



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 6

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024. 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](http://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 del 19 de agosto de 2024. 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](http://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 del 19 de agosto de 2024. 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 63. 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](http://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 59.

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](http://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		
<b>Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia preferida</b>									
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 <b>HMO Value No Rx</b>	Tufts Medicare Preferred <b>HMO Value Rx</b>	Tufts Medicare Preferred <b>HMO Prime No Rx</b>	Tufts Medicare Preferred <b>HMO Prime No Rx</b>	Tufts Medicare Preferred <b>HMO Prime Rx Plus</b>
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 <b>HMO Value No Rx</b>	Tufts Medicare Preferred <b>HMO Value Rx</b>	Tufts Medicare Preferred <b>HMO Prime No Rx</b>	Tufts Medicare Preferred <b>HMO Prime Rx</b>	Tufts Medicare Preferred <b>HMO Prime Rx Plus</b>
Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	<p>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.</p> <p>Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.</p>	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	<p>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.</p> <p>Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.</p>	

Tufts Medicare Preferred <b>HMO Value Rx</b>	Tufts Medicare Preferred <b>HMO Prime Rx</b>	Tufts Medicare Preferred <b>HMO Prime Rx Plus</b>
---	---	--

**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.



<b>Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx</b>	<b>Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx</b>	<b>Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus</b>
--	--	---

**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

<b>Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx</b>	<b>Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx</b>	<b>Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus</b>
--	--	---

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 antimiaisténicos.....	4
Agentes antiparkinsonianos .....	4
Agentes cardiovasculares .....	4
Agentes de antigout .....	9
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal .....	9
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas .....	10
Agentes del sistema nervioso central .....	10
Agentes del trastorno del sueño .....	12
Agentes dentales y orales.....	12
Agentes dermatológicos .....	12
Agentes gastrointestinales.....	15
Agentes genitourinarios.....	16
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis).....	17
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores) .....	18
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal) .....	20
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides) .....	21
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides).....	21
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria).....	21
Agentes inmunológicos .....	22
Agentes oftálmicos .....	26
Agentes para la bipolaridad.....	29
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción .....	29
Agentes para vías respiratorias/pulmonares.....	29
Agentes Terapéuticos, Misceláneos .....	33
Agentes óticos.....	34
Analgésicos .....	34
Anestésicos.....	36
Ansiolíticos .....	36
Antibacterianos .....	36
Anticonvulsivos .....	40
Antidepresivos .....	42
Antidepressants.....	43
Antieméticos .....	44
Antimicobacterianos.....	44
Antimicóticos .....	45
Antineoplásicos.....	45
Antiparasitarios .....	50
Antipsicóticos .....	51

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Antivírico .....	53
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas .....	55
Productos y modificadores sanguíneos .....	58
Reguladores de la glucemia .....	59
Relajantes musculares esqueléticos .....	61
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento .....	62

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Agentes antidemencia</b>		
<i>Agentes antidemencia, otros</i>		
NAMZARIC	3	
<i>Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspártico (NMDA)</i>		
<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	
<i>Inhibidores de la colinesterasa</i>		
<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	
<b>Agentes antiespásticos</b>		
<i>Agentes antiespásticos</i>		
<i>baclofen</i>	2	
<i>dantrolene sodium</i>	4	
<i>tizanidine hcl</i>	2	
<i>tizanidine hydrochloride</i>	2	
<b>Agentes antiyaquecosos</b>		
<i>Agonista de receptores de serotonina (5-HT)</i>		
<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	
<i>Alcaloides del cornezuelo</i>		
<i>dihydroergotamine mesylate soln</i>	5	QL(8 ML por 30 días); NEDS
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	3	
<i>Antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene)</i>		
AIMOVIG	3	QL(1 ML por 30 días); PA
EMGALITY INJ 120MG/ML	3	QL(2 ML por 30 días); PA

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
EMGALITY INJ 100MG/ML	3	QL(3 ML por 30 días); PA
NURTEC	4	PA
UBRELVY	4	PA
<b>Profiláctico</b>		
<i>timolol maleate tabs 10mg, 5mg</i>	3	
<i>timolol maleate tabs 20mg</i>	4	
<b>Agentes antimiasmáticos</b>		
<b>Parasimpaticomiméticos</b>		
<i>pyridostigmine bromide er</i>	4	
<i>pyridostigmine bromide tabs 60mg</i>	3	
<b>Agentes antiparkinsonianos</b>		
<b>Agentes antiparkinsonianos, otros</b>		
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	4	
<i>entacapone</i>	3	
<b>Agonistas de la dopamina</b>		
<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	
<b>Anticolinérgicos</b>		
<i>benztropine mesylate tabs</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hcl soln</i>	3	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	2	
<b>Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)</b>		
<i>rasagiline mesylate tabs</i>	4	
<i>selegiline hcl caps</i>	3	
<i>selegiline hcl tabs</i>	4	
<b>Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos</b>		
<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	
<b>Agentes cardiovasculares</b>		
<b>Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa</b>		
<i>prazosin hydrochloride caps</i>	3	
<b>Agentes bloqueantes adrenérgicos beta</b>		
<i>acebutolol hydrochloride</i>	3	
<i>atenolol tabs</i>	1	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>bisoprolol fumarate</i>	3	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>labetalol hydrochloride tabs</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 er cp24 120mg, 160mg</i>	3	
<i>propranolol hcl soln</i>	3	
<i>propranolol hcl tabs 40mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride er cp24 60mg, 80mg</i>	3	
<i>propranolol hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	2	
<b>Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas</b>		
<i>amlodipine besylate tabs</i>	1	
<i>felodipine er</i>	2	
<i>nifedipine er</i>	3	
<i>nimodipine caps</i>	4	
<b>Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas</b>		
<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, 90mg</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</i>	3	
<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 tbcr 120mg, 240mg</i>	2	
<i>verapamil hcl sr cp24</i>	4	
<i>verapamil hcl tabs 40mg, 80mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride er cp24 200mg</i>	4	
<i>verapamil hydrochloride er tbcr 180mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride tabs 120mg</i>	2	
<b>Agentes cardiovasculares, otros</b>		

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>aliskiren</i>	1	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	1	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	1	
<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	
<b>CORLANOR</b>	4	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	1	
<b>ENTRESTO</b>	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	
<b>TEKTURNA HCT TABS 150MG; 12.5MG, 300MG; 12.5MG, 300MG; 25MG</b>	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	
<b>Agonistas adrenérgicos alfa</b>		
<i>clonidine</i>	4	
<i>clonidine hydrochloride tabs</i>	1	
<i>droxidopa</i>	5	PA; NEDS
<i>midodrine hcl</i>	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Antagonistas de los receptores de la angiotensina II</b>		
<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	
<i>valsartan tabs</i>	1	
<b>Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides</b>		
<i>eplerenone</i>	3	
KERENDIA	4	PA
<i>spironolactone tabs</i>	2	
<b>Antiarrítmicos</b>		
<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 hcl</i>	3	
MULTAQ	3	
<i>propafenone hcl</i>	3	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	4	
<i>quinidine gluconate cr</i>	4	
<i>quinidine sulfate tabs</i>	3	
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol hcl</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	2	
<b>Dislipidémicos, derivados del ácido fibríco</b>		
<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	
<b>Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa</b>		
<i>atorvastatin calcium</i>	1	
FLOLIPID	3	
<i>fluvastatin</i>	1	
<i>fluvastatin sodium er</i>	1	
<i>lovastatin tabs</i>	1	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>pitavastatin calcium</i>	1	
<i>pravastatin sodium</i>	1	
<i>rosuvastatin calcium tabs</i>	1	
<i>simvastatin tabs</i>	1	
<b>Dislipidémicos, otros</b>		
<i>cholestyramine light powd</i>	3	
<i>cholestyramine light pack</i>	4	
<i>cholestyramine powd</i>	3	
<i>cholestyramine pack</i>	4	
<i>colestipol hcl gran</i>	2	
<i>colestipol hcl 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
<b>Diuréticos, ahorrador de potasio</b>		
<i>amiloride hcl tabs</i>	2	
<i>triamterene caps</i>	4	
<b>Diuréticos, evacuación</b>		
<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>toremide tabs</i>	3	
<b>Diuréticos, tiazida</b>		
<i>chlorthalidone tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide caps, tabs</i>	1	
<i>indapamide tabs</i>	2	
<i>metolazone</i>	2	
<b>Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)</b>		
<i>benazepril hcl tabs 10mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>benazepril hydrochloride tabs 20mg</i>	1	
<i>captopril tabs</i>	1	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>enalapril maleate tabs</i>	1	
<i>fosinopril sodium</i>	1	
<i>lisinopril tabs</i>	1	
<i>moexipril hcl</i>	1	
<i>perindopril erbumine</i>	1	
<i>quinapril hydrochloride</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	
<i>trandolapril</i>	1	
<b><i>Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT)</i></b>		
FARXIGA	3	
JARDIANCE	3	
<b><i>Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso</i></b>		
<i>isosorbide dinitrate tabs</i>	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	
<b><i>Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial</i></b>		
<i>hydralazine hcl tabs 10mg</i>	2	
<i>hydralazine hydrochloride tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>minoxidil tabs</i>	2	
<b>Agentes de antigout</b>		
<b><i>Agentes de antigout</i></b>		
<i>allopurinol</i>	2	
<i>colchicine</i>	3	
GLOPERBA	4	
<i>probenecid</i>	3	
<i>probenecid/colchicine</i>	3	
<b>Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal</b>		
<b><i>Aminosalicilatos</i></b>		
<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	
<b><i>Glucocorticoides</i></b>		
<i>budesonide er</i>	5	NEDS
<i>budesonide cpep 3mg</i>	4	
<i>budesonide foam 2mg</i>	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
<b>Agentes de las enfermedades óseas metabólicas</b>		
<i>Agentes de las enfermedades óseas metabólicas</i>		
<i>alendronate sodium tabs</i>	1	
<i>alendronate sodium soln</i>	4	
<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	
<b>Agentes del sistema nervioso central</b>		
<i>Agentes de esclerosis múltiple</i>		
AVONEX PEN	5	NEDS
AVONEX INJ 30MCG/0.5ML	5	NEDS
BETASERON	5	NEDS
<i>dalfampridine er</i>	3	
<i>dimethyl fumarate</i>	4	
<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
MAYZENT	5	NEDS
MAYZENT STARTER PACK TBPk 0.25MG	4	
MAYZENT STARTER PACK TBPk 0.25MG	5	NEDS
PLEGRIDY	5	NEDS
PLEGRIDY STARTER PACK	5	NEDS
REBIF	5	ST; NEDS

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
REBIF REBIDOSE	5	ST; NEDS
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	5	ST; NEDS
REBIF TITRATION PACK	5	ST; NEDS
<i>teriflunomide</i>	4	
VUMERITY	5	NEDS
ZEPOSIA	5	NEDS
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	5	NEDS
ZEPOSIA STARTER KIT	5	NEDS
<b>Agentes de fibromialgia</b>		
SAVELLA	3	
SAVELLA TITRATION PACK	3	
<b>Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas</b>		
<i>amphetamine/dextroamphetamine 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	
<b>Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas</b>		
<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 18mg, 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 cd cpr 10mg, 20mg, 30mg, 50mg, 60mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er cpr 40mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er tb24</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er tbcr 10mg, 18mg, 20mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride tabs</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride soln</i>	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>methylphenidate hydrochloride chew</i>	4	
<b>Sistema nervioso central, otros</b>		
AUSTEDO	5	PA; NEDS
INGREZZA	5	PA; NEDS
NUEDEXTA	3	PA
RADICAVA ORS	5	PA; NEDS
<i>riluzole</i>	4	
<i>tetrabenazine</i>	4	PA
VEOZAH	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<b>Agentes del trastorno del sueño</b>		
<b>Agentes estimulantes de insomnio</b>		
<i>armodafinil</i>	3	PA
<i>modafinil tabs</i>	2	PA
<i>sodium oxybate</i>	5	PA; NEDS
<b>Agentes somníferos</b>		
BELSOMRA	3	
<i>eszopiclone</i>	2	
<i>flurazepam hcl</i>	2	
<i>flurazepam hydrochloride</i>	2	
<i>ramelteon</i>	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	
<b>Agentes dentales y orales</b>		
<b>Agentes dentales y orales</b>		
<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>perio gard</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	4	
<i>sf 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride 1.1</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	3	
<b>Agentes dermatológicos</b>		

