepine tabs</i>	3	
<i>oxcarbazepine susp</i>	4	
<i>phenytek</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended</i>	2	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>phenytoin chew, susp</i>	2	
<i>rufinamide susp</i>	5	NEDS
<i>rufinamide tabs 200mg</i>	4	
<i>rufinamide tabs 400mg</i>	5	NEDS
XCOPRI TABS	5	NEDS
XCOPRI TBPk 0	4	
XCOPRI TBPk 0	5	NEDS
ZONISADE	4	
<i>zonisamide</i>	2	
Anticonvulsivos, otros		
BRIVIACT SOLN, TABS	5	NEDS
EPIDIOLEX	5	PA NSO; NEDS
EPRONTIA	4	
<i>felbamate</i>	4	
FINTEPLA	5	PA NSO; NEDS
FYCOMPA	4	
<i>lamotrigine er</i>	4	
<i>lamotrigine odt</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	4	
<i>lamotrigine tabs</i>	2	
<i>lamotrigine chew</i>	3	
<i>levetiracetam er</i>	4	
<i>levetiracetam inj</i>	2	
<i>levetiracetam oral soln, tabs</i>	3	
<i>levetiracetam tb3d</i>	4	
NAYZILAM	4	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
<i>perampanel</i>	4	
<i>roweepra tabs 500mg</i>	3	
SPRITAM	4	
<i>subvenite</i>	2	
<i>subvenite starter kit/blue</i>	4	
<i>subvenite starter kit/green</i>	4	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	4	
<i>topiramate tabs</i>	2	
<i>topiramate csp, soln</i>	4	
<i>valproic acid</i>	2	
Antidepresivos		
Antidepresivos, otros		
AUVELITY	4	
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 100mg, 150mg, 200mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tb24 150mg, 300mg</i>	2	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>bupropion hydrochloride tabs</i>	2	
<i>mirtazapine odt</i>	3	
<i>mirtazapine tabs</i>	2	
ZURZUVAE CAPS 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
ZURZUVAE CAPS 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
Inhibidores de la monoaminoxidasa		
EMSAM	5	ST NSO; NEDS
MARPLAN	4	
<i>phenelzine sulfate</i>	3	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	4	
Tricíclicos		
<i>amitriptyline hcl tabs 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	2	
<i>amitriptyline hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	
<i>amoxapine</i>	3	
<i>clomipramine hydrochloride</i>	3	
<i>desipramine hydrochloride</i>	4	
<i>doxepin hcl caps 75mg</i>	3	
<i>doxepin hcl conc</i>	2	
<i>doxepin hydrochloride caps 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>imipramine hcl tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>imipramine hydrochloride tabs 10mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl caps 25mg, 75mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl soln</i>	4	
<i>nortriptyline hydrochloride caps 10mg, 50mg</i>	2	
<i>protriptyline hcl</i>	4	
<i>trimipramine maleate caps</i>	4	
Antidepressants		
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hydrobromide tabs</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide soln</i>	4	
<i>desvenlafaxine er</i>	3	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20MG, 60MG	4	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 30MG, 40MG	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr cpep 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr cpep 30mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr cpep 40mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate tabs</i>	2	
<i>escitalopram oxalate soln</i>	4	
FETZIMA	4	ST NSO

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
FETZIMA TITRATION PACK	4	ST NSO
<i>fluoxetine dr</i>	4	
<i>fluoxetine hydrochloride caps</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride soln</i>	4	
<i>fluvoxamine maleate</i>	3	
<i>nefazodone hydrochloride</i>	4	
<i>paroxetine hcl</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride susp</i>	4	
RALDESY	5	NEDS
<i>sertraline hcl tabs</i>	1	
<i>sertraline hcl conc</i>	3	
<i>sertraline hydrochloride</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride</i>	2	
TRINTELLIX	4	
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	3	
VIIBRYD STARTER PACK	4	
<i>vilazodone hydrochloride</i>	4	
Antieméticos		
Adyuvantes para terapia emetogénica		
<i>aprepitant caps 0, 40mg, 80mg</i>	4	PA BvD
<i>aprepitant caps 125mg</i>	5	PA BvD; NEDS
<i>dronabinol</i>	4	PA BvD
<i>granisetron hydrochloride tabs</i>	3	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		
<i>meclizine hcl tabs</i>	4	
<i>prochlorperazine edisylate inj 10mg/2ml</i>	2	
<i>prochlorperazine maleate tabs</i>	2	
<i>prochlorperazine supp 25mg</i>	4	
<i>promethazine hcl inj</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>scopolamine</i>	4	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
<i>dapsone tabs</i>	3	
<i>rifabutin</i>	4	
Antituberculosos		
<i>ethambutol hydrochloride</i>	3	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>isoniazid tabs</i>	1	
<i>isoniazid syrp</i>	4	
PRIFTIN	4	
<i>pyrazinamide tabs</i>	4	
<i>rifampin caps, inj</i>	4	
SIRTURO	5	PA; NEDS
TRECATOR	4	
Antimicóticos		
<i>Antimicóticos</i>		
ABELCET	4	PA
<i>amphotericin b</i>	4	PA
<i>amphotericin b liposome</i>	5	PA; NEDS
<i>clotrimazole crea</i>	2	
<i>clotrimazole soln, troc</i>	3	
<i>econazole nitrate</i>	2	
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	4	
<i>fluconazole tabs</i>	2	
<i>fluconazole susr</i>	4	
<i>flucytosine</i>	5	NEDS
<i>griseofulvin microsize</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	4	
<i>itraconazole</i>	3	
<i>ketoconazole sham, tabs</i>	2	
<i>ketoconazole crea</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>klayesta</i>	2	
<i>micafungin</i>	4	
<i>miconazole 3</i>	3	
<i>naftifine hydrochloride</i>	4	
<i>nyamyc</i>	2	
<i>nystatin crea, oint, powd, susp</i>	2	
<i>nystatin tabs</i>	3	
<i>nystop</i>	2	
<i>posaconazole</i>	5	NEDS
<i>posaconazole dr</i>	5	NEDS
<i>terbinafine hcl</i>	2	QL(42 EA por 42 días)
<i>terconazole crea</i>	3	
<i>terconazole supp</i>	4	
<i>voriconazole tabs</i>	4	
<i>voriconazole susr</i>	5	NEDS
<i>voriconazole inj</i>	5	PA; NEDS
Antineoplásicos		
<i>Agentes alquilantes</i>		
<i>cyclophosphamide tabs</i>	3	PA BvD

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cyclophosphamide caps</i>	4	PA BvD; SP-Optum Specialty
GLEOSTINE CAPS 100MG, 10MG, 40MG	4	
LEUKERAN	5	NEDS
MATULANE	5	NEDS
VALCHLOR	5	NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiangiogénicos		
<i>lenalidomide caps 2.5mg, 20mg</i>	5	PA NSO; NEDS
<i>lenalidomide caps 10mg, 15mg, 25mg, 5mg</i>	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
POMALYST	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
REVLIMID	5	PA NSO; NEDS
THALOMID	5	NEDS; SP-Optum Specialty
Antiandrogénicos		
<i>abiraterone acetate</i>	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ABIRTEGA	4	PA NSO
<i>bicalutamide</i>	2	
ERLEADA TABS 240MG	5	PA NSO; NEDS
ERLEADA TABS 60MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
EULEXIN	4	
<i>flutamide</i>	2	
<i>nilutamide</i>	5	NEDS
NUBEQA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XTANDI	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco		
DARZALEX	5	NEDS
OPDIVO	5	NEDS
YERVOY	5	NEDS
Antiestrógenos/modificadores		
EMCYT	5	NEDS
ORSERDU	5	PA NSO; NEDS
SOLTAMOX	5	NEDS
<i>tamoxifen citrate tabs</i>	3	
<i>toremifene citrate</i>	5	NEDS
Antimetabolitos		
DROXIA	3	
<i>hydroxyurea caps</i>	3	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>mercaptopurine tabs</i>	4	
<i>mercaptopurine susp</i>	5	NEDS
PURIXAN	5	NEDS
TABLOID	4	SP-Optum Specialty
<i>Antineoplásicos, otros</i>		
AKEEGA	5	PA NSO; NEDS
<i>bortezomib inj 1mg, 2.5mg</i>	4	
<i>bortezomib inj 3.5mg/1.4ml, 3.5mg</i>	5	NEDS
<i>boruzu</i>	4	
<i>docetaxel inj 160mg/8ml, 20mg/ml, 80mg/4ml</i>	4	
IBRANCE TABS 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INREBIC	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ITOVEBI TABS 9MG	5	PA NSO; NEDS
ITOVEBI TABS 3MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
IWILFIN	5	PA NSO; NEDS
KISQALI FEMARA 200 DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KISQALI FEMARA 400 DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KISQALI FEMARA 600 DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LAZCLUZE TABS 240MG	5	PA NSO; NEDS
LAZCLUZE TABS 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>leucovorin calcium tabs</i>	2	
LONSURF	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYSODREN	5	NEDS
OGSIVEO	5	PA NSO; NEDS
OJEMDA	5	PA NSO; NEDS
ONUREG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>paclitaxel inj 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml, 30mg/5ml</i>	2	
REVUFORJ	5	PA NSO; NEDS
SYNRIBO	5	NEDS
TRUSELTIQ	5	PA NSO; NEDS
VONJO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZOLINZA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Complementos del tratamiento		
<i>mesna tabs</i>	5	NEDS
MESNEX TABS	5	NEDS
VORANIGO TABS 40MG	5	PA NSO; NEDS
VORANIGO TABS 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
Inhibidores de enzimas		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	5	PA NSO; NEDS
KYPROLIS	5	NEDS
Inhibidores de la aromatasa, tercera generación		
<i>anastrozole tabs</i>	3	
<i>exemestane</i>	4	
<i>letrozole</i>	3	
Inhibidores moleculares dirigidos		
ALECENSA	5	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
ALUNBRIG	5	PA NSO; NEDS
AUGTYRO	5	PA NSO; NEDS
AYVAKIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BALVERSA	5	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPS 50MG	5	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPS 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BOSULIF TABS 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
BOSULIF TABS 400MG, 500MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
BRAFTOVI CAPS 75MG	5	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
BRUKINSA	5	PA NSO; NEDS
CABOMETYX	5	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
CALQUENCE TABS	5	PA NSO; NEDS
CALQUENCE CAPS	5	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
CAPRELSA TABS 300MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
CAPRELSA TABS 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
COMETRIQ	5	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
COPIKTRA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
COTELLIC	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
DANZITEN	5	PA NSO; NEDS
<i>dasatinib</i>	5	PA NSO; NEDS
DAURISMO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ERIVEDGE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>erlotinib hydrochloride tabs 150mg, 25mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); NEDS; SP-Optum Specialty
<i>erlotinib hydrochloride tabs 100mg</i>	5	QL(90 EA por 30 días); NEDS; SP-Optum Specialty
<i>everolimus tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>everolimus tbso 2mg, 3mg, 5mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
EXKIVITY	5	PA NSO; NEDS
FOTIVDA	5	PA NSO; NEDS
FRUZAQLA	5	PA NSO; NEDS
GAVRETO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>gefitinib</i>	5	PA NSO; NEDS
GILOTRIF	5	PA NSO; NEDS
GOMEKLI	5	PA NSO; NEDS
IBRANCE CAPS 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ICLUSIG	5	PA NSO; NEDS
IDHIFA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>imatinib mesylate tabs</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
IMBRUVICA SUSP	5	PA NSO; NEDS
IMBRUVICA CAPS, TABS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
IMKELDI	5	PA NSO; NEDS
INLYTA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
INQOVI	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
JAKAFI	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
JAYPIRCA	5	PA NSO; NEDS
KISQALI	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KOSELUGO	5	PA NSO; NEDS
KRAZATI	5	PA NSO; NEDS
<i>lapatinib ditosylate</i>	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LORBRENA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LUMAKRAS TABS 240MG, 320MG	5	PA NSO; NEDS
LUMAKRAS TABS 120MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYNPARZA TABS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYTGOBI	5	PA NSO; NEDS
MEKINIST SOLR	5	PA NSO; NEDS
MEKINIST TABS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
MEKTOVI	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
NERLYNX	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>nilotinib hydrochloride</i>	5	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NINLARO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ODOMZO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
OJJAARA	5	PA NSO; NEDS
<i>pazopanib hydrochloride</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
PEMAZYRE	5	PA NSO; NEDS
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
QINLOCK	5	PA NSO; NEDS
RETEVMO CAPS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RETEVMO TABS 120MG, 160MG	5	PA NSO; NEDS
RETEVMO TABS 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
RETEVMO TABS 40MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
REZLIDHIA	5	PA NSO; NEDS
ROMVIMZA	5	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK PACK	5	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK CAPS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RUBRACA	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RYDAPT	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
SCEMBLIX TABS 20MG, 40MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
SCEMBLIX TABS 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib</i>	5	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib tosylate</i>	5	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
SPRYCEL	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
STIVARGA	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>sunitinib malate</i>	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TABRECTA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAFINLAR TBSO	5	PA NSO; NEDS
TAFINLAR CAPS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAGRISSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TALZENNA CAPS 0.1MG, 0.35MG	5	PA NSO; NEDS
TALZENNA CAPS 0.25MG, 0.5MG, 0.75MG, 1MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TASIGNA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAZVERIK	5	PA NSO; NEDS
TEPMETKO	5	PA NSO; NEDS
TIBSOVO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TRUQAP	5	PA NSO; NEDS
TUKYSA	5	PA NSO; NEDS
TURALIO	5	PA NSO; NEDS
VANFLYTA	5	PA NSO; NEDS
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 10MG, 50MG	3	PA NSO; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 100MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VERZENIO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VITRAKVI	5	PA NSO; NEDS
VIZIMPRO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XALKORI CPSP	5	PA NSO; NEDS
XALKORI CAPS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XOSPATA	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO; NEDS
ZEJULA TABS	5	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZEJULA CAPS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZELBORAF	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZYDELIG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZYKADIA TABS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
Retinoides		
<i>bexarotene caps</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bexarotene gel</i>	5	PA NSO; NEDS
PANRETIN	5	NEDS
<i>tretinoin caps 10mg</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole tabs</i>	4	
<i>ivermectin tabs</i>	3	
<i>praziquantel tabs</i>	3	
Antiprotozoico		
<i>atovaquone</i>	4	
<i>atovaquone/proguanil hcl tabs 62.5mg; 25mg</i>	4	
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	4	
<i>chloroquine phosphate tabs 250mg</i>	3	
<i>chloroquine phosphate tabs 500mg</i>	4	
COARTEM	4	QL(24 EA por 3 días)
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 200mg</i>	2	
<i>mefloquine hydrochloride</i>	3	
<i>nitazoxanide</i>	4	
<i>pentamidine isethionate inj</i>	4	
<i>pentamidine isethionate inhalation solr</i>	4	PA BvD
<i>primaquine phosphate tabs</i>	4	
<i>pyrimethamine tabs</i>	5	NEDS
<i>quinine sulfate caps 324mg</i>	4	PA
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		
<i>chlorpromazine hcl tabs</i>	4	
<i>chlorpromazine hydrochloride conc, tabs</i>	4	
<i>fluphenazine decanoate inj</i>	4	
<i>fluphenazine hcl conc</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride</i>	4	
<i>haloperidol decanoate inj</i>	3	
<i>haloperidol lactate</i>	4	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>haloperidol conc, tabs</i>	2	
<i>loxapine</i>	3	
<i>molindone hydrochloride</i>	3	
<i>perphenazine tabs</i>	3	
<i>pimozide</i>	4	
<i>thioridazine hydrochloride</i>	3	
<i>thiothixene caps 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hcl tabs 10mg, 2mg, 5mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hydrochloride tabs 1mg</i>	4	
Resistente al tratamiento		
<i>clozapine odt</i>	4	
<i>clozapine tabs 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	3	
VERSACLOZ	5	NEDS
Segunda generación/atípico		
ABILIFY ASIMTUFII	5	NEDS
ABILIFY MAINTENA	5	NEDS
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT TBPk 10MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
ABILIFY MYCITE STARTER KIT TBPk 15MG, 20MG, 2MG, 30MG, 5MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>aripiprazole odt</i>	4	
<i>aripiprazole tabs</i>	2	
<i>aripiprazole soln</i>	3	
ARISTADA	5	NEDS
ARISTADA INITIO	5	NEDS
<i>asenapine maleate sl</i>	4	ST NSO
CAPLYTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
FANAPT	5	ST NSO; NEDS
FANAPT TITRATION PACK A	4	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK B	4	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK C	4	ST NSO
INVEGA HAFYERA	5	NEDS
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	4	
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	5	NEDS
INVEGA TRINZA	5	NEDS
<i>lurasidone hydrochloride tabs 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tabs 80mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI	5	PA NSO; NEDS
NUPLAZID CAPS	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
NUPLAZID TABS 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>olanzapine odt</i>	3	
<i>olanzapine tabs</i>	2	
<i>olanzapine inj</i>	3	
OPIPZA	5	PA NSO; NEDS
<i>paliperidone er</i>	4	
PERSERIS	5	NEDS
<i>quetiapine fumarate tabs 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg</i>	2	
<i>quetiapine fumarate tabs 25mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
REXULTI	5	NEDS
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG, 25MG	4	
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG, 50MG	5	NEDS
<i>risperidone er inj 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>risperidone er inj 37.5mg, 50mg</i>	5	NEDS
<i>risperidone odt</i>	3	
<i>risperidone tabs</i>	1	
<i>risperidone soln</i>	3	
SECUADO	5	NEDS
VRAYLAR CPPK	4	
VRAYLAR CAPS	5	NEDS
<i>ziprasidone hcl</i>	3	
<i>ziprasidone mesylate</i>	3	
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	3	
ZYPREXA RELPREVV INJ 300MG, 405MG	5	NEDS
Antivírico		
<i>Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)</i>		
APTIVUS CAPS	5	NEDS
<i>atazanavir</i>	4	
<i>atazanavir sulfate caps 300mg</i>	4	
<i>darunavir</i>	5	NEDS
EVOTAZ	5	NEDS
<i>fosamprenavir calcium</i>	5	NEDS
KALETRA SOLN	4	
LEXIVA SUSP	3	
<i>lopinavir/ritonavir</i>	4	
NORVIR SOLN	3	
NORVIR PACK	4	
PREZCOBIX TABS 150MG; 800MG	5	NEDS
PREZISTA SUSP	5	NEDS
PREZISTA TABS 75MG	4	
PREZISTA TABS 150MG	5	NEDS
REYATAZ PACK	5	NEDS
<i>ritonavir</i>	3	
SYMTUZA	5	NEDS

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VIRACEPT TABS 250MG	3	
VIRACEPT TABS 625MG	5	NEDS
Agentes anti-VIH, otros		
FUZEON	5	NEDS
<i>maraviroc tabs 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); NEDS
<i>maraviroc tabs 150mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días); NEDS
RUKOBIA	5	NEDS
SELZENTRY SOLN	3	QL(1800 ML por 30 días)
SELZENTRY TABS 25MG	4	
SELZENTRY TABS 75MG	5	NEDS
SUNLENCA TBPk	5	NEDS
SUNLENCA TABS	5	QL(24 EA por 168 días); NEDS
TYBOST	3	
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
<i>cidofovir</i>	5	NEDS
LIVTENCITY	5	PA; NEDS
PREVYMIS TABS	5	PA; NEDS
PREVYMIS PACK 20MG	4	PA
PREVYMIS PACK 120MG	5	PA; NEDS
<i>valganciclovir</i>	3	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	5	NEDS
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl caps, soln, tabs</i>	3	
<i>oseltamivir phosphate caps, susr</i>	3	
RELENZA DISKHALER	3	
<i>rimantadine hydrochloride</i>	4	
XOFLUZA TBPk 40MG, 80MG	3	QL(1 EA por 7 días)
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>ribavirin caps</i>	3	SP-Optum Specialty
<i>ribavirin tabs 200mg</i>	3	SP-Optum Specialty
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	5	PA; NEDS
VOSEVI	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiherpéticos		
<i>acyclovir sodium inj 50mg/ml</i>	4	PA
<i>acyclovir caps, tabs</i>	2	
<i>acyclovir susp</i>	4	
<i>famciclovir tabs</i>	3	
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	2	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY	5	NEDS
DOVATO	5	NEDS
GENVOYA	5	NEDS
ISENTRESS HD	5	QL(60 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS PACK	4	
ISENTRESS TABS	5	QL(120 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS CHEW 25MG	3	QL(720 EA por 30 días)
ISENTRESS CHEW 100MG	5	QL(180 EA por 30 días); NEDS
JULUCA	5	NEDS
STRIBILD	5	NEDS
TIVICAY PD	4	
TIVICAY TABS 10MG	3	
TIVICAY TABS 25MG, 50MG	5	NEDS
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
COMPLERA	5	NEDS
DELSTRIGO	5	NEDS
EDURANT	5	NEDS
EDURANT PED	5	NEDS
<i>efavirenz</i>	4	
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	3	NEDS
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	NEDS
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	NEDS
<i>etravirine</i>	5	NEDS
INTELENCE TABS 25MG	3	
<i>nevirapine er tb24 100mg</i>	2	
<i>nevirapine er tb24 400mg</i>	4	
<i>nevirapine tabs</i>	2	
<i>nevirapine susp</i>	4	
PIFELTRO	5	NEDS
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	4	
<i>abacavir tabs</i>	3	
<i>abacavir soln</i>	4	
CIMDUO	5	NEDS
DESCOVY	5	NEDS
<i>emtricitabine</i>	4	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	5	NEDS