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Agentes dermatológicos, otros</b>		
<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	
<b>Agentes desencadenantes de acné y rosácea</b>		
<i>acutane</i>	4	
<i>acitretin</i>	4	
<i>adapalene gel</i>	4	PA
<i>amnestem</i>	4	
<i>avita</i>	2	PA
<i>azelaic acid</i>	4	
<i>claravis</i>	4	
<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</i>	3	PA
<i>tazarotene gel</i>	4	PA

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tretinoin microsphere</i>	4	PA
<i>tretinoin crea 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	3	PA
ZENATANE	4	
<b>Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito</b>		
<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, 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	
<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	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<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	
<b>Antiinfecciosos tópicos</b>		
<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	
<b>Pediculicidas/escabicidas</b>		
<i>malathion</i>	4	
<i>permethrin crea</i>	3	
<b>Agentes gastrointestinales</b>		
<b>Agentes antidiarreicos</b>		
<i>alosetron hydrochloride tabs 0.5mg</i>	4	PA
<i>alosetron hydrochloride tabs 1mg</i>	5	PA; NEDS
<i>loperamide hcl caps</i>	3	
XERMELO	5	PA; NEDS
<b>Agentes antiestreñimiento</b>		
<i>constulose</i>	2	
<i>enulose</i>	2	
<i>generlac</i>	2	
<i>lactulose soln 10gm/15ml</i>	2	
LINZESS	3	
<i>lubiprostone</i>	4	
MOVANTIK	3	
OSMOPREP	4	
<b>Agentes gastrointestinales, otros</b>		
CLENPIQ	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<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 hcl tabs 5mg</i>	1	
<i>metoclopramide hydrochloride tabs 10mg</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
<b>Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)</b>		
<i>cimetidine tabs</i>	4	
<i>famotidine tabs 20mg, 40mg</i>	2	
<b>Antiespasmódicos, gastrointestinal</b>		
<i>dicyclomine hcl soln</i>	4	
<i>dicyclomine hydrochloride caps, tabs</i>	2	
<i>glycopyrrolate soln</i>	3	
<i>glycopyrrolate tabs 1mg, 2mg</i>	3	
<b>Inhibidores de la bomba de protones</b>		
DEXLANSOPRAZOLE	4	
<i>esomeprazole magnesium cpdr</i>	3	
<i>esomeprazole magnesium pack</i>	4	
<i>lansoprazole cpdr</i>	2	
<i>omeprazole dr cpdr 10mg</i>	2	
<i>omeprazole cpdr 20mg, 40mg</i>	2	
<i>pantoprazole sodium tbec</i>	2	
<i>rabeprazole sodium</i>	2	
<b>Protectores</b>		
<i>misoprostol</i>	3	
<i>sucralfate tabs</i>	3	
<i>sucralfate susp</i>	4	
<b>Agentes genitourinarios</b>		
<b>Agentes de hiperplasia benigna de próstata</b>		

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<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	
<b>Agentes genitourinarios, otros</b>		
<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>vardenafil hydrochloride</i>	2	QL(4 EA por 30 días); EC
<i>vardenafil hydrochloride odt</i>	2	QL(4 EA por 30 días); EC
<b>Antiespasmódicos, urinario</b>		
<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	
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</b>		
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</b>		
<i>desmopressin acetate tabs</i>	4	
<i>desmopressin acetate soln 0.01%</i>	2	
<i>desmopressin acetate soln 0.01%</i>	4	
GENOTROPIN	5	PA; NEDS
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG	3	PA

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	5	PA; NEDS
INCRELEX	5	PA; NEDS
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)</b>		
<b>Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos</b>		
OSPHENA	4	
<i>raloxifene hydrochloride</i>	2	
<b>Andrógenos</b>		
<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	
<b>Estrógenos</b>		
<i>amabelz</i>	3	
<i>amethia</i>	4	
<i>apri</i>	2	
<i>ashlyna</i>	4	
<i>aviane</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	
<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	
<i>finzala</i>	3	
<i>fyavolv tabs 5mcg; 1mg</i>	3	
<i>fyavolv tabs 2.5mcg; 0.5mg</i>	4	
<i>haloette</i>	4	
<i>iclevia</i>	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	3	
IMVEXXY STARTER PACK	3	
<i>introvale</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>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	
<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	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<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>velivet</i>	4	
<i>vyfemla</i>	4	
<i>xulane</i>	3	
<i>yuvafem</i>	4	
<i>zafemy</i>	3	
<i>zovia 1/35</i>	4	
<b>Progestinas</b>		
<i>camila</i>	2	
<i>deblitane</i>	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	
<i>errin</i>	2	
<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	
NEXPLANON	3	
<i>norethindrone acetate tabs</i>	3	
<i>progesterone caps</i>	3	
<i>sharobel</i>	2	
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)</b>		
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)</b>		
DEPO-MEDROL	3	
<i>dexamethasone</i>	2	
<i>dexamethasone intensol</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate +rfid</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 100mg/10ml, 10mg/ml, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml</i>	2	
<i>fludrocortisone acetate</i>	3	
<i>hydrocortisone tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	3	
<i>kenalog-10</i>	2	
<i>methylprednisolone</i>	2	
<i>methylprednisolone acetate</i>	2	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<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 acetonide inj 40mg/ml</i>	2	
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)</b>		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)</i>		
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	
<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	
<b>Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)</b>		
<i>Agentes antitiroideos</i>		
<i>methimazole tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>propylthiouracil tabs</i>	3	
<b>Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)</b>		
<i>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)</i>		
<i>cabergoline</i>	3	
ELIGARD	4	
FIRMAGON INJ 80MG	4	
FIRMAGON INJ 120MG/VIAL	5	NEDS

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
KORLYM	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>lanreotide acetate</i>	5	NEDS
<i>leuprolide acetate</i>	4	
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	
<i>octreotide acetate inj 1000mcg/ml</i>	5	NEDS
ORGOVYX	5	PA NSO; NEDS
SIGNIFOR	5	QL(60 ML por 30 días); PA; NEDS
SOMATULINE DEPOT	5	NEDS
SOMAVERT	5	PA; NEDS
SYNAREL	5	NEDS
<b>Agentes inmunológicos</b>		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
ARCALYST	5	PA; NEDS
BENLYSTA	5	PA; NEDS
COSENTYX	5	PA; NEDS
COSENTYX SENSOREADY PEN	5	PA; NEDS
COSENTYX UNOREADY	5	PA; NEDS
DUPIXENT	5	PA; NEDS
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
RINVOQ LQ	5	QL(360 ML por 30 días); PA; NEDS

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SKYRIZI PEN	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
SKYRIZI INJ 600MG/10ML	5	PA; NEDS
SKYRIZI INJ 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
SKYRIZI INJ 180MG/1.2ML	5	QL(1.2 ML por 28 días); PA; NEDS
SKYRIZI INJ 360MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 28 días); PA; NEDS
STELARA INJ 45MG/0.5ML, 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
XELJANZ SOLN	5	QL(300 ML por 30 días); PA; NEDS
XELJANZ TABS	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
XOLAIR	5	PA; NEDS
<b>Agentes para angioedema</b>		
BERINERT	5	PA; NEDS
HAEGARDA	5	PA; NEDS
<i>icatibant acetate</i>	5	QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS
<b>Inmunoestimulantes</b>		
ACTIMMUNE	5	NEDS
BESREMI	5	PA NSO; NEDS
PEGASYS INJ 180MCG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); NEDS
<b>Inmunoglobulinas</b>		
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

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
<b><i>Inmunosupresores</i></b>		
<i>azathioprine tabs 50mg</i>	3	PA BvD
<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
ENBREL SURECLICK	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS
ENBREL INJ 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS
ENBREL INJ 25MG/0.5ML	5	QL(8.16 ML por 28 días); PA; NEDS
ENVARUSUS XR TB24 0.75MG, 1MG	4	PA BvD
ENVARUSUS 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
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	5	PA; NEDS
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	5	PA; NEDS
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	5	PA; NEDS
HUMIRA PEN INJ 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; NEDS
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS
HUMIRA INJ 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML, 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS
JYLAMVO	5	NEDS
<i>leflunomide</i>	2	
<i>methotrexate sodium tabs</i>	2	
<i>methotrexate sodium inj 50mg/2ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium inj 1gm/40ml, 250mg/10ml</i>	2	PA BvD
<i>methotrexate inj 50mg/2ml</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil caps, tabs</i>	3	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil susr</i>	5	PA BvD; NEDS

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>mycophenolic acid dr</i>	4	PA BvD
NULOJIX	5	NEDS
PEGASYS INJ 180MCG/0.5ML	5	QL(4 ML por 28 días); NEDS
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	
<b>Vacunas</b>		
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	
DENGVAXIA	6	
DIPHThERIA/TETANUS TOXOIDS ADSORBED PEDIATRIC	6	
ENGERIX-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: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	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	
PENTACEL	6	
PREHEVBRIO	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	
TICOVAC	6	
TRUMENBA	6	
TWINRIX	6	
TYPHIM VI	6	
VAQTA	6	
VARIVAX	6	
YF-VAX	6	
<b>Agentes oftálmicos</b>		
<b><i>Agentes oftálmicos antialérgicos</i></b>		
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 hcl</i>	3	
<i>olopatadine hydrochloride soln 0.2%</i>	3	
<b><i>Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos</i></b>		
<i>betaxolol hcl</i>	4	
BETIMOL	4	
<i>carteolol hcl</i>	2	
<i>levobunolol hcl soln 0.5%</i>	3	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	4	
<i>timolol maleate soln 0.25%, 0.5%</i>	1	
<i>timolol maleate soln 0.5%</i>	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros</b>		
<i>acetazolamide</i>	2	
<i>acetazolamide er</i>	2	
ALPHAGAN P SOLN 0.1%	3	
<i>apraclonidine</i>	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	
RHOPRESSA	3	
<b>Agentes oftálmicos, otros</b>		
<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/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	
SIMBRINZA	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	2	
TOBRADEX ST	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	3	
XIIDRA	4	
<b>Antiinfecciosos oftálmicos</b>		
<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 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	
XDEMVY	5	PA; NEDS
ZIRGAN	4	
<b>Antiinflamatorios oftálmicos</b>		
<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	
FML	3	
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	
<b>Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas</b>		
<i>bimatoprost</i>	4	
<i>latanoprost soln</i>	2	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LUMIGAN	3	
<i>tafluprost</i>	4	
<i>travoprost</i>	4	
VYZULTA	4	
<b>Agentes para la bipolaridad</b>		
<i>Estabilizadores del estado de ánimo</i>		
<i>lithium</i>	2	
<i>lithium carbonate er</i>	2	
<i>lithium carbonate caps, tabs</i>	2	
<b>Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción</b>		
<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 box</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 hcl tabs</i>	2	
VIVITROL	5	NEDS
<b>Agentes para vías respiratorias/pulmonares</b>		

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Agentes del tracto respiratorio, otros</b>		
<i>acetylcysteine soln</i>	4	PA BvD
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
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)
<b>Agentes para fibrosis pulmonar</b>		
OFEV	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
<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
<i>pirfenidone tabs 801mg</i>	5	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS
<b>Agentes para fibrosis quística</b>		
CAYSTON	5	PA; NEDS
KALYDECO	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ORKAMBI TABS	5	QL(112 EA por 28 días); PA; NEDS
ORKAMBI PACK	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
PULMOZYME	5	PA BvD; NEDS
TOBI PODHALER	5	NEDS
<b>Antihipertensivos pulmonares</b>		
ADEMPAS	5	PA; NEDS
<i>alyq</i>	4	PA
<i>ambrisentan</i>	5	PA; NEDS
<i>bosentan</i>	5	PA; NEDS
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
<i>tadalafil tabs 20mg</i>	4	PA
TRACLEER TBSO	5	PA; NEDS
VENTAVIS	5	PA; NEDS
<b>Antihistamínicos</b>		
<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 syrj</i>	4	
<i>cyproheptadine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>desloratadine</i>	3	
<i>diphenhydramine hydrochloride inj</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl inj 25mg/ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl tabs 50mg</i>	2	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrj</i>	2	
<i>hydroxyzine hydrochloride tabs 10mg, 25mg</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate caps</i>	2	
<i>levocetirizine dihydrochloride tabs</i>	2	
<b>Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados</b>		
<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)