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg; 300mg</i>	4	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg; 150mg, 133mg; 200mg</i>	5	NEDS
EMTRIVA SOLN	4	
<i>lamivudine/zidovudine</i>	4	
<i>lamivudine soln 10mg/ml</i>	4	
<i>lamivudine tabs 150mg, 300mg</i>	3	
ODEFSEY	5	NEDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	
TRIUMEQ	5	NEDS
TRIUMEQ PD	4	
TRIZIVIR	5	NEDS
VIREAD POWD	5	NEDS
VIREAD TABS 150MG, 200MG, 250MG	5	NEDS
<i>zidovudine</i>	3	
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil</i>	4	
<i>entecavir</i>	4	
<i>lamivudine tabs 100mg</i>	3	
VEMLIDY	5	NEDS
Antivirales, agentes de coronavirus		
LAGEVRIO	3	QL(40 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK 150MG; 100MG	3	QL(11 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK 150MG; 100MG	3	QL(20 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK 300MG; 100MG	3	QL(30 EA por 5 días)
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Aglutinantes de potasio		
LOKELMA	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powd</i>	3	
<i>sps</i>	4	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET	5	NEDS
<i>deferasirox pack</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tabs 90mg</i>	3	SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tabs 180mg, 360mg</i>	4	SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tbso 125mg</i>	4	SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tbso 250mg, 500mg</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>penicillamine tabs</i>	5	NEDS
<i>trientine hydrochloride</i>	5	NEDS
Quelantes de fosfato		
<i>calcium acetate caps</i>	4	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>calcium acetate tabs 667mg</i>	3	
<i>sevelamer carbonate</i>	4	
VELPHORO	5	NEDS
Reemplazo de electrolitos/minerales		
AMINOSYN II INJ 107.6MEQ/L; 1490MG/100ML; 1527MG/100ML; 1050MG/100ML; 1107MG/100ML; 750MG/100ML; 450MG/100ML; 990MG/100ML; 1500MG/100ML; 1575MG/100ML; 258MG/100ML; 405MG/100ML; 447MG/100ML; 1083MG/100ML; 795MG/100ML; 50MEQ/L; 600MG/100ML; 300MG/100ML; 750MG/100ML	3	PA BvD
AMINOSYN-PF 7% INJ 32.5MEQ/L; 490MG/100ML; 861MG/100ML; 370MG/100ML; 576MG/100ML; 270MG/100ML; 220MG/100ML; 534MG/100ML; 831MG/100ML; 475MG/100ML; 125MG/100ML; 300MG/100ML; 570MG/100ML; 347MG/100ML; 50MG/100ML; 360MG/100ML; 125MG/100ML; 44MG/100ML; 452MG/100ML	3	PA BvD
<i>carglumic acid</i>	5	PA; NEDS
CLINIMIX 6/5	3	PA BvD
CLINIMIX 8/10	3	PA BvD
CLINIMIX E 8/10	3	PA BvD
<i>dextrose 10%</i>	2	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	2	
<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>	1	
<i>glucose (dextrose) 50%</i>	2	
<i>glucose (dextrose) 70%</i>	2	
<i>k-prime</i>	1	
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 10meq/l; 0.45%</i>	4	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	4	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 20meq/l; 0.45%</i>	4	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 20meq/l; 0.9%</i>	4	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 40meq/l; 0.45%</i>	4	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	4	
<i>klor-con</i>	3	
<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	
<i>lactated ringers inj 3meq/l; 109meq/l; 28meq/l; 4meq/l; 130meq/l</i>	2	
<i>magnesium sulfate inj 50%</i>	4	
PLENAMINE	3	PA BvD
<i>potassium chloride er tbc</i>	2	
<i>potassium chloride er cpcr</i>	3	
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride inj 5%; 20meq/l; 0.225%</i>	2	
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride inj 5%; 10meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.9%, 5%; 30meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	4	
<i>potassium chloride pack, oral soln</i>	3	
<i>potassium chloride inj 10meq/50ml, 20meq/50ml</i>	2	
<i>potassium chloride inj 2meq/ml</i>	4	
<i>potassium citrate er</i>	4	
PREMASOL INJ 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	3	PA BvD
PROSOL	3	PA BvD
<i>sodium chloride 0.45% inj</i>	2	
<i>sodium chloride inj 0.9%, 3%, 5%</i>	2	
<i>sodium chloride inj 0.9%, 2.5meq/ml, 4meq/ml</i>	4	
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

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TROPHAMINE INJ 0.54GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.32GM/100ML; 0; 0; 0.5GM/100ML; 0.36GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.82GM/100ML; 1.4GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.34GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.68GM/100ML; 0.38GM/100ML; 5MEQ/L; 0.025GM/100ML; 0.42GM/100ML; 0.2GM/100ML; 0.24GM/100ML; 0.78GM/100ML	3	PA BvD
Vitaminas		
<i>cyanocobalamin inj 1000mcg/ml</i>	2	EC
<i>folic acid tabs 1mg</i>	1	EC
<i>prenatal tabs 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	2	
<i>vitamin d caps 1.25mg</i>	1	EC
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		
<i>aminocaproic acid inj, oral soln</i>	2	
<i>aminocaproic acid tabs 500mg</i>	2	
<i>tranexamic acid tabs</i>	3	
Agentes modificadores de plaquetas		
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	4	
BRILINTA	3	
CABLIVI	5	NEDS
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel</i>	1	
DOPTELET	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>prasugrel hydrochloride</i>	3	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate</i>	4	
ELIQUIS	3	
ELIQUIS STARTER PACK	3	
<i>enoxaparin sodium inj 300mg/3ml</i>	3	
<i>enoxaparin sodium inj 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml, 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium inj 2.5mg/0.5ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium inj 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	5	NEDS
FRAGMIN INJ 10000UNIT/4ML, 2500UNIT/0.2ML, 5000UNIT/0.2ML	4	
FRAGMIN INJ 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNIT/0.72ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	5	NEDS
<i>heparin sodium/d5w inj 5%; 40unit/ml</i>	2	
<i>heparin sodium inj 10000unit/ml, 1000unit/ml, 20000unit/ml, 5000unit/0.5ml, 5000unit/ml</i>	3	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>jantoven</i>	1	
<i>rivaroxaban susr</i>	3	
<i>warfarin sodium tabs</i>	1	
XARELTO STARTER PACK	3	
XARELTO TABS	3	
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	3	
<i>eltrombopag olamine</i>	5	PA; NEDS
MOZOBIL	5	NEDS
NEULASTA	5	NEDS; SP-Optum Specialty
NEULASTA ONPRO KIT	5	NEDS
<i>plerixafor</i>	5	NEDS
PROCRT INJ 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	SP-Optum Specialty
PROCRT INJ 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
PROMACTA	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
UDENYCA ONBODY	5	NEDS
UDENYCA INJ 6MG/0.6ML	5	NEDS
UDENYCA INJ 6MG/0.6ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
ZARXIO	5	NEDS; SP-Optum Specialty
Reguladores de la glucemia		
Agentes antidiabéticos		
<i>acarbose tabs</i>	1	
<i>glimepiride tabs 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
<i>glipizide er</i>	1	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glipizide tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>glyburide micronized</i>	1	
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glyburide tabs 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
GLYXAMBI	3	
JANUMET	3	
JANUMET XR	3	
JANUVIA	3	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
JENTADUETO	3	
JENTADUETO XR	3	
<i>metformin hydrochloride er tb24 500mg, 750mg</i>	1	
<i>metformin hydrochloride soln</i>	1	
<i>metformin hydrochloride tabs 1000mg, 500mg, 850mg</i>	1	
<i>miglitol</i>	1	
MOUNJARO	3	PA
<i>nateglinide</i>	1	
OZEMPIC	3	PA
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	1	
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	1	
<i>pioglitazone hcl tabs 45mg</i>	1	
<i>pioglitazone hydrochloride tabs 15mg, 30mg</i>	1	
<i>repaglinide</i>	1	
RYBELSUS	3	PA
<i>saxagliptin hydrochloride</i>	1	
<i>saxagliptin hydrochloride/metformin hydrochloride er</i>	1	
SYMLINPEN 120	5	NEDS
SYMLINPEN 60	5	NEDS
SYNJARDY	3	
SYNJARDY XR	3	
TRADJENTA	3	
TRULICITY	3	PA
XIGDUO XR	3	
Agentes antidiabéticos		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
<i>diazoxide susp</i>	4	
GLUCAGEN HYPOKIT	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	3	
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	

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HUMULIN 70/30	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	
HUMULIN N	3	
HUMULIN N KWIKPEN	3	
HUMULIN R	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	
<i>insulin lispro</i>	3	
<i>insulin lispro junior kwikpen</i>	3	
<i>insulin lispro kwikpen</i>	3	
<i>insulin lispro protamine/insulin lispro kwikpen</i>	3	
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH	3	
<i>novolin 70/30</i>	3	
<i>novolin 70/30 flexpen</i>	3	
<i>novolin n</i>	3	
<i>novolin n flexpen</i>	3	
<i>novolin r</i>	3	
<i>novolin r flexpen</i>	3	
<i>novolog</i>	3	
<i>novolog flexpen</i>	3	
<i>novolog mix 70/30</i>	3	
<i>novolog mix 70/30 prefilled flexpen</i>	3	
<i>novolog penfill</i>	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>	3	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
<i>betaine anhydrous</i>	5	NEDS
CHOLBAM	5	PA; NEDS
CREON	3	
<i>cromolyn sodium conc 100mg/5ml</i>	4	
CYSTAGON	4	
<i>dichlorphenamide</i>	5	PA; NEDS
ENDARI	5	NEDS
<i>l-glutamine</i>	5	NEDS

ID de formulario: 25502, 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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>miglustat</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>nitisinone caps 20mg</i>	5	PA; NEDS
<i>nitisinone caps 10mg, 2mg, 5mg</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PROLASTIN-C	5	PA; NEDS
PYRUKYND	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PYRUKYND TAPER PACK	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
REVCovi	5	NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>sodium phenylbutyrate</i>	5	NEDS
SUCRAID	5	NEDS
WELIREG	5	PA NSO; NEDS
<i>yargesa</i>	5	PA; NEDS
ZENPEP	3	

ID de formulario: 25502, 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.

Índice de Drogas

Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	58
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	58
ABELCET	46
<i>abigale</i>	18
<i>abigale lo</i>	18
ABILIFY ASIMTUFII	55
ABILIFY MAINTENA	55
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	55
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	55
<i>abiraterone acetate</i>	47
ABIRTEGA	47
ABRYSVO	26
<i>acamprosate calcium dr</i>	30
<i>acarbose</i>	63
<i>accutane</i>	13
<i>acebutolol hydrochloride</i>	4
<i>acetaminophen/codeine</i>	35
<i>acetaminophen/codeine phosphate</i>	35
<i>acetazolamide</i>	28
<i>acetazolamide er</i>	28
<i>acetic acid</i>	35
<i>acetic acid 0.25%</i>	17
<i>acetylcysteine</i>	30
<i>acitretin</i>	13
ACTHIB	26
ACTIMMUNE	24
<i>acyclovir</i>	57
<i>acyclovir sodium</i>	57
ADACEL	26
<i>adapalene</i>	13
<i>adefovir dipivoxil</i>	59
ADEMPAS	32
ADTHYZA	21
AIMOVIG	3
AKEEGA	48
<i>albendazole</i>	54
<i>albuterol sulfate</i>	33
<i>albuterol sulfate hfa</i>	33
<i>alcohol prep pads</i>	34
ALECENSA	49
<i>alendronate sodium</i>	9
<i>alfuzosin hcl er</i>	17

Nombre del medicamento	Página
<i>aliskiren</i>	5
<i>allopurinol</i>	9
ALOCRIIL	27
<i>alosetron hydrochloride</i>	15
ALPHAGAN P	28
<i>alprazolam</i>	38
<i>alprazolam er</i>	38
ALUNBRIG	49
<i>alyq</i>	32
<i>amabelz</i>	18
<i>amantadine hcl</i>	57
<i>ambrisentan</i>	32
<i>amcinonide</i>	14
<i>amethia</i>	18
<i>amikacin sulfate</i>	38
<i>amiloride hcl</i>	8
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	5
<i>aminocaproic acid</i>	62
AMINOSYN II	60
AMINOSYN-PF 7%	60
<i>amiodarone hydrochloride</i>	7
<i>amitriptyline hcl</i>	44
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	44
<i>amlodipine besylate</i>	5
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	5
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	5
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	6
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	6
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>ammonium lactate</i>	14
<i>amnestem</i>	13
<i>amoxapine</i>	44
<i>amoxicillin</i>	40
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	40
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	40
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	11
<i>amphotericin b</i>	46
<i>amphotericin b liposome</i>	46
<i>ampicillin</i>	40
<i>ampicillin sodium</i>	40
<i>ampicillin/sulbactam</i>	40
<i>ampicillin-sulbactam</i>	40
<i>anagrelide hydrochloride</i>	63
<i>anastrozole</i>	49

ID de formulario: 25502, 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
ANORO ELLIPTA	31	<i>azelastine hcl</i>	27
<i>apraclonidine</i>	28	<i>azelastine hcl</i>	32
<i>aprepitant</i>	45	<i>azelastine hydrochloride</i>	32
<i>apri</i>	18	<i>azithromycin</i>	40
APTIOM	42	<i>aztreonam</i>	38
APTIVUS	56	<i>azurette</i>	18
ARCALYST	22	<i>bacitracin</i>	29
AREXVY	26	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	28
<i>arformoterol tartrate</i>	34	<i>baclofen</i>	3
ARIKAYCE	38	<i>balsalazide disodium</i>	9
<i>aripiprazole</i>	55	BALVERSA	49
<i>aripiprazole odt</i>	55	<i>balziva</i>	18
ARISTADA	55	BAQSIMI ONE PACK	64
ARISTADA INITIO	55	BAQSIMI TWO PACK	64
<i>armodafinil</i>	12	BCG VACCINE	26
ARMOUR THYROID	21	<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x</i>	34
<i>asenapine maleate sl</i>	55	<i>1/2"</i>	
<i>ashlyna</i>	18	<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x</i>	34
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	62	<i>5/16"</i>	
<i>atazanavir</i>	56	<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x</i>	34
<i>atazanavir sulfate</i>	56	<i>12.7mm</i>	
<i>atenolol</i>	4	<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	34
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	6	<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	34
<i>atomoxetine</i>	11	<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	34
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	11	<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x</i>	34
<i>atorvastatin calcium</i>	7	<i>12.7mm</i>	
<i>atovaquone</i>	54	BELSOMRA	12
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	54	<i>benazepril hydrochloride</i>	8
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	54	<i>benazepril</i>	6
<i>atropine sulfate</i>	28	<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	
<i>atrovent hfa</i>	33	BENLYSTA	23
AUGTYRO	49	<i>benzonatate</i>	31
AUSTEDO	12	<i>benztropine mesylate</i>	4
AUSTEDO XR	12	<i>bepotastine besilate</i>	27
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	12	BERINERT	24
KIT		BESIVANCE	29
AUVELITY	43	BESREMI	24
<i>aviane</i>	18	<i>betaine anhydrous</i>	65
<i>avita</i>	13	<i>betamethasone dipropionate</i>	14
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	49	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	14
AVONEX	10	<i>betamethasone valerate</i>	14
AVONEX PEN	10	BETASERON	10
AYVAKIT	49	<i>betaxolol hcl</i>	27
<i>azathioprine</i>	24	<i>bethanechol chloride</i>	17
<i>azelaic acid</i>	13	BETIMOL	27

ID de formulario: 25502, 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
BEVESPI AEROSPHERE	31	<i>buspirone hcl</i>	37
<i>bexarotene</i>	54	<i>buspirone hydrochloride</i>	37
BEXSERO	26	<i>butorphanol tartrate</i>	36
<i>bicalutamide</i>	47	<i>cabergoline</i>	22
BICILLIN L-A	40	CABLIVI	62
BIKTARVY	58	CABOMETYX	49
<i>bimatoprost</i>	29	<i>calcipotriene</i>	13
<i>bisoprolol fumarate</i>	4	<i>calcitonin salmon</i>	10
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>calcitonin-salmon</i>	10
BIVIGAM	24	<i>calcitriol</i>	10
BONSITY	9	<i>calcitriol</i>	13
BOOSTRIX	26	<i>calcium acetate</i>	59
<i>bortezomib</i>	48	CALQUENCE	49
<i>boruzu</i>	48	<i>camila</i>	20
<i>bosentan</i>	32	<i>candesartan cilexetil</i>	6
BOSULIF	49	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	6
BRAFTOVI	49	CAPLYTA	55
BREO ELLIPTA	31	CAPRELSA	49
BREYNA	31	<i>captopril</i>	8
BREZTRI AEROSPHERE	31	<i>carbamazepine</i>	42
<i>briellyn</i>	18	<i>carbamazepine er</i>	42
BRILINTA	62	<i>carbidopa</i>	4
<i>brimonidine tartrate</i>	28	<i>carbidopa/levodopa</i>	4
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	28	<i>carbidopa/levodopa er</i>	4
<i>brinzolamide</i>	28	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	4
BRIVIACT	43	<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	4
<i>bromfenac</i>	29	<i>carglumic acid</i>	60
<i>bromfenac sodium</i>	29	<i>carteolol hcl</i>	27
<i>bromocriptine mesylate</i>	4	<i>cartia xt</i>	5
BROMSITE	29	<i>carvedilol</i>	4
BRONCHITOL	31	CAYSTON	31
BRUKINSA	49	<i>cefaclor</i>	39
<i>budesonide</i>	9	<i>cefadroxil</i>	39
<i>budesonide</i>	33	<i>cefazolin</i>	39
<i>budesonide er</i>	9	<i>cefazolin sodium</i>	39
<i>bumetanide</i>	8	<i>cefazolin sodium/dextrose</i>	39
<i>buprenorphine</i>	35	<i>cefazolin/dextrose</i>	39
<i>buprenorphine hcl</i>	30	<i>cefdinir</i>	39
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	30	<i>cefepime</i>	39
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone</i>	30	<i>cefepime hydrochloride</i>	39
<i>hydrochloride</i>		<i>cefepime/dextrose</i>	39
<i>bupropion hydrochloride</i>	44	<i>cefixime</i>	39
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	30	<i>cefotetan</i>	39
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	43	<i>cefoxitin sodium</i>	39
<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	43	<i>cefpodoxime proxetil</i>	39

ID de formulario: 25502, 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>cefprozil</i>	39	<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	14
<i>ceftazidime</i>	39	<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	14
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	39	CLINIMIX 6/5	60
<i>ceftriaxone sodium</i>	39	CLINIMIX 8/10	60
<i>ceftriaxone/dextrose</i>	39	CLINIMIX E 8/10	60
<i>cefuroxime axetil</i>	39	<i>clobazam</i>	41
<i>cefuroxime sodium</i>	39	<i>clobetasol propionate</i>	14
<i>celecoxib</i>	36	<i>clobetasol propionate e</i>	14
<i>cephalexin</i>	40	<i>clodan</i>	14
<i>cevimeline hydrochloride</i>	13	<i>clomipramine hydrochloride</i>	44
CHEMET	59	<i>clonazepam</i>	41
<i>chlorhexidine gluconate</i>	13	<i>clonazepam odt</i>	41
<i>chloroquine phosphate</i>	54	<i>clonidine</i>	6
<i>chlorpromazine hcl</i>	54	<i>clonidine hydrochloride</i>	6
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	54	<i>clonidine hydrochloride er</i>	11
<i>chlorthalidone</i>	8	<i>clopidogrel</i>	62
CHOLBAM	65	<i>clorazepate dipotassium</i>	38
<i>cholestyramine</i>	8	<i>clotrimazole</i>	46
<i>cholestyramine light</i>	8	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	13
<i>ciclopirox</i>	15	<i>clozapine</i>	55
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	15	<i>clozapine odt</i>	55
<i>ciclopirox olamine</i>	15	COARTEM	54
<i>cidofovir</i>	57	COBENFY	12
<i>cilostazol</i>	62	COBENFY STARTER PACK	12
CIMDUO	58	<i>codeine sulfate</i>	36
<i>cimetidine</i>	16	<i>colchicine</i>	9
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	10	<i>colestipol hydrochloride</i>	8
<i>ciprofloxacin</i>	35	<i>colistimethate sodium</i>	38
<i>ciprofloxacin</i>	41	COMBIVENT RESPIMAT	31
<i>ciprofloxacin hcl</i>	41	COMETRIQ	49
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	29	COMPLERA	58
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	41	<i>constulose</i>	16
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	41	COPIKTRA	50
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	35	CORLANOR	6
<i>citalopram hydrobromide</i>	44	CORTIFOAM	9
<i>claravis</i>	13	CORTISPORIN-TC	35
<i>clarithromycin</i>	40	COSENTYX	23
<i>clarithromycin er</i>	40	COSENTYX SENSOREADY PEN	23
CLENPIQ	16	COSENTYX UNOREADY	23
<i>clindacin-p</i>	38	COTELLIC	50
<i>clindamycin hcl</i>	38	CREON	65
<i>clindamycin hydrochloride</i>	38	<i>cromolyn sodium</i>	27
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	38	<i>cromolyn sodium</i>	34
<i>clindamycin phosphate</i>	15	<i>cromolyn sodium</i>	65
<i>clindamycin phosphate</i>	38	<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	34

ID de formulario: 25502, 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
CUVITRU	24	dexamethasone sodium phosphate	29
cyanocobalamin	62	dexamethasone sodium phosphate +rfd	21
cyclobenzaprine hydrochloride	65	DEXLANSOPRAZOLE	16
cyclopentolate hcl	28	dexmethylphenidate hcl	11
cyclopentolate hydrochloride	28	dexmethylphenidate hcl er	11
cyclophosphamide	46	dexmethylphenidate hydrochloride	11
cyclosporine	25	dexmethylphenidate hydrochloride er	11
cyclosporine	28	dextroamphetamine sulfate	11
cyclosporine modified	25	dextroamphetamine sulfate er	11
cypheptadine hcl	32	dextrose 10%	60
cypheptadine hydrochloride	32	dextrose 10%/sodium chloride 0.2%	60
CYSTAGON	65	dextrose 10%/sodium chloride 0.45%	60
CYSTARAN	28	dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%	60
dabigatran etexilate	62	dextrose 5%	60
dalfampridine er	10	dextrose 5%/sodium chloride 0.2%	60
danazol	18	dextrose 5%/sodium chloride 0.3%	60
dantrolene sodium	3	dextrose 5%/sodium chloride 0.33%	60
DANZITEN	50	dextrose 5%/sodium chloride 0.45%	60
dapsone	45	dextrose 5%/sodium chloride 0.9%	60
DAPTACEL	26	dextrose 50%	60
daptomycin	38	dextrose 70%	60
daptomycin/sodium chloride	38	dextrose/sodium chloride	60
darifenacin hydrobromide er	17	DIACOMIT	41
darunavir	56	diazepam	38
DARZALEX	47	diazepam intensol	38
dasatinib	50	diazepam rectal gel	42
DAURISMO	50	diazoxide	64
deblitane	20	dichlorphenamide	65
deferasirox	59	diclofenac epolamine	36
DELSTRIGO	58	diclofenac potassium	36
DENGVAIXA	26	diclofenac sodium	13
DEPO-MEDROL	21	diclofenac sodium	29
DEPO-SUBQ PROVERA 104	20	diclofenac sodium	37
DESCOVY	58	diclofenac sodium dr	36
desipramine hydrochloride	44	diclofenac sodium er	37
desloratadine	32	dicloxacillin sodium	40
desmopressin acetate	18	dicyclomine hcl	16
desogestrel/ethinyl estradiol	18	dicyclomine hydrochloride	16
desonide	14	DIFICID	40
desoximetasone	14	diflunisal	37
DESRX	14	difluprednate	29
desvenlafaxine er	44	digitek	7
dexamethasone	21	digoxin	7
dexamethasone intensol	21	dihydroergotamine mesylate	3
dexamethasone sodium phosphate	21	diltiazem hcl	5