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<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 REDIMALER	3	QL(63.6 GM por 90 días)
<b>Antileucotrienos</b>		
<i>montelukast sodium chew, pack, tabs</i>	2	
<i>zafirlukast</i>	4	
<b>Broncodilatadores, anticolinérgicos</b>		
<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)
<b>Broncodilatadores, simpaticomimético</b>		
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	2	QL(108 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	2	QL(40.2 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	2	QL(51 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate nebu</i>	2	PA BvD
<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)
<b>Estabilizadores de mastocitos</b>		
<i>cromolyn sodium nebu 20mg/2ml</i>	3	PA BvD

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b><i>Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias</i></b>		
<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	
<b>Agentes Terapéuticos, Misceláneos</b>		
<b><i>Agentes Terapéuticos, Misceláneos</i></b>		
<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 G6 INTRO KIT (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	4	
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	4	
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	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<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	
<b>Agentes óticos</b>		
<b><i>Agentes óticos</i></b>		
<i>acetic acid</i>	2	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	4	
<i>ciprofloxacin soln 0.2%</i>	4	
<b>CORTISPORIN-TC</b>	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	
<b>Analgésicos</b>		
<b><i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i></b>		
<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 tbcr</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride er</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<b><i>Analgésicos opioides, de acción rápida</i></b>		
<i>acetaminophen/codeine tabs</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>acetaminophen/codeine soln</i>	2	QL(3600 ML 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)

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 300mg; 10mg, 300mg; 5mg, 300mg; 7.5mg, 325mg; 10mg, 325mg; 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydrocodone/acetaminophen tabs 325mg; 7.5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl liqd</i>	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)
<b>Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos</b>		
<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	
<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	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>nabumetone tabs</i>	2	
<i>naproxen dr tbec 375mg</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	
<b>Anestésicos</b>		
<b><i>Anestésicos locales</i></b>		
<i>glydo</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl jelly</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl prsy</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl inj 0.5%, 1.5%, 2%, 4%</i>	2	
<i>lidocaine hydrochloride external soln</i>	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)
<b>Ansiolíticos</b>		
<b><i>Ansiolíticos, otros</i></b>		
<i>bupirone hcl tabs 15mg</i>	2	
<i>bupirone hydrochloride tabs 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	2	
<b><i>Benzodiazepinas</i></b>		
<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	
<b>Antibacterianos</b>		
<b><i>Aminoglicósidos</i></b>		
<i>amikacin sulfate inj 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	4	HI
ARIKAYCE	5	PA; NEDS

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<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
<b>Antibacterianos, otros</b>		
<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 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
<b>IMPAVIDO</b>	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	
<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	
<b>NUVESSA</b>	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	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>vancomycin hydrochloride inj 1.75gm, 2gm</i>	4	
<i>vancomycin hydrochloride inj 1.25gm, 1.5gm, 1gm, 500mg, 5gm, 750mg</i>	4	HI
<i>vancomycin inj 0.9%; 500mg/100ml, 0.9%; 750mg/150ml</i>	2	HI
<b>Betalactámico, cefalosporinas</b>		
<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%</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 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
<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
<b>Betalactámico, penicilinas</b>		
<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	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<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
<b>Carbapenemas</b>		
<i>ertapenem</i>	4	HI
<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
<b>Macrólidos</b>		
<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>erythromycin cpep 250mg</i>	4	
<b>Quinolonas</b>		
<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	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>levofloxacin tabs 250mg, 500mg, 750mg</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	4	HI
<i>moxifloxacin hydrochloride tabs 400mg</i>	2	
<b>Sulfonamidas</b>		
<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	
<b>Tetraciclinas</b>		
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</i>	4	
<i>minocycline hydrochloride caps 100mg, 50mg</i>	3	
<i>monodoxyne nl caps 100mg</i>	2	
<i>tetracycline hydrochloride caps</i>	3	
VIBRAMYCIN SYRP	4	
<b>Anticonvulsivos</b>		
<b>Agentes de modificación de los canales de calcio</b>		
<i>ethosuximide soln</i>	3	
<i>ethosuximide caps</i>	4	
<i>methsuximide</i>	3	
<b>Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)</b>		
<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
<i>diazepam rectal gel</i>	4	
<i>divalproex sodium dr</i>	2	
<i>divalproex sodium er</i>	3	
<i>divalproex sodium csdr</i>	3	
<i>gabapentin caps</i>	2	
<i>gabapentin soln</i>	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<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
<i>vigpoder</i>	5	NEDS
ZTALMY	5	PA NSO; NEDS
<b>Agentes para los canales de sodio</b>		
APTIOM	4	
<i>carbamazepine er</i>	4	
<i>carbamazepine chew, tabs</i>	3	
<i>carbamazepine susp</i>	4	
<i>epitol</i>	3	
<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	
<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

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZONISADE	4	
<i>zonisamide</i>	2	
<b>Anticonvulsivos, otros</b>		
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 oral soln, tabs</i>	3	
<i>levetiracetam inj 500mg/5ml</i>	2	
NAYZILAM	4	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
<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 cpsp</i>	4	
<i>valproic acid</i>	2	
<b>Antidepresivos</b>		
<b>Antidepresivos, otros</b>		
AUVELITY	4	
<i>bupropion hcl tabs 100mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 100mg, 150mg, 200mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tb24 150mg, 300mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride tabs 75mg</i>	2	
<i>mirtazapine odt</i>	3	
<i>mirtazapine tabs</i>	2	
ZURZUVAE CAPS 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZURZUVAE CAPS 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
<b><i>Inhibidores de la monoaminoxidasa</i></b>		
EMSAM	5	ST NSO; NEDS
MARPLAN	4	
<i>phenelzine sulfate</i>	3	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	4	
<b><i>Tricíclicos</i></b>		
<i>amitriptyline hcl tabs 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	2	
<i>amitriptyline hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 50mg</i>	2	
<i>amoxapine</i>	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	
<b>Antidepressants</b>		
<b><i>SSRIs/SNRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)</i></b>		
<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 hcl</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride cpep 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride cpep 30mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate tabs</i>	2	
<i>escitalopram oxalate soln</i>	4	
FETZIMA	4	ST NSO
FETZIMA TITRATION PACK	4	ST NSO
<i>fluoxetine dr</i>	4	
<i>fluoxetine hydrochloride caps</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride soln</i>	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<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	
<i>sertraline hcl tabs</i>	1	
<i>sertraline hcl conc</i>	3	
<i>sertraline hydrochloride</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride</i>	2	
<b>TRINTELLIX</b>	4	
<i>venlafaxine hcl er</i>	3	
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	3	
<b>VIIBRYD STARTER PACK</b>	4	
<i>vilazodone hydrochloride</i>	4	
<b>Antieméticos</b>		
<b>Adyuvantes para terapia emetogénica</b>		
<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
<b>Antieméticos, otros</b>		
<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 hcl tabs 12.5mg</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>scopolamine</i>	4	
<b>Antimicobacterianos</b>		
<b>Antimicobacterianos, otros</b>		
<i>dapsone tabs</i>	3	
<i>rifabutin</i>	4	
<b>Antituberculosos</b>		
<i>ethambutol hydrochloride</i>	3	
<i>isoniazid tabs</i>	1	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>isoniazid syrp</i>	4	
PRIFTIN	4	
<i>pyrazinamide tabs</i>	4	
<i>rifampin caps, inj</i>	4	
SIRTURO	5	PA; NEDS
TRECTOR	4	
<b>Antimicóticos</b>		
<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 hcl</i>	4	
<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
<b>Antineoplásicos</b>		
<i>Agentes alquilantes</i>		

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cyclophosphamide tabs</i>	3	PA BvD
<i>cyclophosphamide caps</i>	4	PA BvD
GLEOSTINE CAPS 100MG, 10MG, 40MG	4	
LEUKERAN	5	NEDS
MATULANE	5	NEDS
VALCHLOR	5	NEDS
<b>Agentes antiangiogénicos</b>		
<i>lenalidomide</i>	5	PA NSO; NEDS
POMALYST	5	PA NSO; NEDS
REVLIMID	5	PA NSO; NEDS
THALOMID	5	NEDS
<b>Antiandrogénicos</b>		
<i>abiraterone acetate</i>	5	PA NSO; NEDS
<i>bicalutamide</i>	2	
ERLEADA	5	PA NSO; NEDS
<i>flutamide</i>	2	
<i>nilutamide</i>	5	NEDS
NUBEQA	5	PA NSO; NEDS
XTANDI	5	PA NSO; NEDS
<b>Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco</b>		
DARZALEX	5	NEDS
OPDIVO	5	NEDS
YERVOY	5	NEDS
<b>Antiestrógenos/modificadores</b>		
EMCYT	5	NEDS
ORSERDU	5	PA NSO; NEDS
SOLTAMOX	5	NEDS
<i>tamoxifen citrate tabs</i>	3	
<i>toremifene citrate</i>	5	NEDS
<b>Antimetabolitos</b>		
DROXIA	3	
<i>hydroxyurea caps</i>	3	
<i>mercaptopurine tabs</i>	4	
PURIXAN	5	NEDS
TABLOID	4	
<b>Antineoplásicos, otros</b>		
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>docetaxel inj 160mg/8ml, 20mg/ml, 80mg/4ml</i>	4	
IBRANCE TABS 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO; NEDS
INREBIC	5	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
IWILFIN	5	PA NSO; NEDS
KISQALI FEMARA 200 DOSE	5	PA NSO; NEDS
KISQALI FEMARA 400 DOSE	5	PA NSO; NEDS
KISQALI FEMARA 600 DOSE	5	PA NSO; NEDS
<i>leucovorin calcium tabs</i>	2	
LONSURF	5	PA NSO; NEDS
LYSODREN	5	NEDS
OGSIVEO	5	PA NSO; NEDS
OJEMDA	5	PA NSO; NEDS
ONUREG	5	PA NSO; NEDS
<i>paclitaxel inj 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml, 30mg/5ml</i>	2	
SYNRIBO	5	NEDS
TRUSELTIQ	5	PA NSO; NEDS
VONJO	5	PA NSO; NEDS
ZOLINZA	5	PA NSO; NEDS
<b>Complementos del tratamiento</b>		
MESNEX TABS	5	NEDS
<b>Inhibidores de enzimas</b>		
KYPROLIS	5	NEDS
<b>Inhibidores de la aromataasa, tercera generación</b>		
<i>anastrozole tabs</i>	3	
<i>exemestane</i>	4	
<i>letrozole</i>	3	
<b>Inhibidores moleculares dirigidos</b>		
ALECENSA	5	PA NSO; NEDS
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
BOSULIF TABS 400MG, 500MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BRAFTOVI CAPS 75MG	5	PA NSO; NEDS
BRUKINSA	5	PA NSO; NEDS
CABOMETYX	5	PA NSO; NEDS
CALQUENCE	5	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
COPIKTRA	5	PA NSO; NEDS
COTELLIC	5	PA NSO; NEDS
DAURISMO	5	PA NSO; NEDS
ERIVEDGE	5	PA NSO; NEDS
<i>erlotinib hydrochloride tabs 150mg, 25mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); NEDS
<i>erlotinib hydrochloride tabs 100mg</i>	5	QL(90 EA por 30 días); NEDS
<i>everolimus tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>everolimus tbso 2mg, 3mg, 5mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
EXKIVITY	5	PA NSO; NEDS
FOTIVDA	5	PA NSO; NEDS
FRUZAQLA	5	PA NSO; NEDS
GAVRETO	5	PA NSO; NEDS
<i>gefitinib</i>	5	PA NSO; NEDS
GILOTRIF	5	PA NSO; NEDS
IBRANCE CAPS 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO; NEDS
ICLUSIG	5	PA NSO; NEDS
IDHIFA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>imatinib mesylate</i>	5	NEDS
IMBRUVICA	5	PA NSO; NEDS
INLYTA	5	PA NSO; NEDS
INQOVI	5	PA NSO; NEDS
JAKAFI	5	PA NSO; NEDS
JAYPIRCA	5	PA NSO; NEDS
KISQALI	5	PA NSO; NEDS
KOSELUGO	5	PA NSO; NEDS
KRAZATI	5	PA NSO; NEDS
<i>lapatinib ditosylate</i>	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS
LORBRENA	5	PA NSO; NEDS
LUMAKRAS	5	PA NSO; NEDS
LYNPARZA TABS	5	PA NSO; NEDS
LYTGOBI	5	PA NSO; NEDS
MEKINIST	5	PA NSO; NEDS
MEKTOVI	5	PA NSO; NEDS
NERLYNX	5	PA NSO; NEDS
NINLARO	5	PA NSO; NEDS
ODOMZO	5	PA NSO; NEDS
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
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS
QINLOCK	5	PA NSO; NEDS
RETEVMO CAPS	5	PA NSO; NEDS
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
ROZLYTREK	5	PA NSO; NEDS
RUBRACA	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
RYDAPT	5	PA NSO; NEDS
SCEMBLIX TABS 20MG, 40MG	5	PA NSO; NEDS
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
STIVARGA	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sunitinib malate</i>	5	PA NSO; NEDS
TABRECTA	5	PA NSO; NEDS
TAFINLAR	5	PA NSO; NEDS
TAGRISO	5	PA NSO; NEDS
TALZENNA	5	PA NSO; NEDS
TASIGNA	5	PA NSO; NEDS
TAZVERIK	5	PA NSO; NEDS
TEPMETKO	5	PA NSO; NEDS
TIBSOVO	5	PA NSO; NEDS
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
VENCLEXTA TABS 10MG, 50MG	3	PA NSO
VENCLEXTA TABS 100MG	5	PA NSO; NEDS
VERZENIO	5	PA NSO; NEDS
VITRAKVI	5	PA NSO; NEDS
VIZIMPRO	5	PA NSO; NEDS
XALKORI	5	PA NSO; NEDS
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	5	PA NSO; NEDS
ZELBORAF	5	PA NSO; NEDS
ZYDELIG	5	PA NSO; NEDS
ZYKADIA TABS	5	PA NSO; NEDS
<b>Retinoides</b>		
<i>bexarotene caps</i>	5	NEDS
<i>bexarotene gel</i>	5	PA NSO; NEDS
PANRETIN	5	NEDS
<i>tretinoin caps 10mg</i>	5	NEDS
<b>Antiparasitarios</b>		
<b>Antihelmínticos</b>		
<i>albendazole tabs</i>	4	
<i>ivermectin tabs</i>	3	
<i>praziquantel tabs</i>	3	
<b>Antiprotozoico</b>		
<i>atovaquone</i>	4	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	4	
<i>chloroquine phosphate tabs 250mg</i>	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>chloroquine phosphate tabs 500mg</i>	4	
COARTEM	4	QL(24 EA por 3 días)
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 200mg</i>	2	
<i>mefloquine hcl</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
<b>Antipsicóticos</b>		
<b>Primera generación/típico</b>		
<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 hcl tabs 1mg</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride elix, inj</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	
<i>haloperidol decanoate inj</i>	3	
<i>haloperidol lactate</i>	4	
<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 hcl tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>thiothixene caps 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hcl tabs 10mg, 2mg, 5mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hydrochloride tabs 1mg</i>	4	
<b>Resistente al tratamiento</b>		
<i>clozapine odt</i>	4	
<i>clozapine tabs 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	3	
VERSACLOZ	5	NEDS
<b>Segunda generación/atípico</b>		
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	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<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	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
<i>olanzapine odt</i>	3	
<i>olanzapine tabs</i>	2	
<i>olanzapine inj</i>	3	
<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	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	3	
ZYPREXA RELPREVV INJ 300MG, 405MG	5	NEDS
<b>Antivírico</b>		
<b>Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)</b>		
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
LEXIVA SUSP	3	
<i>lopinavir/ritonavir</i>	4	
NORVIR SOLN	3	
NORVIR PACK	4	
PREZCOBIX	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
VIRACEPT TABS 250MG	3	
VIRACEPT TABS 625MG	5	NEDS
<b>Agentes anti-VIH, otros</b>		
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
TYBOST	3	
<b>Agentes anticitomegalovirus (CMV)</b>		
<i>cidofovir</i>	5	NEDS
LIVTENCITY	5	PA; NEDS
PREVYMIS TABS	5	PA; NEDS
<i>valganciclovir</i>	3	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	5	NEDS
<b>Agentes antigripales</b>		