ID de formulario: 25502, 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>diltiazem hcl cd</i>	5	<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	58
<i>diltiazem hcl er</i>	5	<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	58
<i>diltiazem hydrochloride</i>	5	<i>effek-k</i>	60
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	5	ELIGARD	22
<i>dilt-xr</i>	5	ELIQUIS	62
<i>dimethyl fumarate</i>	10	ELIQUIS STARTER PACK	62
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	33	<i>elixophyllin</i>	34
DIPHTHERIA/TETANUS TOXOIDS	26	ELMIRON	17
ADSORBED PEDIATRIC		<i>eltrombopag olamine</i>	63
<i>disulfiram</i>	30	<i>eluryng</i>	18
<i>divalproex sodium dr</i>	42	EMCYT	47
<i>divalproex sodium er</i>	42	EMGALITY	3
<i>docetaxel</i>	48	EMSAM	44
<i>dofetilide</i>	7	<i>emtricitabine</i>	58
<i>donepezil hcl</i>	3	<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	58
<i>donepezil hydrochloride</i>	3	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	59
DOPTLET	62	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	59
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	28	<i>enalapril maleate</i>	8
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	28	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	28	ENBREL	25
<i>dotti</i>	18	ENBREL MINI	25
DOVATO	58	ENBREL SURECLICK	25
<i>doxazosin mesylate</i>	17	ENDARI	65
<i>doxepin hcl</i>	44	<i>endocet</i>	36
<i>doxepin hydrochloride</i>	44	ENGERIX-B	26
DOXY 100	41	<i>enilloring</i>	18
<i>doxycycline</i>	41	<i>enoxaparin sodium</i>	62
<i>doxycycline hyclate</i>	41	<i>entacapone</i>	4
<i>doxycycline monohydrate</i>	41	<i>entecavir</i>	59
DRIZALMA SPRINKLE	44	ENTRESTO	6
<i>dronabinol</i>	45	<i>enulose</i>	16
<i>droplet pen needles 29gx10mm</i>	34	ENVARUS XR	25
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	18	EPIDIOLEX	43
DROXIA	47	<i>epinastine hcl</i>	27
<i>droxidopa</i>	6	<i>epinephrine</i>	34
<i>duloxetine hydrochloride dr</i>	44	<i>epitol</i>	42
DUPIXENT	23	<i>eplerenone</i>	7
<i>dutasteride</i>	17	EPRONTIA	43
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	17	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	3
<i>ec-naproxen</i>	37	ERIVEDGE	50
<i>econazole nitrate</i>	46	ERLEADA	47
EDURANT	58		
EDURANT PED	58		
<i>efavirenz</i>	58		

ID de formulario: 25502, 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>erlotinib hydrochloride</i>	50	<i>felodipine er</i>	5
<i>errin</i>	20	<i>fenofibrate</i>	7
<i>ertapenem sodium</i>	40	<i>fenofibrate micronized</i>	7
<i>ery</i>	15	<i>fenofibric acid dr</i>	7
<i>erythromycin</i>	15	<i>fentanyl</i>	35
<i>erythromycin</i>	29	<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	36
<i>erythromycin dr</i>	40	FETZIMA	44
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	40	FETZIMA TITRATION PACK	45
<i>escitalopram oxalate</i>	44	<i>fidaxomicin</i>	40
<i>eslicarbazepine acetate</i>	42	<i>finasteride</i>	17
<i>esomeprazole magnesium</i>	16	<i>fingolimod hydrochloride</i>	10
<i>estradiol</i>	19	FINTEPLA	43
<i>estradiol valerate</i>	18	<i>finzala</i>	19
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	19	FIRMAGON	22
ESTRING	19	<i>flac</i>	35
<i>eszopiclone</i>	12	FLAREX	29
<i>ethacrynic acid</i>	8	FLEBOGAMMA DIF	24
<i>ethambutol hydrochloride</i>	45	<i>flecainide acetate</i>	7
<i>ethosuximide</i>	41	FLOLIPID	7
<i>etodolac</i>	37	FLOVENT DISKUS	33
<i>etodolac er</i>	37	<i>fluconazole</i>	46
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	19	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	46
<i>etravirine</i>	58	<i>flucytosine</i>	46
EULEXIN	47	<i>fludrocortisone acetate</i>	21
<i>euthyrox</i>	21	<i>flunisolide</i>	33
<i>everolimus</i>	25	<i>fluocinolone acetonide</i>	14
<i>everolimus</i>	50	<i>fluocinolone acetonide</i>	35
EVOTAZ	56	<i>fluocinolone acetonide body</i>	14
<i>exemestane</i>	49	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	14
EXKIVITY	50	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	14
<i>ezetimibe</i>	8	<i>fluocinonide</i>	14
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	8	<i>fluocinonide emulsified base</i>	14
<i>falmina</i>	19	<i>fluorometholone</i>	29
<i>famciclovir</i>	57	<i>fluorouracil</i>	13
<i>famotidine</i>	16	<i>fluoxetine dr</i>	45
FANAPT	55	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	45
FANAPT TITRATION PACK A	55	<i>fluphenazine decanoate</i>	54
FANAPT TITRATION PACK B	55	<i>fluphenazine hcl</i>	54
FANAPT TITRATION PACK C	55	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	54
FARXIGA	9	<i>flurazepam hcl</i>	12
FASENRA	31	<i>flurazepam hydrochloride</i>	12
FASENRA PEN	31	<i>flurbiprofen</i>	37
FEIRZA 1.5/30	19	<i>flurbiprofen sodium</i>	29
FEIRZA 1/20	19	<i>flutamide</i>	47
<i>felbamate</i>	43	<i>fluticasone propionate</i>	15

ID de formulario: 25502, 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</i>	33	<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	38
<i>fluticasone propionate diskus</i>	33	GENVOYA	58
<i>fluticasone propionate hfa</i>	33	GILOTRIF	50
<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	31	<i>glatiramer acetate</i>	10
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	31	GLEOSTINE	47
<i>fluvastatin</i>	7	<i>glimepiride</i>	63
<i>fluvastatin sodium er</i>	7	<i>glipizide</i>	63
<i>fluvoxamine maleate</i>	45	<i>glipizide er</i>	63
<i>folic acid</i>	62	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	63
<i>fondaparinux sodium</i>	62	GLOPERBA	9
<i>formoterol fumarate</i>	34	GLUCAGEN HYPOKIT	64
<i>fosamprenavir calcium</i>	56	GLUCAGON EMERGENCY KIT	64
<i>fosinopril sodium</i>	8	GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	64
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	6	LOW BLOOD SUGAR	
FOTIVDA	50	<i>glucose (dextrose) 50%</i>	60
FRAGMIN	62	<i>glucose (dextrose) 70%</i>	60
FRUZAQLA	50	<i>glyburide</i>	63
<i>furosemide</i>	8	<i>glyburide micronized</i>	63
FUZEON	57	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	63
<i>fyavolv</i>	19	<i>glycopyrrolate</i>	16
FYCOMPA	43	<i>glydo</i>	37
<i>gabapentin</i>	42	GLYXAMBI	63
<i>galantamine hydrobromide</i>	3	<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	34
<i>galantamine hydrobromide er</i>	3	<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	34
<i>galbriela</i>	19	GOMEKLI	50
<i>gallifrey</i>	20	<i>granisetron hydrochloride</i>	45
GAMMAGARD LIQUID	24	<i>griseofulvin microsize</i>	46
GAMMAPLEX	24	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	46
GARDASIL 9	26	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	11
<i>gatifloxacin</i>	29	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	64
<i>gauze pads 2"x2"</i>	34	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	64
<i>gavilyte-c</i>	16	GVOKE KIT	64
<i>gavilyte-g</i>	16	GVOKE PFS	64
<i>gavilyte-n/flower pack</i>	16	HAEGARDA	24
GAVRETO	50	<i>halobetasol propionate</i>	15
<i>gefatinib</i>	50	<i>haloette</i>	19
<i>gemfibrozil</i>	7	<i>haloperidol</i>	55
GEMTESA	17	<i>haloperidol decanoate</i>	54
<i>generlac</i>	16	<i>haloperidol lactate</i>	54
GENGRAF	25	HAVRIX	26
GENOTROPIN	18	<i>heather</i>	20
GENOTROPIN MINISQUICK	18	<i>heparin sodium</i>	62
<i>gentak</i>	29	<i>heparin sodium/d5w</i>	62
<i>gentamicin sulfate</i>	29	HEPLISAV-B	26
<i>gentamicin sulfate</i>	38	HIBERIX	26

ID de formulario: 25502, 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
HIZENTRA	24	IBRANCE	48
HUMALOG	64	IBRANCE	50
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	64	<i>ibu</i>	37
HUMALOG KWIKPEN	64	<i>ibuprofen</i>	37
HUMALOG MIX 50/50	64	<i>icatibant acetate</i>	24
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	64	<i>iclevia</i>	19
HUMALOG MIX 75/25	64	ICLUSIG	50
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	64	<i>icosapent ethyl</i>	8
HUMIRA	25	IDHIFA	50
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	25	ILEVRO	29
DISEASE STARTER PACK		<i>imatinib mesylate</i>	50
HUMIRA PEN	25	IMBRUVICA	50
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	25	<i>imipenem/cilastatin</i>	40
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	25	<i>imipramine hcl</i>	44
STARTER PACK		<i>imipramine hydrochloride</i>	44
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	25	<i>imiquimod</i>	13
HUMULIN 70/30	65	IMKELDI	50
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	65	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	26
HUMULIN N	65	IMPAVIDO	38
HUMULIN N KWIKPEN	65	IMVEXXY MAINTENANCE PACK	19
HUMULIN R	65	IMVEXXY STARTER PACK	19
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	65	INCRELEX	18
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	65	INCRUSE ELLIPTA	33
<i>hydralazine hydrochloride</i>	9	<i>indapamide</i>	8
<i>hydrochlorothiazide</i>	8	<i>indomethacin</i>	37
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	36	INFANRIX	26
<i>hydrocodone bitartrate/homatropine</i>	31	INGREZZA	12
<i>methylbromide</i>		INLYTA	50
<i>hydrocodone polistirex/chlorpheniramine</i>	31	INQOVI	51
<i>polistirex</i>		INREBIC	48
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	36	<i>insulin lispro</i>	65
<i>hydrocortisone</i>	9	<i>insulin lispro junior kwikpen</i>	65
<i>hydrocortisone</i>	15	<i>insulin lispro kwikpen</i>	65
<i>hydrocortisone</i>	21	<i>insulin lispro protamine/insulin lispro</i>	65
<i>hydrocortisone butyrate</i>	15	<i>kwikpen</i>	
<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	21	INTELENCE	58
<i>hydrocortisone valerate</i>	15	INTRALIPID	34
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	35	<i>introvale</i>	19
<i>hydromorphone hcl</i>	36	INVEGA HAFYERA	55
<i>hydromorphone hcl er</i>	35	INVEGA SUSTENNA	55
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	54	INVEGA TRINZA	55
<i>hydroxyurea</i>	47	IPOL INACTIVATED IPV	26
<i>hydroxyzine hcl</i>	33	<i>ipratropium bromide</i>	33
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	33	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	31
<i>hydroxyzine pamoate</i>	33	<i>irbesartan</i>	6

ID de formulario: 25502, 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>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	61
ISENTRESS	58	<i>kelnor 1/35</i>	19
ISENTRESS HD	58	<i>kenalog-10</i>	21
<i>isoniazid</i>	46	KERENDIA	7
<i>isosorbide dinitrate</i>	9	KESIMPTA	10
<i>isosorbide mononitrate</i>	9	<i>ketoconazole</i>	46
<i>isosorbide mononitrate er</i>	9	<i>ketorolac tromethamine</i>	29
<i>isotonic gentamicin</i>	38	KINRIX	26
<i>isotretinoin</i>	14	KISQALI	51
ITOVEBI	48	KISQALI FEMARA 200 DOSE	48
<i>itraconazole</i>	46	KISQALI FEMARA 400 DOSE	48
<i>ivabradine hydrochloride</i>	6	KISQALI FEMARA 600 DOSE	48
<i>ivermectin</i>	54	<i>klayesta</i>	46
IWILFIN	48	<i>klor-con</i>	61
IXCHIQ	26	<i>klor-con 10</i>	61
IXIARO	26	<i>klor-con 8</i>	61
<i>jaimiess</i>	19	<i>klor-con m10</i>	61
JAKAFI	51	<i>klor-con m15</i>	61
<i>jantoven</i>	63	<i>klor-con m20</i>	61
JANUMET	63	<i>klor-con/ef</i>	61
JANUMET XR	63	KORLYM	22
JANUVIA	63	KOSELUGO	51
JARDIANCE	9	<i>kourzeq</i>	13
JAYPIRCA	51	<i>k-prime</i>	60
JENTADUETO	64	KRAZATI	51
JENTADUETO XR	64	KYNMOBI	4
<i>jinteli</i>	19	KYPROLIS	49
JOURNAVX	36	<i>labetalol hydrochloride</i>	5
<i>joyeaux</i>	19	<i>lacosamide</i>	42
JULUCA	58	<i>lactated ringers</i>	61
<i>junel 1.5/30</i>	19	<i>lactulose</i>	16
<i>junel 1/20</i>	19	LAGEVRIO	59
<i>junel fe 1.5/30</i>	19	<i>lamivudine</i>	59
<i>junel fe 1/20</i>	19	<i>lamivudine</i>	59
<i>junel fe 24</i>	19	<i>lamivudine/zidovudine</i>	59
JYLAMVO	25	<i>lamotrigine</i>	43
JYNNEOS	26	<i>lamotrigine er</i>	43
KALETRA	56	<i>lamotrigine odt</i>	43
KALYDECO	32	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	43
<i>kariva</i>	19	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	43
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	60	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	43
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	60	<i>lanreotide acetate</i>	22
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%</i>	60	<i>lansoprazole</i>	17
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	60	LANTUS	65
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	60	LANTUS SOLOSTAR	65

ID de formulario: 25502, 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>lapatinib ditosylate</i>	51	<i>lidocaine hcl</i>	37
<i>larin 1.5/30</i>	19	<i>lidocaine hcl jelly</i>	37
<i>larin 1/20</i>	19	<i>lidocaine hydrochloride</i>	37
<i>larin fe 1.5/30</i>	19	<i>lidocaine hydrochloride jelly</i>	37
<i>larin fe 1/20</i>	19	<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	13
<i>latanoprost</i>	29	<i>lidocaine viscous</i>	13
LAZCLUZE	48	<i>lidocaine/prilocaine</i>	37
<i>leflunomide</i>	25	LILETTA	20
<i>lenalidomide</i>	47	<i>linezolid</i>	38
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	51	LINZESS	16
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	51	<i>liothyronine sodium</i>	21
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	51	<i>lisinopril</i>	8
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	51	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	6
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	51	<i>lithium</i>	30
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	51	<i>lithium carbonate</i>	30
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	51	<i>lithium carbonate er</i>	30
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	51	LIVTENCITY	57
<i>lessina</i>	19	<i>lojaimiess</i>	19
<i>letrozole</i>	49	LOKELMA	59
<i>leucovorin calcium</i>	48	LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	33
LEUKERAN	47	LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	33
<i>leuprolide acetate</i>	22	LONSURF	48
<i>levalbuterol</i>	34	<i>loperamide hydrochloride</i>	15
<i>levalbuterol hcl</i>	34	<i>lopinavir/ritonavir</i>	56
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	34	<i>lorazepam</i>	38
LEVEMIR FLEXTOUCH	65	<i>lorazepam intensol</i>	38
<i>levetiracetam</i>	43	LORBRENA	51
<i>levetiracetam er</i>	43	<i>losartan potassium</i>	6
<i>levobunolol hcl</i>	27	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>levocarnitine</i>	34	LOTEMAX	29
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	33	<i>loteprednol etabonate</i>	29
<i>levofloxacin</i>	29	<i>lovastatin</i>	7
<i>levofloxacin</i>	41	<i>loxapine</i>	55
<i>levofloxacin in d5w</i>	41	<i>lubiprostone</i>	16
<i>levonest</i>	19	LUMAKRAS	51
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	19	LUMIGAN	30
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	19	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	22
<i>levora 0.15/30-28</i>	19	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	22
<i>levo-t</i>	21	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	22
<i>levothyroxine sodium</i>	21	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	22
<i>levoxyl</i>	21	<i>lurasidone hydrochloride</i>	55
LEXIVA	56	LYBALVI	55
<i>l-glutamine</i>	65	LYNPARZA	51
LIBERVANT	42	LYSODREN	48
<i>lidocaine</i>	37	LYTGOBI	51

ID de formulario: 25502, 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>magnesium sulfate</i>	61	<i>methylphenidate hydrochloride er (cd)</i>	11
<i>malathion</i>	15	<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	11
<i>maraviroc</i>	57	<i>methylphenidate hydrochloride er (osm)</i>	11
<i>marlissa</i>	19	<i>methylprednisolone</i>	21
MARPLAN	44	<i>methylprednisolone acetate</i>	21
MATULANE	47	<i>methylprednisolone dose pack</i>	21
<i>matzim la</i>	5	<i>metoclopramide hcl</i>	16
MAVYRET	57	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	16
MAYZENT	10	<i>metolazone</i>	8
MAYZENT STARTER PACK	10	<i>metoprolol succinate er</i>	5
<i>meclizine hcl</i>	45	<i>metoprolol tartrate</i>	5
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	20	<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>mefloquine hydrochloride</i>	54	<i>metronidazole</i>	14
<i>megestrol acetate</i>	20	<i>metronidazole</i>	39
MEKINIST	51	<i>metronidazole vaginal</i>	39
MEKTOVI	51	<i>metirosine</i>	6
<i>meleya</i>	21	<i>mexiletine hydrochloride</i>	7
<i>meloxicam</i>	37	<i>mibelas 24 fe</i>	19
<i>memantine hcl titration pak</i>	3	<i>micalfungin</i>	46
<i>memantine hydrochloride</i>	3	<i>miconazole 3</i>	46
<i>memantine hydrochloride er</i>	3	<i>microgestin 1.5/30</i>	19
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	3	<i>microgestin 1/20</i>	19
MENACTRA	26	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	19
MENQUADFI	26	<i>microgestin fe 1/20</i>	19
MENTAX	15	<i>midodrine hydrochloride</i>	6
MENVEO	26	<i>mifepristone</i>	22
<i>mercaptopurine</i>	48	<i>miglitol</i>	64
<i>meropenem</i>	40	<i>miglustat</i>	66
<i>mesalamine</i>	9	<i>minocycline hcl</i>	41
<i>mesalamine dr</i>	9	<i>minocycline hydrochloride</i>	41
<i>mesalamine er</i>	9	<i>minoxidil</i>	9
<i>mesna</i>	49	<i>minzoya</i>	20
MESNEX	49	<i>mirabegron er</i>	17
<i>metformin hydrochloride</i>	64	<i>mirtazapine</i>	44
<i>metformin hydrochloride er</i>	64	<i>mirtazapine odt</i>	44
<i>methadone hcl</i>	35	<i>misoprostol</i>	17
<i>methazolamide</i>	28	M-M-R II	26
<i>methenamine hippurate</i>	38	<i>modafinil</i>	12
<i>methenamine mandelate</i>	38	<i>moexipril hydrochloride</i>	8
<i>methimazole</i>	22	<i>molindone hydrochloride</i>	55
<i>methotrexate</i>	25	<i>mometasone furoate</i>	15
<i>methotrexate sodium</i>	25	<i>mometasone furoate</i>	33
<i>methsuximide</i>	41	<i>mondoxyne nl</i>	41
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	11	<i>montelukast sodium</i>	33
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	11	<i>morphine sulfate</i>	36

ID de formulario: 25502, 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>morphine sulfate er</i>	35	<i>neo-polycin hc</i>	28
MOUNJARO	64	NERLYNX	51
MOVANTIK	16	NEUAC	14
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	41	NEULASTA	63
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	29	NEULASTA ONPRO KIT	63
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	41	<i>nevirapine</i>	58
MOZOBIL	63	<i>nevirapine er</i>	58
MRESVIA	26	NEXPLANON	21
MULTAQ	7	<i>niacin er</i>	8
<i>mupirocin</i>	15	NICOTROL INHALER	30
<i>mycophenolate mofetil</i>	25	NICOTROL NS	30
<i>mycophenolic acid dr</i>	26	<i>nifedipine er</i>	5
MYORISAN	14	<i>nikki</i>	20
MYRBETRIQ	17	<i>nilotinib hydrochloride</i>	51
<i>nabumetone</i>	37	<i>nilutamide</i>	47
<i>nadolol</i>	5	<i>nimodipine</i>	5
<i>nafcillin sodium</i>	40	NINLARO	52
<i>naftifine hydrochloride</i>	46	<i>nitazoxanide</i>	54
<i>naloxone hcl</i>	30	<i>nitisinone</i>	66
<i>naloxone hydrochloride</i>	30	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	39
<i>naltrexone hydrochloride</i>	30	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	39
NAMZARIC	3	<i>nitroglycerin</i>	9
<i>naproxen</i>	37	<i>nitroglycerin</i>	16
<i>naproxen dr</i>	37	<i>nitroglycerin transdermal</i>	9
<i>naproxen sodium</i>	37	NIVA THYROID	21
<i>naproxen sodium cr</i>	37	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	20
<i>naratriptan hcl</i>	3	<i>norethindrone acetate</i>	21
NATACYN	29	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	20
<i>nateglinide</i>	64	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	20
NAYZILAM	43	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	20
<i>nebivolol hydrochloride</i>	5	<i>nortrel 1/35</i>	20
<i>necon 0.5/35-28</i>	20	<i>nortrel 7/7/7</i>	20
<i>nefazodone hydrochloride</i>	45	<i>nortriptyline hcl</i>	44
<i>neomycin sulfate</i>	38	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	44
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	28	NORVIR	56
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc</i>	28	<i>novolin 70/30</i>	65
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis one</i>	28	<i>novolin 70/30 flexpen</i>	65
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	28	<i>novolin n</i>	65
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	28	<i>novolin n flexpen</i>	65
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	35	<i>novolin r</i>	65
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	28	<i>novolin r flexpen</i>	65
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	35	<i>novolog</i>	65
<i>neo-polycin</i>	28	<i>novolog flexpen</i>	65
		<i>novolog mix 70/30</i>	65