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<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)
<b>Agentes antihepatitis C (VHC)</b>		
MAVYRET	5	PA; NEDS
<i>ribavirin caps</i>	3	
<i>ribavirin tabs 200mg</i>	3	
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	5	PA; NEDS
VOSEVI	5	PA; NEDS
<b>Agentes antiherpéticos</b>		
<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	
<b>Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)</b>		
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
<b>Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)</b>		
COMPLERA	5	NEDS
DELSTRIGO	5	NEDS
EDURANT	5	NEDS
<i>efavirenz</i>	4	
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	NEDS
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	NEDS

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<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
<b>Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)</b>		
<i>abacavir</i>	4	
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	4	
CIMDUO	5	NEDS
DESCOVY	5	NEDS
<i>emtricitabine</i>	4	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	5	NEDS
<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	
<b>Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)</b>		
<i>adefovir dipivoxil</i>	4	
<i>entecavir</i>	4	
<i>lamivudine tabs 100mg</i>	3	
VEMLIDY	5	NEDS
<b>Antivirales, agentes de coronavirus</b>		
LAGEVRIO	3	QL(40 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPk 150MG; 100MG	3	QL(20 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPk 150MG; 100MG	3	QL(30 EA por 5 días)
<b>Electrolitos/minerales/metales/vitaminas</b>		
<b>Aglutinantes de potasio</b>		

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LOKELMA	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powd</i>	3	
<i>sps</i>	4	
<b>Modificadores de electrolitos/minerales/metales</b>		
CHEMET	5	NEDS
<i>deferasirox pack</i>	5	NEDS
<i>deferasirox tabs 90mg</i>	3	
<i>deferasirox tabs 180mg, 360mg</i>	4	
<i>deferasirox tbso 125mg</i>	4	
<i>deferasirox tbso 250mg, 500mg</i>	5	NEDS
<i>penicillamine tabs</i>	5	NEDS
<i>trientine hydrochloride</i>	5	NEDS
<b>Quelantes de fosfato</b>		
<i>calcium acetate caps</i>	4	
<i>calcium acetate tabs 667mg</i>	3	
<i>sevelamer carbonate</i>	4	
VELPHORO	5	NEDS
<b>Reemplazo de electrolitos/minerales</b>		
AMINOSYN II INJ 107.6MEQ/L; 1490MG/100ML; 1527MG/100ML; 1050MG/100ML; 1107MG/100ML; 750MG/100ML; 450MG/100ML; 990MG/100ML; 1500MG/100ML; 1575MG/100ML; 258MG/100ML; 405MG/100ML; 447MG/100ML; 1083MG/100ML; 795MG/100ML; 50MEQ/L; 600MG/100ML; 300MG/100ML; 750MG/100ML	3	PA BvD
AMINOSYN-PF 7% INJ 32.5MEQ/L; 490MG/100ML; 861MG/100ML; 370MG/100ML; 576MG/100ML; 270MG/100ML; 220MG/100ML; 534MG/100ML; 831MG/100ML; 475MG/100ML; 125MG/100ML; 300MG/100ML; 570MG/100ML; 347MG/100ML; 50MG/100ML; 360MG/100ML; 125MG/100ML; 44MG/100ML; 452MG/100ML	3	PA BvD
<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	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<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>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	
<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	
<b>PLENAMINE</b>	3	PA BvD
<i>potassium chloride er tbcr</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	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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 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
TROPHAMINE INJ 0.54GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.32GM/100ML; 0; 0; 0.5GM/100ML; 0.36GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.82GM/100ML; 1.4GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.34GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.68GM/100ML; 0.38GM/100ML; 5MEQ/L; 0.025GM/100ML; 0.42GM/100ML; 0.2GM/100ML; 0.24GM/100ML; 0.78GM/100ML	3	PA BvD
<b>Vitaminas</b>		
<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
<b>Productos y modificadores sanguíneos</b>		
<b>Agentes homeostáticos</b>		
<i>aminocaproic acid inj, oral soln</i>	2	
<i>aminocaproic acid tabs 500mg</i>	2	
<i>tranexamic acid tabs</i>	3	
<b>Agentes modificadores de plaquetas</b>		
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	4	
BRILINTA	3	
CABLIVI	5	NEDS
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel</i>	1	
DOPTELET	5	PA; NEDS
<i>prasugrel hydrochloride</i>	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Anticoagulantes</b>		
<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	
<i>jantoven</i>	1	
<i>warfarin sodium tabs</i>	1	
XARELTO STARTER PACK	3	
XARELTO TABS	3	
<b>Productos y modificadores sanguíneos, otros</b>		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	3	
MOZOBIL	5	NEDS
NEULASTA	5	NEDS
NEULASTA ONPRO KIT	5	NEDS
<i>plerixafor</i>	5	NEDS
PROCRT INJ 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	
PROCRT INJ 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	5	NEDS
PROMACTA	5	PA; NEDS
RETACRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	
RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	5	NEDS
UDENYCA	5	NEDS
UDENYCA ONBODY	5	NEDS
ZARXIO	5	NEDS
<b>Reguladores de la glucemia</b>		
<b>Agentes antidiabéticos</b>		
<i>acarbose tabs</i>	1	
BYDUREON BCISE	3	PA

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BYETTA	4	PA
<i>glimepiride</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	
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	
<b>Agentes antiglucémicos</b>		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
<i>diazoxide susp</i>	4	
GLUCAGEN HYPOKIT	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	
GVOKE KIT	3	
GVOKE PFS	3	
<b>Insulinas</b>		
HUMALOG	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	
HUMALOG KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 50/50	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75/25	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	
HUMULIN 70/30	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	
HUMULIN N	3	
HUMULIN N KWIKPEN	3	
HUMULIN R	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	
<i>insulin lispro</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	
<b>Relajantes musculares esqueléticos</b>		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	3	
<b>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</b>		
<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
<i>miglustat</i>	5	PA; NEDS
<i>nitisinone</i>	5	PA; NEDS
PROLASTIN-C	5	PA; NEDS
PYRUKYND	5	PA; NEDS
PYRUKYND TAPER PACK	5	PA; NEDS
REVCOVI	5	NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	5	PA; NEDS
<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: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

# Índice de Drogas

Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	55
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	55
ABELCET	45
ABILIFY ASIMTUFII	51
ABILIFY MAINTENA	51
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	51
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	51
<i>abiraterone acetate</i>	46
ABRYSVO	25
<i>acamprosate calcium dr</i>	29
<i>acarbose</i>	59
<i>accutane</i>	13
<i>acebutolol hydrochloride</i>	4
<i>acetaminophen/codeine</i>	34
<i>acetazolamide</i>	27
<i>acetazolamide er</i>	27
<i>acetic acid</i>	34
<i>acetic acid 0.25%</i>	17
<i>acetylcysteine</i>	30
<i>acitretin</i>	13
ACTHIB	25
ACTIMMUNE	23
<i>acyclovir</i>	54
<i>acyclovir sodium</i>	54
ADACEL	25
<i>adapalene</i>	13
<i>adefovir dipivoxil</i>	55
ADEMPAS	31
ADTHYZA	21
AIMOVIG	3
AKEEGA	46
<i>albendazole</i>	50
<i>albuterol sulfata</i>	32
<i>albuterol sulfata hfa</i>	32
<i>alcohol prep pads</i>	33
ALECENSA	47
<i>alendronate sodium</i>	10
<i>alfuzosin hcl er</i>	17
<i>aliskiren</i>	6
<i>allopurinol</i>	9

Nombre del medicamento	Página
ALOCRIIL	26
<i>alose tron hydrochloride</i>	15
ALPHAGAN P	27
<i>alprazolam</i>	36
<i>alprazolam er</i>	36
ALUNBRIG	47
<i>alyq</i>	31
<i>amabelz</i>	18
<i>amantadine hcl</i>	54
<i>ambrisentan</i>	31
<i>amcinonide</i>	14
<i>amethia</i>	18
<i>amikacin sulfata</i>	36
<i>amiloride hcl</i>	8
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>aminocaproic acid</i>	58
AMINOSYN II	56
AMINOSYN-PF 7%	56
<i>amiodarone hydrochloride</i>	7
<i>amitriptyline hcl</i>	43
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	43
<i>amlodipine besylate</i>	5
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	6
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	6
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	6
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	6
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>ammonium lactate</i>	14
<i>amnesteam</i>	13
<i>amoxapine</i>	43
<i>amoxicillin</i>	38
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	38
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	38
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	11
<i>amphotericin b</i>	45
<i>amphotericin b liposome</i>	45
<i>ampicillin</i>	39
<i>ampicillin sodium</i>	39
<i>ampicillin/sulbactam</i>	39
<i>ampicillin-sulbactam</i>	39
<i>anagrelide hydrochloride</i>	59
<i>anastrozole</i>	47
ANORO ELLIPTA	30