ID de formulario: 25502, 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>novolog mix 70/30 prefilled flexpen</i>	65	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO	34
<i>novolog penfill</i>	65	GEN 5	
<i>np thyroid 120</i>	22	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	34
<i>np thyroid 15</i>	22	OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	34
<i>np thyroid 30</i>	22	KIT (GEN 3)	
<i>np thyroid 60</i>	22	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	35
<i>np thyroid 90</i>	22	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	35
NUBEQA	47	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	35
NUEDEXTA	12	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	35
NULOJIX	26	OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	35
NUPLAZID	55	OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	35
NURTEC	4	OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	35
NUTRILIPID	34	OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	35
NUVESSA	39	OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	35
<i>nyamyc</i>	46	OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	35
<i>nystatin</i>	46	OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	35
<i>nystatin/triamcinolone</i>	13	<i>ondansetron hcl</i>	45
<i>nystatin/triamcinolone acetoneide</i>	13	<i>ondansetron hydrochloride</i>	45
<i>nystop</i>	46	<i>ondansetron odt</i>	45
OCTAGAM	24	ONUREG	48
<i>octreotide acetate</i>	22	OPDIVO	47
ODEFSEY	59	OPIPZA	56
ODOMZO	52	<i>opium</i>	16
OFEV	31	<i>opium tincture</i>	16
<i>ofloxacin</i>	29	OPSUMIT	32
<i>ofloxacin</i>	35	OPVEE	30
OGSIVEO	48	<i>oralone dental paste</i>	13
OJEMDA	48	ORENCIA	23
OJJAARA	52	ORENCIA CLICKJECT	23
<i>olanzapine</i>	56	ORENITRAM	32
<i>olanzapine odt</i>	56	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	32
<i>olmesartan medoxomil</i>	6	1	
<i>olmesartan</i>	6	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	32
<i>medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>		2	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	6	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	32
<i>olopatadine hydrochloride</i>	27	3	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	8	ORGOVYX	22
<i>omeprazole</i>	17	ORKAMBI	32
<i>omeprazole dr</i>	17	ORSERDU	47
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT	34	<i>oseltamivir phosphate</i>	57
(GEN 5)		OSMOPREP	16
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS	34	OSPHENA	18
(GEN 5)		OTEZLA	13
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	34	OTEZLA	23
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	34	<i>oxacillin sodium</i>	40

ID de formulario: 25502, 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>oxaprozin</i>	37	<i>phenobarbital</i>	42
<i>oxazepam</i>	38	<i>phenytek</i>	42
<i>oxcarbazepine</i>	42	<i>phenytoin</i>	43
<i>oxybutynin chloride</i>	17	<i>phenytoin sodium extended</i>	42
<i>oxybutynin chloride er</i>	17	PHOSPHOLINE IODIDE	28
<i>oxycodone hydrochloride</i>	36	PIFELTRO	58
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	36	<i>pilocarpine hcl</i>	28
OZEMPIC	64	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	13
<i>paclitaxel</i>	48	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	28
<i>paliperidone er</i>	56	<i>pimecrolimus</i>	15
PANRETIN	54	<i>pimozide</i>	55
<i>pantoprazole sodium</i>	17	<i>pindolol</i>	5
<i>paricalcitol</i>	10	<i>pioglitazone hcl</i>	64
<i>paroxetine hcl</i>	45	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	64
<i>paroxetine hydrochloride</i>	45	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	64
PAXLOVID	59	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	64
<i>pazopanib hydrochloride</i>	52	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	40
PEDIARIX	27	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	52
PEDVAX HIB	27	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	52
<i>peg-3350/electrolytes</i>	16	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	52
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	16	<i>pirfenidone</i>	31
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	16	<i>piroxicam</i>	37
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na</i>	16	<i>pitavastatin calcium</i>	7
<i>ascorbate/ascorbic</i>		PLEGRIDY	10
PEGASYS	24	PLEGRIDY STARTER PACK	10
PEGASYS	26	PLENAMINE	61
PEMAZYRE	52	<i>plerixafor</i>	63
PENBRAYA	27	<i>podofilox</i>	13
<i>penicillamine</i>	59	<i>polycin</i>	28
<i>penicillin g potassium</i>	40	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	28
<i>penicillin g potassium in iso-osmotic</i>	40	POMALYST	47
<i>dextrose</i>		<i>portia-28</i>	20
<i>penicillin g sodium</i>	40	<i>posaconazole</i>	46
<i>penicillin v potassium</i>	40	<i>posaconazole dr</i>	46
PENMENVY	27	<i>potassium chloride</i>	61
PENTACEL	27	<i>potassium chloride er</i>	61
<i>pentamidine isethionate</i>	54	<i>potassium chloride/dextrose/sodium</i>	61
<i>pentoxifylline er</i>	6	<i>chloride</i>	
<i>perampanel</i>	43	<i>potassium citrate er</i>	61
<i>perindopril erbumine</i>	8	PRALUENT	8
<i>periogard</i>	13	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	4
<i>permethrin</i>	15	<i>prasugrel hydrochloride</i>	62
<i>perphenazine</i>	55	<i>pravastatin sodium</i>	7
PERSERIS	56	<i>praziquantel</i>	54
<i>phenelzine sulfate</i>	44	<i>prazosin hydrochloride</i>	4

ID de formulario: 25502, 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>prednicarbate</i>	15	<i>propafenone hcl</i>	7
<i>prednisolone</i>	21	<i>propafenone hydrochloride</i>	7
<i>prednisolone acetate</i>	29	<i>propafenone hydrochloride er</i>	7
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	21	<i>propranolol hcl</i>	5
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	29	<i>propranolol hydrochloride</i>	5
<i>prednisone</i>	21	<i>propranolol hydrochloride er</i>	5
<i>pregabalin</i>	42	<i>propylthiouracil</i>	22
PREHEVBRIO	27	PROQUAD	27
PREMARIN	20	PROSOL	61
PREMASOL	61	<i>protriptyline hcl</i>	44
<i>premium lidocaine</i>	37	PULMOZYME	32
PREMPHASE	20	PURIXAN	48
<i>prenatal</i>	62	<i>pyrazinamide</i>	46
<i>prevalite</i>	8	<i>pyridostigmine bromide</i>	4
PREVYMIS	57	<i>pyridostigmine bromide er</i>	4
PREZCOBIX	56	<i>pyrimethamine</i>	54
PREZISTA	56	PYRUKYND	66
PRIFTIN	46	PYRUKYND TAPER PACK	66
<i>primaquine phosphate</i>	54	QINLOCK	52
<i>primidone</i>	42	QUADRACEL	27
PRIORIX	27	<i>quetiapine fumarate</i>	56
PRIVIGEN	24	<i>quinapril hydrochloride</i>	8
PROAIR RESPICLICK	34	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>probenecid</i>	9	<i>quinidine gluconate cr</i>	7
<i>probenecid/colchicine</i>	9	<i>quinidine gluconate er</i>	7
<i>prochlorperazine</i>	45	<i>quinidine sulfate</i>	7
<i>prochlorperazine edisylate</i>	45	<i>quinine sulfate</i>	54
<i>prochlorperazine maleate</i>	45	QVAR REDIHALER	33
PROCRIT	63	RABAVERT	27
PROCTOFOAM HC	13	<i>rabeprazole sodium</i>	17
<i>procto-med hc</i>	9	RADICAVA ORS	12
<i>proctosol hc</i>	9	RADICAVA ORS STARTER KIT	12
<i>proctozone-hc</i>	9	RALDESY	45
<i>progesterone</i>	21	<i>raloxifene hydrochloride</i>	18
PROGRAF	26	<i>ramelteon</i>	12
PROLASTIN-C	66	<i>ramipril</i>	8
PROLENSA	29	<i>ranolazine er</i>	6
PROLIA	10	<i>rasagiline mesylate</i>	4
PROMACTA	63	RAYALDEE	10
<i>promethazine hcl</i>	45	REBIF	10
<i>promethazine hydrochloride</i>	45	REBIF REBIDOSE	10
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	45	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	11
<i>promethazine vc/codeine</i>	31	REBIF TITRATION PACK	11
<i>promethazine/codeine</i>	31	RECOMBIVAX HB	27
<i>promethazine/phenylephrine/codeine</i>	31	RECTIV	16

ID de formulario: 25502, 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
RELENZA DISKHALER	57	ROTARIX	27
<i>repaglinide</i>	64	ROTATEQ	27
REPATHA	8	<i>roweepra</i>	43
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	8	ROZLYTREK	52
REPATHA SURECLICK	8	RUBRACA	52
RESTASIS	28	<i>rufinamide</i>	43
RESTASIS MULTIDOSE	28	RUKOBIA	57
RETACRIT	63	RYBELSUS	64
RETEVMO	52	RYDAPT	52
REVCovi	66	<i>salsalate</i>	37
REVLIMID	47	SANTYL	13
REVUFORJ	48	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	66
REXULTI	56	SAVELLA	11
REYATAZ	56	SAVELLA TITRATION PACK	11
REZLIDHIA	52	<i>saxagliptin hydrochloride</i>	64
REZUROCK	26	<i>saxagliptin hydrochloride/metformin</i>	64
RHOPRESSA	28	<i>hydrochloride er</i>	
<i>ribavirin</i>	57	SCSEMBLIX	52
<i>rifabutin</i>	45	<i>scopolamine</i>	45
<i>rifampin</i>	46	SECUADO	56
<i>riluzole</i>	12	<i>selegiline hcl</i>	4
<i>rimantadine hydrochloride</i>	57	<i>selenium sulfide</i>	15
RINVOQ	23	SELZENTRY	57
RINVOQ LQ	23	SEREVENT DISKUS	34
<i>risedronate sodium</i>	10	<i>sertraline hcl</i>	45
<i>risedronate sodium dr</i>	10	<i>sertraline hydrochloride</i>	45
RISPERDAL CONSTA	56	<i>sevelamer carbonate</i>	60
<i>risperidone</i>	56	<i>sf 5000 plus</i>	13
<i>risperidone er</i>	56	<i>sharobel</i>	21
<i>risperidone odt</i>	56	SHINGRIX	27
<i>ritonavir</i>	56	SIGNIFOR	22
<i>rivaroxaban</i>	63	<i>sildenafil</i>	17
<i>rivastigmine tartrate</i>	3	<i>sildenafil citrate</i>	17
<i>rivastigmine transdermal system</i>	3	<i>sildenafil citrate</i>	32
<i>rizatriptan benzoate</i>	3	<i>silver sulfadiazine</i>	13
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	3	SIMBRINZA	29
ROCKLATAN	28	<i>simvastatin</i>	7
<i>roflumilast</i>	34	<i>sirolimus</i>	26
ROMVIMZA	52	SIRTURO	46
<i>ropinirole er</i>	4	SKYRIZI	23
<i>ropinirole hcl</i>	4	SKYRIZI PEN	23
<i>ropinirole hydrochloride</i>	4	<i>sodium chloride</i>	61
<i>rosadan</i>	14	<i>sodium chloride 0.45%</i>	61
<i>rosuvastatin calcium</i>	7	<i>sodium chloride 0.9%</i>	35
<i>rosyrah</i>	20	<i>sodium fluoride</i>	13