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>apraclonidine</i>	27	<i>bacitracin</i>	28
<i>aprepitant</i>	44	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	27
<i>apri</i>	18	<i>baclofen</i>	3
APTIOM	41	<i>balsalazide disodium</i>	9
APTIVUS	53	BALVERSA	47
ARCALYST	22	<i>balziva</i>	18
AREXVY	25	BAQSIMI ONE PACK	60
<i>arformoterol tartrate</i>	32	BAQSIMI TWO PACK	60
ARIKAYCE	36	BCG VACCINE	25
<i>aripiprazole</i>	52	<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x</i>	33
<i>aripiprazole odt</i>	51	<i>1/2"</i>	
ARISTADA	52	<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x</i>	33
ARISTADA INITIO	52	<i>5/16"</i>	
<i>armodafinil</i>	12	<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x</i>	33
ARMOUR THYROID	21	<i>12.7mm</i>	
<i>asenapine maleate sl</i>	52	<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	33
<i>ashlyna</i>	18	<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	33
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	58	<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	33
<i>atazanavir</i>	53	<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x</i>	33
<i>atazanavir sulfate</i>	53	<i>12.7mm</i>	
<i>atenolol</i>	4	BELSOMRA	12
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	6	<i>benazepril hcl</i>	8
<i>atomoxetine</i>	11	<i>benazepril hydrochloride</i>	8
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	11	<i>benazepril</i>	6
<i>atorvastatin calcium</i>	7	<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	
<i>atovaquone</i>	50	BENLYSTA	22
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	50	<i>benzonatate</i>	30
<i>atropine sulfate</i>	27	<i>benztropine mesylate</i>	4
<i>atrovent hfa</i>	32	<i>bepotastine besilate</i>	26
AUGTYRO	47	BERINERT	23
AUSTEDO	12	BESIVANCE	28
AUVELITY	42	BESREMI	23
<i>aviane</i>	18	<i>betaine anhydrous</i>	62
<i>avita</i>	13	<i>betamethasone dipropionate</i>	14
AVONEX	10	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	14
AVONEX PEN	10	<i>betamethasone valerate</i>	14
AYVAKIT	47	BETASERON	10
<i>azathioprine</i>	24	<i>betaxolol hcl</i>	26
<i>azelaic acid</i>	13	<i>bethanechol chloride</i>	17
<i>azelastine hcl</i>	26	BETIMOL	26
<i>azelastine hcl</i>	31	BEVESPI AEROSPHERE	30
<i>azelastine hydrochloride</i>	31	<i>bexarotene</i>	50
<i>azithromycin</i>	39	BEXSERO	25
<i>aztreonam</i>	37	<i>bicalutamide</i>	46

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
BICILLIN L-A	39	BYETTA	60
BIKTARVY	54	<i>cabergoline</i>	21
<i>bimatoprost</i>	28	CABLIVI	58
<i>bisoprolol fumarate</i>	5	CABOMETYX	47
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>calcipotriene</i>	13
BIVIGAM	23	<i>calcitonin salmon</i>	10
BOOSTRIX	25	<i>calcitonin-salmon</i>	10
<i>bortezomib</i>	46	<i>calcitriol</i>	10
<i>bosentan</i>	31	<i>calcitriol</i>	13
BOSULIF	47	<i>calcium acetate</i>	56
BRAFTOVI	47	CALQUENCE	47
BREO ELLIPTA	30	<i>camila</i>	20
BREYNA	30	<i>candesartan cilexetil</i>	7
BREZTRI AEROSPHERE	30	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>briellyn</i>	18	CAPLYTA	52
BRILINTA	58	CAPRELSA	48
<i>brimonidine tartrate</i>	27	<i>captopril</i>	8
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	27	<i>carbamazepine</i>	41
<i>brinzolamide</i>	27	<i>carbamazepine er</i>	41
BRIVIACT	42	<i>carbidopa</i>	4
<i>bromfenac</i>	28	<i>carbidopa/levodopa</i>	4
<i>bromfenac sodium</i>	28	<i>carbidopa/levodopa er</i>	4
<i>bromocriptine mesylate</i>	4	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	4
BROMSITE	28	<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	4
BRONCHITOL	30	<i>carglumic acid</i>	56
BRUKINSA	47	<i>carteolol hcl</i>	26
<i>budesonide</i>	9	<i>cartia xt</i>	5
<i>budesonide</i>	31	<i>carvedilol</i>	5
<i>budesonide er</i>	9	CAYSTON	30
<i>bumetanide</i>	8	<i>cefaclor</i>	38
<i>buprenorphine</i>	34	<i>cefadroxil</i>	38
<i>buprenorphine hcl</i>	29	<i>cefazolin</i>	38
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	29	<i>cefazolin sodium</i>	38
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	29	<i>cefazolin sodium/dextrose</i>	38
<i>bupropion hcl</i>	42	<i>cefdinir</i>	38
<i>bupropion hydrochloride</i>	42	<i>cefepime</i>	38
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	29	<i>cefepime hydrochloride</i>	38
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	42	<i>cefepime/dextrose</i>	38
<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	42	<i>cefixime</i>	38
<i>buspironone hcl</i>	36	<i>cefotetan</i>	38
<i>buspironone hydrochloride</i>	36	<i>cefoxitin sodium</i>	38
<i>butorphanol tartrate</i>	34	<i>cefpodoxime proxetil</i>	38
BYDUREON BCISE	59	<i>cefprozil</i>	38
		<i>ceftazidime</i>	38

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	38	<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	13
<i>ceftriaxone sodium</i>	38	CLINIMIX 6/5	56
<i>ceftriaxone/dextrose</i>	38	CLINIMIX 8/10	56
<i>cefuroxime axetil</i>	38	CLINIMIX E 8/10	56
<i>cefuroxime sodium</i>	38	<i>clobazam</i>	40
<i>celecoxib</i>	35	<i>clobetasol propionate</i>	14
<i>cephalexin</i>	38	<i>clobetasol propionate e</i>	14
<i>cevimeline hydrochloride</i>	12	<i>clodan</i>	14
CHEMET	56	<i>clomipramine hydrochloride</i>	43
<i>chlorhexidine gluconate</i>	12	<i>clonazepam</i>	40
<i>chloroquine phosphate</i>	50	<i>clonazepam odt</i>	40
<i>chlorpromazine hcl</i>	51	<i>clonidine</i>	6
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	51	<i>clonidine hydrochloride</i>	6
<i>chlorthalidone</i>	8	<i>clonidine hydrochloride er</i>	11
CHOLBAM	62	<i>clopidogrel</i>	58
<i>cholestyramine</i>	8	<i>clorazepate dipotassium</i>	36
<i>cholestyramine light</i>	8	<i>clotrimazole</i>	45
<i>ciclopirox</i>	15	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	13
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	15	<i>clozapine</i>	51
<i>ciclopirox olamine</i>	15	<i>clozapine odt</i>	51
<i>cidofovir</i>	53	COARTEM	51
<i>cilostazol</i>	58	<i>codeine sulfate</i>	34
CIMDUO	55	<i>colchicine</i>	9
<i>cimetidine</i>	16	<i>colestipol hcl</i>	8
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	10	<i>colistimethate sodium</i>	37
<i>ciprofloxacin</i>	34	COMBIVENT RESPIMAT	30
<i>ciprofloxacin</i>	39	COMETRIQ	48
<i>ciprofloxacin hcl</i>	39	COMPLERA	54
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	28	<i>constulose</i>	15
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	39	COPIKTRA	48
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	39	CORLANOR	6
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	34	CORTIFOAM	10
<i>citalopram hydrobromide</i>	43	CORTISPORIN-TC	34
<i>claravis</i>	13	COSENTYX	22
<i>clarithromycin</i>	39	COSENTYX SENSOREADY PEN	22
<i>clarithromycin er</i>	39	COSENTYX UNOREADY	22
CLENPIQ	15	COTELIC	48
<i>clindacin-p</i>	37	CREON	62
<i>clindamycin hcl</i>	37	<i>cromolyn sodium</i>	26
<i>clindamycin hydrochloride</i>	37	<i>cromolyn sodium</i>	32
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	37	<i>cromolyn sodium</i>	62
<i>clindamycin phosphate</i>	15	<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	33
<i>clindamycin phosphate</i>	37	CUVITRU	23
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	13	<i>cyanocobalamin</i>	58

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	62	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	11
<i>cyclopentolate hcl</i>	27	<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	11
<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	27	<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	11
<i>cyclophosphamide</i>	46	<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	11
<i>cyclosporine</i>	24	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	11
<i>cyclosporine</i>	27	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	11
<i>cyclosporine modified</i>	24	<i>dextrose 10%</i>	56
<i>cyproheptadine hcl</i>	31	<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	56
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	31	<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	56
<b>CYTAGON</b>	62	<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	56
<b>CYSTARAN</b>	27	<i>dextrose 5%</i>	56
<i>dabigatran etexilate</i>	59	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	56
<i>dalfampridine er</i>	10	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	57
<i>danazol</i>	18	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	57
<i>dantrolene sodium</i>	3	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	57
<i>dapsone</i>	44	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	57
<b>DAPTACEL</b>	25	<i>dextrose 50%</i>	57
<i>daptomycin</i>	37	<i>dextrose 70%</i>	57
<i>daptomycin/sodium chloride</i>	37	<i>dextrose/sodium chloride</i>	57
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	17	<b>DIACOMIT</b>	40
<i>darunavir</i>	53	<i>diazepam</i>	36
<b>DARZALEX</b>	46	<i>diazepam intensol</i>	36
<b>DAURISMO</b>	48	<i>diazepam rectal gel</i>	40
<i>deblitane</i>	20	<i>diazoxide</i>	60
<i>deferasirox</i>	56	<i>dichlorphenamide</i>	62
<b>DELSTRIGO</b>	54	<i>diclofenac epolamine</i>	35
<b>DENG VAXIA</b>	25	<i>diclofenac potassium</i>	35
<b>DEPO-MEDROL</b>	20	<i>diclofenac sodium</i>	13
<b>DEPO-SUBQ PROVERA 104</b>	20	<i>diclofenac sodium</i>	28
<b>DESCOVY</b>	55	<i>diclofenac sodium</i>	35
<i>desipramine hydrochloride</i>	43	<i>diclofenac sodium dr</i>	35
<i>desloratadine</i>	31	<i>diclofenac sodium er</i>	35
<i>desmopressin acetate</i>	17	<i>dicloxacillin sodium</i>	39
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	18	<i>dicyclomine hcl</i>	16
<i>desonide</i>	14	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	16
<i>desoximetasone</i>	14	<b>DIFICID</b>	39
<b>DESRX</b>	14	<i>diflunisal</i>	35
<i>desvenlafaxine er</i>	43	<i>difluprednate</i>	28
<i>dexamethasone</i>	20	<i>digitek</i>	7
<i>dexamethasone intensol</i>	20	<i>digoxin</i>	7
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	20	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	3
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	28	<i>diltiazem hcl</i>	5
<i>dexamethasone sodium phosphate + rfid</i>	20	<i>diltiazem hcl cd</i>	5
<b>DEXLANSOPRAZOLE</b>	16	<i>diltiazem hcl er</i>	5

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>diltiazem hydrochloride</i>	5	<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	54
<i>diltiazem hydrochloride er dilt-xr</i>	5	<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	54
<i>dimethyl fumarate</i>	10	<i>effe-r-k</i>	57
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	31	ELIGARD	21
DIPHThERIA/TETANUS TOXOIDS	25	ELIQUIS	59
ADSORBED PEDIATRIC		ELIQUIS STARTER PACK	59
<i>disulfiram</i>	29	<i>elixophyllin</i>	33
<i>divalproex sodium</i>	40	ELMIRON	17
<i>divalproex sodium dr</i>	40	<i>eluryng</i>	18
<i>divalproex sodium er</i>	40	EMCYT	46
<i>docetaxel</i>	46	EMGALITY	3
<i>dofetilide</i>	7	EMSAM	43
<i>donepezil hcl</i>	3	<i>emtricitabine</i>	55
<i>donepezil hydrochloride</i>	3	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	55
DOPTLET	58	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	55
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	27	EMTRIVA	55
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	27	<i>enalapril maleate</i>	9
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	27	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>dotti</i>	18	ENBREL	24
DOVATO	54	ENBREL MINI	24
<i>doxazosin mesylate</i>	17	ENBREL SURECLICK	24
<i>doxepin hcl</i>	43	ENDARI	62
<i>doxepin hydrochloride</i>	43	<i>endocet</i>	34
DOXY 100	40	ENGERIX-B	25
<i>doxycycline</i>	40	<i>enilloring</i>	18
<i>doxycycline hyclate</i>	40	<i>enoxaparin sodium</i>	59
<i>doxycycline monohydrate</i>	40	<i>entacapone</i>	4
DRIZALMA SPRINKLE	43	<i>entecavir</i>	55
<i>dronabinol</i>	44	ENTRESTO	6
<i>droplet pen needles 29gx10mm</i>	33	<i>enulose</i>	15
<i>drosiprenone/ethinyl estradiol</i>	18	ENVARUSUS XR	24
DROXIA	46	EPIDIOLEX	42
<i>droxidopa</i>	6	<i>epinastine hcl</i>	26
<i>duloxetine hcl</i>	43	<i>epinephrine</i>	32
<i>duloxetine hydrochloride</i>	43	<i>epitol</i>	41
DUPIXENT	22	<i>eplerenone</i>	7
<i>dutasteride</i>	17	EPRONTIA	42
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	17	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	3
<i>ec-naproxen</i>	35	ERIVEDGE	48
<i>econazole nitrate</i>	45	ERLEADA	46
EDURANT	54	<i>erlotinib hydrochloride</i>	48
<i>efavirenz</i>	54	<i>errin</i>	20

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>ertapenem</i>	39	<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	34
<i>ertapenem sodium</i>	39	FETZIMA	43
<i>ery</i>	15	FETZIMA TITRATION PACK	43
<i>erythromycin</i>	15	<i>finasteride</i>	17
<i>erythromycin</i>	28	<i> fingolimod hydrochloride</i>	10
<i>erythromycin</i>	39	FINTEPLA	42
<i>erythromycin dr</i>	39	<i>finzala</i>	18
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	39	FIRMAGON	21
<i>escitalopram oxalate</i>	43	<i>flac</i>	34
<i>esomeprazole magnesium</i>	16	FLAREX	28
<i>estradiol</i>	18	FLEBOGAMMA DIF	23
<i>estradiol valerate</i>	18	<i>flecainide acetate</i>	7
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	18	FLOLIPID	7
ESTRING	18	FLOVENT DISKUS	31
<i>eszopiclone</i>	12	<i>fluconazole</i>	45
<i>ethacrynic acid</i>	8	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	45
<i>ethambutol hydrochloride</i>	44	<i>flucytosine</i>	45
<i>ethosuximide</i>	40	<i>fludrocortisone acetate</i>	20
<i>etodolac</i>	35	<i>flunisolide</i>	31
<i>etodolac er</i>	35	<i>fluocinolone acetonide</i>	14
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	18	<i>fluocinolone acetonide</i>	34
<i>etravirine</i>	55	<i>fluocinolone acetonide body</i>	14
<i>euthyrox</i>	21	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	14
<i>everolimus</i>	24	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	14
<i>everolimus</i>	48	<i>fluocinonide</i>	14
EVOTAZ	53	<i>fluocinonide emulsified base</i>	14
<i>exemestane</i>	47	<i>fluorometholone</i>	28
EXKIVITY	48	<i>fluorouracil</i>	13
<i>ezetimibe</i>	8	<i>fluoxetine dr</i>	43
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	8	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	43
<i>falmina</i>	18	<i>fluphenazine decanoate</i>	51
<i>famciclovir</i>	54	<i>fluphenazine hcl</i>	51
<i>famotidine</i>	16	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	51
FANAPT	52	<i>flurazepam hcl</i>	12
FANAPT TITRATION PACK	52	<i>flurazepam hydrochloride</i>	12
FARXIGA	9	<i>flurbiprofen</i>	35
FASENRA	30	<i>flurbiprofen sodium</i>	28
FASENRA PEN	30	<i>flutamide</i>	46
<i>felbamate</i>	42	<i>fluticasone propionate</i>	14
<i>felodipine er</i>	5	<i>fluticasone propionate</i>	32
<i>fenofibrate</i>	7	<i>fluticasone propionate diskus</i>	32
<i>fenofibrate micronized</i>	7	<i>fluticasone propionate hfa</i>	32
<i>fenofibric acid dr</i>	7	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	30
<i>fentanyl</i>	34	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	30

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>fluvastatin</i>	7	<i>glimepiride</i>	60
<i>fluvastatin sodium er</i>	7	<i>glipizide</i>	60
<i>fluvoxamine maleate</i>	44	<i>glipizide er</i>	60
FML	28	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	60
<i>folic acid</i>	58	GLOPERBA	9
<i>fondaparinux sodium</i>	59	GLUCAGEN HYPOKIT	60
<i>formoterol fumarate</i>	32	GLUCAGON EMERGENCY KIT	60
<i>fosamprenavir calcium</i>	53	GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	61
<i>fosinopril sodium</i>	9	LOW BLOOD SUGAR	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>glyburide</i>	60
FOTIVDA	48	<i>glyburide micronized</i>	60
FRAGMIN	59	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	60
FRUZAQLA	48	<i>glycopyrrolate</i>	16
<i>furosemide</i>	8	<i>glydo</i>	36
FUZEON	53	GLYXAMBI	60
<i>fyavolv</i>	18	<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	33
FYCOMPA	42	<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	33
<i>gabapentin</i>	40	<i>granisetron hydrochloride</i>	44
<i>galantamine hydrobromide</i>	3	<i>griseofulvin microsize</i>	45
<i>galantamine hydrobromide er</i>	3	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	45
GAMMAGARD LIQUID	23	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	11
GAMMAPLEX	23	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	61
GARDASIL 9	25	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	61
<i>gatifloxacin</i>	28	GVOKE KIT	61
<i>gauze pads 2"x2"</i>	33	GVOKE PFS	61
<i>gavilyte-c</i>	16	HAEGARDA	23
<i>gavilyte-g</i>	16	<i>halobetasol propionate</i>	14
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	16	<i>haloette</i>	18
GAVRETO	48	<i>haloperidol</i>	51
<i>gefitinib</i>	48	<i>haloperidol decanoate</i>	51
<i>gemfibrozil</i>	7	<i>haloperidol lactate</i>	51
GEMTESA	17	HAVRIX	25
<i>generlac</i>	15	<i>heather</i>	20
GENGRAF	24	<i>heparin sodium</i>	59
GENOTROPIN	17	<i>heparin sodium/d5w</i>	59
GENOTROPIN MINIQUICK	17	HEPLISAV-B	25
<i>gentak</i>	28	HIBERIX	25
<i>gentamicin sulfate</i>	28	HIZENTRA	23
<i>gentamicin sulfate</i>	37	HUMALOG	61
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	37	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	61
GENVOYA	54	HUMALOG KWIKPEN	61
GILOTRIF	48	HUMALOG MIX 50/50	61
<i>glatiramer acetate</i>	10	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	61
GLEOSTINE	46	HUMALOG MIX 75/25	61

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	61	ICLUSIG	48
HUMIRA	24	<i>icosapent ethyl</i>	8
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	24	IDHIFA	48
DISEASE STARTER PACK		ILEVRO	28
HUMIRA PEN	24	<i>imatinib mesylate</i>	48
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	24	IMBRUVICA	48
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	24	<i>imipenem/cilastatin</i>	39
STARTER PACK		<i>imipramine hcl</i>	43
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	24	<i>imipramine hydrochloride</i>	43
HUMULIN 70/30	61	<i>imiquimod</i>	13
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	61	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	25
HUMULIN N	61	IMPAVIDO	37
HUMULIN N KWIKPEN	61	IMVEXXY MAINTENANCE PACK	19
HUMULIN R	61	IMVEXXY STARTER PACK	19
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	61	INCRELEX	18
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	61	INCRUSE ELLIPTA	32
<i>hydralazine hcl</i>	9	<i>indapamide</i>	8
<i>hydralazine hydrochloride</i>	9	<i>indomethacin</i>	35
<i>hydrochlorothiazide</i>	8	INFANRIX	25
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	34	INGREZZA	12
<i>hydrocodone bitartrate/homatropine</i>	30	INLYTA	48
<i>methylbromide</i>		INQOVI	48
<i>hydrocodone polistirex/chlorpheniramine</i>	30	INREBIC	46
<i>polistirex</i>		<i>insulin lispro</i>	61
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	35	INTELENCE	55
<i>hydrocortisone</i>	10	INTRALIPID	33
<i>hydrocortisone</i>	14	<i>introvale</i>	19
<i>hydrocortisone</i>	20	INVEGA HAFYERA	52
<i>hydrocortisone butyrate</i>	14	INVEGA SUSTENNA	52
<i>hydrocortisone valerate</i>	14	INVEGA TRINZA	52
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	34	IPOL INACTIVATED IPV	25
<i>hydromorphone hcl</i>	35	<i>ipratropium bromide</i>	32
<i>hydromorphone hcl er</i>	34	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	30
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	51	<i>irbesartan</i>	7
<i>hydroxyurea</i>	46	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>hydroxyzine hcl</i>	31	ISENTRESS	54
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	31	ISENTRESS HD	54
<i>hydroxyzine pamoate</i>	31	<i>isoniazid</i>	44
IBRANCE	46	<i>isosorbide dinitrate</i>	9
IBRANCE	48	<i>isosorbide mononitrate</i>	9
<i>ibu</i>	35	<i>isosorbide mononitrate er</i>	9
<i>ibuprofen</i>	35	<i>isotonic gentamicin</i>	37
<i>icatibant acetate</i>	23	<i>isotretinoin</i>	13
<i>iclevia</i>	18	<i>itraconazole</i>	45

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>ivabradine hydrochloride</i>	6	<i>klor-con</i>	57
<i>ivermectin</i>	50	<i>klor-con 10</i>	57
IWILFIN	47	<i>klor-con 8</i>	57
IXCHIQ	25	<i>klor-con m10</i>	57
IXIARO	25	<i>klor-con m15</i>	57
JAKAFI	48	<i>klor-con m20</i>	57
<i>jantoven</i>	59	<i>klor-con/ef</i>	57
JANUMET	60	KORLYM	22
JANUMET XR	60	KOSELUGO	48
JANUVIA	60	<i>kourzeq</i>	12
JARDIANCE	9	<i>k-prime</i>	57
JAYPIRCA	48	KRAZATI	48
JENTADUETO	60	KYNMOBI	4
JENTADUETO XR	60	KYPROLIS	47
<i>jinteli</i>	19	<i>labetalol hydrochloride</i>	5
<i>joyeaux</i>	19	<i>lacosamide</i>	41
JULUCA	54	<i>lactated ringers</i>	57
<i>junel 1.5/30</i>	19	<i>lactulose</i>	15
<i>junel 1/20</i>	19	LAGEVRIO	55
<i>junel fe 1.5/30</i>	19	<i>lamivudine</i>	55
<i>junel fe 1/20</i>	19	<i>lamivudine</i>	55
<i>junel fe 24</i>	19	<i>lamivudine/zidovudine</i>	55
JYLAMVO	24	<i>lamotrigine</i>	42
JYNNEOS	25	<i>lamotrigine er</i>	42
KALYDECO	30	<i>lamotrigine odt</i>	42
<i>kariva</i>	19	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	42
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	57	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	42
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	57	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	42
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%</i>	57	<i>lanreotide acetate</i>	22
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	57	<i>lansoprazole</i>	16
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	57	LANTUS	61
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	57	LANTUS SOLOSTAR	61
<i>kelnor 1/35</i>	19	<i>lapatinib ditosylate</i>	48
<i>kenalog-10</i>	20	<i>larin 1.5/30</i>	19
KERENDIA	7	<i>larin 1/20</i>	19
KESIMPTA	10	<i>larin fe 1.5/30</i>	19
<i>ketoconazole</i>	45	<i>larin fe 1/20</i>	19
<i>ketorolac tromethamine</i>	28	<i>latanoprost</i>	28
KINRIX	25	<i>leflunomide</i>	24
KISQALI	48	<i>lenalidomide</i>	46
KISQALI FEMARA 200 DOSE	47	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	48
KISQALI FEMARA 400 DOSE	47	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	48
KISQALI FEMARA 600 DOSE	47	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	48
<i>klayesta</i>	45	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	48