ID de formulario: 25502, 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>sodium fluoride 5000 plus</i>	13	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	41
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	13	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	41
<i>sodium oxybate</i>	12	SULFAMYLON	15
<i>sodium phenylbutyrate</i>	66	<i>sulfasalazine</i>	9
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	59	<i>sulindac</i>	37
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	16	<i>sumatriptan</i>	3
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	57	<i>sumatriptan succinate</i>	3
<i>solifenacin succinate</i>	17	<i>sumatriptan succinate refill</i>	3
SOLTAMOX	47	<i>sunitinib malate</i>	53
SOLU-CORTEF	21	SUNLENCA	57
SOMATULINE DEPOT	22	SYMLINPEN 120	64
SOMAVERT	22	SYMLINPEN 60	64
<i>sorafenib</i>	52	SYMPAZAN	42
<i>sorafenib tosylate</i>	52	SYMTUZA	56
<i>sorine</i>	7	SYNAREL	22
<i>sotalol hcl</i>	7	SYNJARDY	64
<i>sotalol hydrochloride</i>	7	SYNJARDY XR	64
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	7	SYNRIBO	48
SPIRIVA RESPIMAT	33	SYNTHROID	22
<i>spironolactone</i>	7	TABLOID	48
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	6	TABRECTA	53
SPRITAM	43	<i>tacrolimus</i>	15
SPRYCEL	52	<i>tacrolimus</i>	26
<i>sps</i>	59	<i>tadalafil</i>	17
<i>ssd</i>	13	<i>tadalafil</i>	32
STAMARIL	27	TAFINLAR	53
STEQUEYMA	23	<i>tafluprost</i>	30
<i>sterile water for irrigation</i>	35	TAGRISSO	53
STIOLTO RESPIMAT	31	TALZENNA	53
STIVARGA	53	<i>tamoxifen citrate</i>	47
<i>streptomycin sulfate</i>	38	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	17
STRIBILD	58	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	20
STRIVERDI RESPIMAT	34	TASIGNA	53
<i>subvenite</i>	43	<i>tasimelteon</i>	12
<i>subvenite starter kit/blue</i>	43	TAVNEOS	23
<i>subvenite starter kit/green</i>	43	<i>taysofy</i>	20
<i>subvenite starter kit/orange</i>	43	<i>tazarotene</i>	14
SUCRAID	66	<i>tazicef</i>	40
<i>sucrafate</i>	17	<i>taztia xt</i>	5
<i>sulfacetamide sodium</i>	29	TAZVERIK	53
<i>sulfacetamide sodium</i>	41	TDVAX	27
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	29	<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"</i>	35
<i>sulfadiazine</i>	41	TEFLARO	40
		TEKTURN HCT	6

ID de formulario: 25502, 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>telmisartan</i>	6	<i>tobramycin sulfate</i>	38
<i>telmisartan/amlodipine</i>	6	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	29
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>tolterodine tartrate</i>	17
<i>temazepam</i>	12	<i>tolterodine tartrate er</i>	17
TENIVAC	27	<i>topiramate</i>	43
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	59	<i>toremifene citrate</i>	47
TEPMETKO	53	<i>torseamide</i>	8
<i>terazosin hcl</i>	17	TOUJEO MAX SOLOSTAR	65
<i>terazosin hydrochloride</i>	17	TOUJEO SOLOSTAR	65
<i>terbinafine hcl</i>	46	TRACLEER	32
<i>terconazole</i>	46	TRADJENTA	64
<i>teriflunomide</i>	11	<i>tramadol hydrochloride</i>	36
<i>teriparatide</i>	10	<i>tramadol hydrochloride er</i>	35
<i>testosterone</i>	18	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	36
<i>testosterone cypionate</i>	18	<i>trandolapril</i>	8
<i>testosterone enanthate</i>	18	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	6
<i>testosterone pump</i>	18	<i>tranexamic acid</i>	62
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT	27	<i>tranylcypromine sulfate</i>	44
<i>tetrabenazine</i>	12	TRAVASOL	61
<i>tetracycline hydrochloride</i>	41	<i>travoprost</i>	30
THALOMID	47	<i>trazodone hydrochloride</i>	45
<i>theophylline</i>	34	TRECATOR	46
<i>theophylline er</i>	34	TRELEGY ELLIPTA	31
<i>thioridazine hydrochloride</i>	55	TRESIBA	65
<i>thiothixene</i>	55	TRESIBA FLEXTOUCH	65
THYROID	22	<i>tretinoin</i>	14
<i>tiadylt er</i>	5	<i>tretinoin</i>	54
<i>tiagabine hydrochloride</i>	42	<i>tretinoin microsphere</i>	14
TIBSOVO	53	TREXALL	26
TICOVAC	27	<i>triamcinolone acetanide</i>	15
<i>tigecycline</i>	39	<i>triamcinolone acetanide</i>	21
<i>timolol hemihydrate</i>	27	<i>triamcinolone acetanide dental paste</i>	13
<i>timolol maleate</i>	4	<i>triamterene</i>	8
<i>timolol maleate</i>	28	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	27	<i>triazolam</i>	12
<i>tinidazole</i>	39	<i>trientine hydrochloride</i>	59
<i>tiopronin dr</i>	17	<i>trifluoperazine hcl</i>	55
TIVICAY	58	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	55
TIVICAY PD	58	<i>trifluridine</i>	29
<i>tizanidine hcl</i>	3	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	4
<i>tizanidine hydrochloride</i>	3	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	4
TOBI PODHALER	32	<i>trimethoprim</i>	39
TOBRADEX ST	29	<i>trimipramine maleate</i>	44
<i>tobramycin</i>	29	TRINTELLIX	45
		<i>tri-sprintec</i>	20

ID de formulario: 25502, 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
TRITOCIN	15	<i>varenicline starting month</i>	30
TRIUMEQ	59	<i>varenicline tartrate</i>	30
TRIUMEQ PD	59	VARIVAX	27
<i>trivora-28</i>	20	VAXCHORA	27
TRIZIVIR	59	<i>velivet</i>	20
TROPHAMINE	62	VELPHORO	60
<i>tropium chloride</i>	17	VEMLIDY	59
<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x 1/2"</i>	35	VENCLEXTA	53
<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	35	VENCLEXTA STARTING PACK	53
TRULICITY	64	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	45
TRUMENBA	27	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	45
TRUQAP	53	VENTAVIS	32
TRUSELTIQ	48	VEOZAH	12
TUKYSA	53	<i>verapamil hcl</i>	5
TURALIO	53	<i>verapamil hcl er</i>	5
<i>turqoz</i>	20	<i>verapamil hcl sr</i>	5
TWINRIX	27	<i>verapamil hydrochloride</i>	5
TYBOST	57	<i>verapamil hydrochloride er</i>	5
TYPHIM VI	27	VERQUVO	9
TYRVAYA	30	VERSACLOZ	55
UBRELVY	4	VERZENIO	53
UDENYCA	63	VIBRAMYCIN	41
UDENYCA ONBODY	63	<i>vigabatrin</i>	42
<i>unithroid</i>	22	<i>vigadrone</i>	42
<i>ursodiol</i>	16	VIGAFYDE	42
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	57	<i>vigpoder</i>	42
VALCHLOR	47	VIIBRYD STARTER PACK	45
<i>valganciclovir</i>	57	<i>vilazodone hydrochloride</i>	45
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	57	VIMKUNYA	27
<i>valproic acid</i>	43	VIRACEPT	57
<i>valsartan</i>	7	VIREAD	59
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>vitamin d</i>	62
VALTOCO 10 MG DOSE	42	VITRAKVI	53
VALTOCO 15 MG DOSE	42	VIVITROL	30
VALTOCO 20 MG DOSE	42	VIVOTIF	27
VALTOCO 5 MG DOSE	42	VIZIMPRO	53
<i>valtya 1/50</i>	20	VONJO	48
<i>vancomycin</i>	39	VORANIGO	49
<i>vancomycin hcl</i>	39	<i>voriconazole</i>	46
<i>vancomycin hydrochloride</i>	39	VOSEVI	57
VANFLYTA	53	VOWST	16
VAQTA	27	VRAYLAR	56
<i>varденаfil hydrochloride</i>	17	VUMERITY	11
<i>varденаfil hydrochloride odt</i>	17	<i>vyfemla</i>	20
		VYZULTA	30

ID de formulario: 25502, 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>warfarin sodium</i>	63	ZIRGAN	29
WELIREG	66	<i>zoledronic acid</i>	10
<i>wixela inhub</i>	31	ZOLINZA	48
XALKORI	53	<i>zolpidem tartrate</i>	12
XARAH FE	20	ZONISADE	43
XARELTO	63	<i>zonisamide</i>	43
XARELTO STARTER PACK	63	ZOSYN	40
XATMEP	26	<i>zovia 1/35</i>	20
XCOPRI	43	ZTALMY	42
XDEMVI	29	ZURZUVAE	44
XELJANZ	24	ZYDELIG	54
XELJANZ XR	23	ZYKADIA	54
<i>xelria fe</i>	20	ZYPREXA RELPREVV	56
XERMELO	16		
XGEVA	10		
XIFAXAN	16		
XIGDUO XR	64		
XIIDRA	29		
XOFLUZA	57		
XOLAIR	24		
XOSPATA	53		
XPOVIO	53		
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	53		
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	53		
XTANDI	47		
<i>xulane</i>	20		
<i>yargesa</i>	66		
YERVOY	47		
YESINTEK	24		
YF-VAX	27		
<i>yuvaferm</i>	20		
<i>zafemy</i>	20		
<i>zafirlukast</i>	33		
<i>zaleplon</i>	12		
ZARXIO	63		
ZEJULA	53		
ZELBORAF	54		
ZENATANE	14		
ZENPEP	66		
ZEPOSIA	11		
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	11		
ZEPOSIA STARTER KIT	11		
<i>zidovudine</i>	59		
<i>ziprasidone hcl</i>	56		
<i>ziprasidone mesylate</i>	56		

ID de formulario: 25502, 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.

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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك . سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية. 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) سوى الاتصال بنا على

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Y0065_2023_138_C_SPA



Este formulario se actualizó el 01 de septiembre de 2025. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred HMO al **1-800-701-9000** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o visite **www.thpmp.org**.



1 Wellness Way
Canton, MA 02021

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

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