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	49	<i>lithium</i>	29
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	49	<i>lithium carbonate</i>	29
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	49	<i>lithium carbonate er</i>	29
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	49	LIVTENCITY	53
<i>lessina</i>	19	LOKELMA	56
<i>letrozole</i>	47	LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	32
<i>leucovorin calcium</i>	47	LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	32
LEUKERAN	46	LONSURF	47
<i>leuprolide acetate</i>	22	<i>loperamide hcl</i>	15
<i>levalbuterol</i>	32	<i>lopinavir/ritonavir</i>	53
<i>levalbuterol hcl</i>	32	<i>lorazepam</i>	36
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	32	<i>lorazepam intensol</i>	36
LEVEMIR FLEXTOUCH	61	LORBRENA	49
<i>levetiracetam</i>	42	<i>losartan potassium</i>	7
<i>levetiracetam er</i>	42	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>levobunolol hcl</i>	26	LOTEMAX	28
<i>levocarnitine</i>	33	<i>loteprednol etabonate</i>	28
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	31	<i>lovastatin</i>	7
<i>levofloxacin</i>	28	<i>loxapine</i>	51
<i>levofloxacin</i>	39	<i>lubiprostone</i>	15
<i>levofloxacin in d5w</i>	39	LUMAKRAS	49
<i>levonest</i>	19	LUMIGAN	29
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	19	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	22
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	19	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	22
<i>levora 0.15/30-28</i>	19	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	22
<i>levo-t</i>	21	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	22
<i>levothyroxine sodium</i>	21	<i>lurasidone hydrochloride</i>	52
<i>levoxyl</i>	21	LYBALVI	52
LEXIVA	53	LYNPARZA	49
<i>l-glutamine</i>	62	LYSODREN	47
LIBERVANT	41	LYTGOBI	49
<i>lidocaine</i>	36	<i>magnesium sulfate</i>	57
<i>lidocaine hcl</i>	36	<i>malathion</i>	15
<i>lidocaine hcl jelly</i>	36	<i>maraviroc</i>	53
<i>lidocaine hydrochloride</i>	36	<i>marlissa</i>	19
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	12	MARPLAN	43
<i>lidocaine viscous</i>	12	MATULANE	46
<i>lidocaine/prilocaine</i>	36	<i>matzim la</i>	5
LILETTA	20	MAVYRET	54
<i>linezolid</i>	37	MAYZENT	10
LINZESS	15	MAYZENT STARTER PACK	10
<i>liothyronine sodium</i>	21	<i>meclizine hcl</i>	44
<i>lisinopril</i>	9	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	20
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>mefloquine hcl</i>	51

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>megestrol acetate</i>	20	<i>mexiletine hcl</i>	7
MEKINIST	49	<i>mibelas 24 fe</i>	19
MEKTOVI	49	<i>micafungin</i>	45
<i>meloxicam</i>	35	<i>miconazole 3</i>	45
<i>memantine hcl titration pak</i>	3	<i>microgestin 1.5/30</i>	19
<i>memantine hydrochloride</i>	3	<i>microgestin 1/20</i>	19
<i>memantine hydrochloride er</i>	3	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	19
MENACTRA	25	<i>microgestin fe 1/20</i>	19
MENQUADFI	25	<i>midodrine hcl</i>	6
MENTAX	15	<i>mifepristone</i>	22
MENVEO	25	<i>miglitol</i>	60
<i>mercaptapurine</i>	46	<i>miglustat</i>	62
<i>meropenem</i>	39	<i>minocycline hcl</i>	40
<i>mesalamine</i>	9	<i>minocycline hydrochloride</i>	40
<i>mesalamine dr</i>	9	<i>minoxidil</i>	9
<i>mesalamine er</i>	9	<i>mirabegron er</i>	17
MESNEX	47	<i>mirtazapine</i>	42
<i>metformin hydrochloride</i>	60	<i>mirtazapine odt</i>	42
<i>metformin hydrochloride er</i>	60	<i>misoprostol</i>	16
<i>methadone hcl</i>	34	M-M-R II	25
<i>methazolamide</i>	27	<i>modafinil</i>	12
<i>methenamine hippurate</i>	37	<i>moexipril hcl</i>	9
<i>methenamine mandelate</i>	37	<i>molindone hydrochloride</i>	51
<i>methimazole</i>	21	<i>mometasone furoate</i>	14
<i>methotrexate</i>	24	<i>mometasone furoate</i>	32
<i>methotrexate sodium</i>	24	<i>mondoxyne nl</i>	40
<i>methsuximide</i>	40	<i>montelukast sodium</i>	32
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	11	<i>morphine sulfate</i>	35
<i>methylphenidate hydrochloride cd</i>	11	<i>morphine sulfate er</i>	34
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	11	MOUNJARO	60
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	11	MOVANTIK	15
<i>methylprednisolone</i>	20	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	40
<i>methylprednisolone acetate</i>	20	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	28
<i>methylprednisolone dose pack</i>	21	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	40
<i>metoclopramide hcl</i>	16	MOZOBIL	59
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	16	MRESVIA	25
<i>metolazone</i>	8	MULTAQ	7
<i>metoprolol succinate er</i>	5	<i>mupirocin</i>	15
<i>metoprolol tartrate</i>	5	<i>mycophenolate mofetil</i>	24
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>mycophenolic acid dr</i>	25
<i>metronidazole</i>	13	MYORISAN	13
<i>metronidazole</i>	37	MYRBETRIQ	17
<i>metronidazole vaginal</i>	37	<i>nabumetone</i>	36
<i>metyrosine</i>	6		

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>nadolol</i>	5	NINLARO	49
<i>nafcillin sodium</i>	39	<i>nitazoxanide</i>	51
<i>naftifine hcl</i>	45	<i>nitisinone</i>	62
<i>naftifine hydrochloride</i>	45	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	37
<i>naloxone hcl</i>	29	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	37
<i>naloxone hydrochloride</i>	29	<i>nitroglycerin</i>	9
<i>naltrexone hcl</i>	29	<i>nitroglycerin</i>	16
NAMZARIC	3	<i>nitroglycerin transdermal</i>	9
<i>naproxen</i>	36	NIVA THYROID	21
<i>naproxen dr</i>	36	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	19
<i>naproxen sodium</i>	36	<i>norethindrone acetate</i>	20
<i>naproxen sodium cr</i>	36	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	19
<i>naratriptan hcl</i>	3	<i>norethindrone acetate/ethinyl</i>	19
NATACYN	28	<i>estradiol/ferrous fumarate</i>	
<i>nateglinide</i>	60	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	19
NAYZILAM	42	<i>nortrel 1/35</i>	19
<i>nebivolol hydrochloride</i>	5	<i>nortrel 7/7/7</i>	19
<i>necon 0.5/35-28</i>	19	<i>nortriptyline hcl</i>	43
<i>nefazodone hydrochloride</i>	44	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	43
<i>neomycin sulfate</i>	37	NORVIR	53
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	27	<i>novolin 70/30</i>	61
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis</i>	27	<i>novolin 70/30 flexpen</i>	61
<i>one</i>		<i>novolin n</i>	61
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	27	<i>novolin n flexpen</i>	61
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	27	<i>novolin r</i>	61
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	34	<i>novolin r flexpen</i>	61
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	27	<i>novolog</i>	61
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	34	<i>novolog flexpen</i>	61
<i>neo-polycin</i>	27	<i>novolog mix 70/30</i>	61
<i>neo-polycin hc</i>	27	<i>novolog mix 70/30 prefilled flexpen</i>	61
NERLYNX	49	<i>novolog penfill</i>	61
NEUAC	13	<i>np thyroid 120</i>	21
NEULASTA	59	<i>np thyroid 15</i>	21
NEULASTA ONPRO KIT	59	<i>np thyroid 30</i>	21
<i>nevirapine</i>	55	<i>np thyroid 60</i>	21
<i>nevirapine er</i>	55	<i>np thyroid 90</i>	21
NEXPLANON	20	NUBEQA	46
<i>niacin er</i>	8	NUEDEXTA	12
NICOTROL INHALER	29	NULOJIX	25
NICOTROL NS	29	NUPLAZID	52
<i>nifedipine er</i>	5	NURTEC	4
<i>nikki</i>	19	NUTRILIPID	33
<i>nilutamide</i>	46	NUVESSA	37
<i>nimodipine</i>	5	<i>nyamyc</i>	45

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>nystatin</i>	45	<i>ondansetron odt</i>	44
<i>nystatin/triamcinolone</i>	13	ONUREG	47
<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	13	OPDIVO	46
<i>nystop</i>	45	<i>opium</i>	16
OCTAGAM	24	<i>opium tincture</i>	16
<i>octreotide acetate</i>	22	OPSUMIT	31
ODEFSEY	55	OPVEE	29
ODOMZO	49	<i>oralone dental paste</i>	12
OFEV	30	ORENCIA	22
<i>ofloxacin</i>	28	ORENCIA CLICKJECT	22
<i>ofloxacin</i>	34	ORENITRAM	31
OGSIVEO	47	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	31
OJEMDA	47	1	
OJJAARA	49	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	31
<i>olanzapine</i>	52	2	
<i>olanzapine odt</i>	52	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	31
<i>olmesartan medoxomil</i>	7	3	
<i>olmesartan</i>	6	ORGOVYX	22
<i>medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>		ORKAMBI	31
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	6	ORSERDU	46
<i>olopatadine hcl</i>	26	<i>oseltamivir phosphate</i>	54
<i>olopatadine hydrochloride</i>	26	OSMOPREP	15
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	8	OSPHENA	18
<i>omeprazole</i>	16	OTEZLA	13
<i>omeprazole dr</i>	16	OTEZLA	22
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	33	<i>oxacillin sodium</i>	39
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	33	<i>oxaprozin</i>	36
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	33	<i>oxazepam</i>	36
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	33	<i>oxcarbazepine</i>	41
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	33	<i>oxybutynin chloride</i>	17
KIT (GEN 3)		<i>oxybutynin chloride er</i>	17
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	33	<i>oxycodone hydrochloride</i>	35
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	33	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	35
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	33	OZEMPIC	60
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	33	<i>paclitaxel</i>	47
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	33	<i>paliperidone er</i>	52
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	33	PANRETIN	50
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	33	<i>pantoprazole sodium</i>	16
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	33	<i>paricalcitol</i>	10
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	33	<i>paroxetine hcl</i>	44
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	33	<i>paroxetine hydrochloride</i>	44
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	33	PAXLOVID	55
<i>ondansetron hcl</i>	44	<i>pazopanib hydrochloride</i>	49
<i>ondansetron hydrochloride</i>	44	PEDIARIX	26

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
PEDVAX HIB	26	<i>pirfenidone</i>	30
<i>peg-3350/electrolytes</i>	16	<i>piroxicam</i>	36
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	16	<i>pitavastatin calcium</i>	8
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	16	PLEGRIDY	10
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na</i>	16	PLEGRIDY STARTER PACK	10
<i>ascorbate/ascorbic</i>		PLENAMINE	57
PEGASYS	23	<i>plerixafor</i>	59
PEGASYS	25	<i>podofilox</i>	13
PEMAZYRE	49	<i>polycin</i>	27
PENBRAYA	26	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	27
<i>penicillamine</i>	56	POMALYST	46
<i>penicillin g potassium</i>	39	<i>portia-28</i>	19
<i>penicillin g potassium in iso-osmotic</i>	39	<i>posaconazole</i>	45
<i>dextrose</i>		<i>posaconazole dr</i>	45
<i>penicillin g sodium</i>	39	<i>potassium chloride</i>	57
<i>penicillin v potassium</i>	39	<i>potassium chloride er</i>	57
PENTACEL	26	<i>potassium chloride/dextrose/sodium</i>	57
<i>pentamidine isethionate</i>	51	<i>chloride</i>	
<i>pentoxifylline er</i>	6	<i>potassium citrate er</i>	57
<i>perindopril erbumine</i>	9	PRALUENT	8
<i>perio gard</i>	12	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	4
<i>permethrin</i>	15	<i>prasugrel hydrochloride</i>	58
<i>perphenazine</i>	51	<i>pravastatin sodium</i>	8
PERSERIS	52	<i>praziquantel</i>	50
<i>phenelzine sulfate</i>	43	<i>prazosin hydrochloride</i>	4
<i>phenobarbital</i>	41	<i>prednicarbate</i>	15
<i>phenytek</i>	41	<i>prednisolone</i>	21
<i>phenytoin</i>	41	<i>prednisolone acetate</i>	28
<i>phenytoin sodium extended</i>	41	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	21
PHOSPHOLINE IODIDE	27	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	28
PIFELTRO	55	<i>prednisone</i>	21
<i>pilocarpine hcl</i>	27	<i>pregabalin</i>	41
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	12	PREHEVBRIO	26
<i>pimecrolimus</i>	15	PREMARIN	19
<i>pimozide</i>	51	PREMASOL	58
<i>pindolol</i>	5	<i>premium lidocaine</i>	36
<i>pioglitazone hcl</i>	60	PREMPHASE	19
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	60	<i>prenatal</i>	58
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	60	<i>prevalite</i>	8
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	60	PREVYMIS	53
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	39	PREZCOBIX	53
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	49	PREZISTA	53
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	49	PRIFTIN	45
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	49	<i>primaquine phosphate</i>	51

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>primidone</i>	41	QINLOCK	49
PRIORIX	26	QUADRACEL	26
PRIVIGEN	24	<i>quetiapine fumarate</i>	52
PROAIR RESPICLICK	32	<i>quinapril hydrochloride</i>	9
<i>probenecid</i>	9	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>probenecid/colchicine</i>	9	<i>quinidine gluconate cr</i>	7
<i>prochlorperazine</i>	44	<i>quinidine sulfate</i>	7
<i>prochlorperazine edisylate</i>	44	<i>quinine sulfate</i>	51
<i>prochlorperazine maleate</i>	44	QVAR REDIHALER	32
PROCRIT	59	RABAVERT	26
PROCTOFOAM HC	13	<i>rabeprazole sodium</i>	16
<i>procto-med hc</i>	10	RADICAVA ORS	12
<i>proctosol hc</i>	10	<i>raloxifene hydrochloride</i>	18
<i>proctozone-hc</i>	10	<i>ramelteon</i>	12
<i>progesterone</i>	20	<i>ramipril</i>	9
PROGRAF	25	<i>ranolazine er</i>	6
PROLASTIN-C	62	<i>rasagiline mesylate</i>	4
PROLENSA	28	RAYALDEE	10
PROLIA	10	REBIF	10
PROMACTA	59	REBIF REBIDOSE	11
<i>promethazine hcl</i>	44	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	11
<i>promethazine hydrochloride</i>	44	REBIF TITRATION PACK	11
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	44	RECOMBIVAX HB	26
<i>promethazine vc/codeine</i>	30	RECTIV	16
<i>promethazine/codeine</i>	30	RELENZA DISKHALER	54
<i>promethazine/phenylephrine/codeine</i>	30	<i>repaglinide</i>	60
<i>propafenone hcl</i>	7	REPATHA	8
<i>propafenone hydrochloride er</i>	7	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	8
<i>propranolol hcl</i>	5	REPATHA SURECLICK	8
<i>propranolol hcl er</i>	5	RESTASIS	27
<i>propranolol hydrochloride</i>	5	RESTASIS MULTIDOSE	27
<i>propranolol hydrochloride er</i>	5	RETACRIT	59
<i>propylthiouracil</i>	21	RETEVMO	49
PROQUAD	26	REVCOVI	62
PROSOL	58	REVLIMID	46
<i>protriptyline hcl</i>	43	REXULTI	52
PULMOZYME	31	REYATAZ	53
PURIXAN	46	REZLIDHIA	49
<i>pyrazinamide</i>	45	REZUROCK	25
<i>pyridostigmine bromide</i>	4	RHOPRESSA	27
<i>pyridostigmine bromide er</i>	4	<i>ribavirin</i>	54
<i>pyrimethamine</i>	51	<i>rifabutin</i>	44
PYRUKYND	62	<i>rifampin</i>	45
PYRUKYND TAPER PACK	62	<i>riluzole</i>	12

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>rimantadine hydrochloride</i>	54	SEREVENT DISKUS	32
RINVOQ	22	<i>sertraline hcl</i>	44
RINVOQ LQ	22	<i>sertraline hydrochloride</i>	44
<i>risedronate sodium</i>	10	<i>sevelamer carbonate</i>	56
<i>risedronate sodium dr</i>	10	<i>sf 5000 plus</i>	12
RISPERDAL CONSTA	52	<i>sharobel</i>	20
<i>risperidone</i>	52	SHINGRIX	26
<i>risperidone er</i>	52	SIGNIFOR	22
<i>risperidone odt</i>	52	<i>sildenafil</i>	17
<i>ritonavir</i>	53	<i>sildenafil citrate</i>	17
<i>rivastigmine tartrate</i>	3	<i>sildenafil citrate</i>	31
<i>rivastigmine transdermal system</i>	3	<i>silver sulfadiazine</i>	13
<i>rizatriptan benzoate</i>	3	SIMBRINZA	27
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	3	<i>simvastatin</i>	8
ROCKLATAN	27	<i>sirolimus</i>	25
<i>roflumilast</i>	33	SIRTURO	45
<i>ropinirole er</i>	4	SKYRIZI	23
<i>ropinirole hcl</i>	4	SKYRIZI PEN	23
<i>ropinirole hydrochloride</i>	4	<i>sodium chloride</i>	58
<i>rosadan</i>	13	<i>sodium chloride 0.45%</i>	58
<i>rosuvastatin calcium</i>	8	<i>sodium chloride 0.9%</i>	33
ROTARIX	26	<i>sodium fluoride 1.1</i>	12
ROTATEQ	26	<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	12
<i>rowepra</i>	42	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	12
ROZLYTREK	49	<i>sodium oxybate</i>	12
RUBRACA	49	<i>sodium phenylbutyrate</i>	62
<i>rufinamide</i>	41	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	56
RUKOBIA	53	<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	16
RYBELSUS	60	<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	54
RYDAPT	49	<i>solifenacin succinate</i>	17
<i>salsalate</i>	36	SOLTAMOX	46
SANTYL	13	SOLU-CORTEF	21
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	62	SOMATULINE DEPOT	22
SAVELLA	11	SOMAVERT	22
SAVELLA TITRATION PACK	11	<i>sorafenib</i>	49
<i>saxagliptin hydrochloride</i>	60	<i>sorafenib tosylate</i>	49
<i>saxagliptin hydrochloride/metformin hydrochloride er</i>	60	<i>sorine</i>	7
SCSEMBLIX	49	<i>sotalol hcl</i>	7
<i>scopolamine</i>	44	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	7
SECUADO	52	SPIRIVA RESPIMAT	32
<i>selegiline hcl</i>	4	<i>spironolactone</i>	7
<i>selenium sulfide</i>	15	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	6
SELZENTRY	53	SPRITAM	42

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
SPRYCEL	49	<i>tacrolimus</i>	25
<i>sps</i>	56	<i>tadalafil</i>	17
<i>ssd</i>	13	<i>tadalafil</i>	31
STAMARIL	26	TAFINLAR	50
STELARA	23	<i>tafluprost</i>	29
<i>sterile water for irrigation</i>	34	TAGRISSE	50
STIOLTO RESPIMAT	30	TALZENNA	50
STIVARGA	49	<i>tamoxifen citrate</i>	46
<i>streptomycin sulfate</i>	37	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	17
STRIBILD	54	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	20
STRIVERDI RESPIMAT	32	TASIGNA	50
<i>subvenite</i>	42	<i>tasimelton</i>	12
<i>subvenite starter kit/blue</i>	42	TAVNEOS	23
<i>subvenite starter kit/green</i>	42	<i>taysofy</i>	20
<i>subvenite starter kit/orange</i>	42	<i>tazarotene</i>	13
SUCRAID	62	<i>tazicef</i>	38
<i>sucralfate</i>	16	<i>taztia xt</i>	5
<i>sulfacetamide sodium</i>	28	TAZVERIK	50
<i>sulfacetamide sodium</i>	40	TDVAX	26
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	27	<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x</i>	34
<i>phosphate</i>		<i>1/2"</i>	
<i>sulfadiazine</i>	40	TEFLARO	38
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	40	TEKTRUNA HCT	6
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	40	<i>telmisartan</i>	7
SULFAMYLON	15	<i>telmisartan/amlodipine</i>	6
<i>sulfasalazine</i>	9	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>sulindac</i>	36	<i>temazepam</i>	12
<i>sumatriptan</i>	3	TENIVAC	26
<i>sumatriptan succinate</i>	3	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	55
<i>sumatriptan succinate refill</i>	3	TEPMETKO	50
<i>sunitinib malate</i>	50	<i>terazosin hcl</i>	17
SUNLENCA	53	<i>terazosin hydrochloride</i>	17
SYMLINPEN 120	60	<i>terbinafine hcl</i>	45
SYMLINPEN 60	60	<i>terconazole</i>	45
SYMPAZAN	41	<i>teriflunomide</i>	11
SYMTUZA	53	<i>teriparatide</i>	10
SYNAREL	22	<i>testosterone</i>	18
SYNJARDY	60	<i>testosterone cypionate</i>	18
SYNJARDY XR	60	<i>testosterone enanthate</i>	18
SYNRIBO	47	<i>testosterone pump</i>	18
SYNTHROID	21	<i>tetrabenazine</i>	12
TABLOID	46	<i>tetracycline hydrochloride</i>	40
TABRECTA	50	THALOMID	46
<i>tacrolimus</i>	15	<i>theophylline</i>	33

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>theophylline er</i>	33	TRESIBA	61
<i>thioridazine hcl</i>	51	TRESIBA FLEXTOUCH	61
<i>thiothixene</i>	51	<i>tretinoin</i>	14
THYROID	21	<i>tretinoin</i>	50
<i>tiadylt er</i>	5	<i>tretinoin microsphere</i>	14
<i>tiagabine hydrochloride</i>	41	TREXALL	25
TIBSOVO	50	<i>triamcinolone acetonide</i>	15
TICOVAC	26	<i>triamcinolone acetonide</i>	21
<i>tigecycline</i>	37	<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	12
<i>timolol maleate</i>	4	<i>triamterene</i>	8
<i>timolol maleate</i>	26	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	26	<i>triazolam</i>	12
<i>tinidazole</i>	37	<i>trientine hydrochloride</i>	56
<i>tiopronin dr</i>	17	<i>trifluoperazine hcl</i>	51
TIVICAY	54	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	51
TIVICAY PD	54	<i>trifluridine</i>	28
<i>tizanidine hcl</i>	3	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	4
<i>tizanidine hydrochloride</i>	3	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	4
TOBI PODHALER	31	<i>trimethoprim</i>	37
TOBRADEX ST	27	<i>trimipramine maleate</i>	43
<i>tobramycin</i>	28	TRINTELLIX	44
<i>tobramycin sulfate</i>	37	<i>tri-sprintec</i>	20
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	28	TRITOCIN	15
<i>tolterodine tartrate</i>	17	TRIUMEQ	55
<i>tolterodine tartrate er</i>	17	TRIUMEQ PD	55
<i>topiramate</i>	42	<i>trivora-28</i>	20
<i>toremifene citrate</i>	46	TRIZIVIR	55
<i>torseamide</i>	8	TROPHAMINE	58
TOUJEO MAX SOLOSTAR	61	<i>trospium chloride</i>	17
TOUJEO SOLOSTAR	61	<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x</i>	34
TRACLEER	31	<i>1/2"</i>	
TRADJENTA	60	<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	34
<i>tramadol hydrochloride</i>	35	TRULICITY	60
<i>tramadol hydrochloride er</i>	34	TRUMENBA	26
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	35	TRUQAP	50
<i>trandolapril</i>	9	TRUSELTIQ	47
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	6	TUKYSA	50
<i>tranexamic acid</i>	58	TURALIO	50
<i>tranlycypromine sulfate</i>	43	<i>turqoz</i>	20
TRAVASOL	58	TWINRIX	26
<i>travoprost</i>	29	TYBOST	53
<i>trazodone hydrochloride</i>	44	TYPHIM VI	26
TRECTOR	45	TYRVAYA	29
TRELEGY ELLIPTA	30	UBRELVY	4

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
UDENYCA	59	<i>vigabatrin</i>	41
UDENYCA ONBODY	59	<i>vigadrone</i>	41
<i>unithroid</i>	21	<i>vigpoder</i>	41
<i>ursodiol</i>	16	VIIBRYD STARTER PACK	44
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	54	<i>vilazodone hydrochloride</i>	44
VALCHLOR	46	VIRACEPT	53
<i>valganciclovir</i>	53	VIREAD	55
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	53	<i>vitamin d</i>	58
<i>valproic acid</i>	42	VITRAKVI	50
<i>valsartan</i>	7	VIVITROL	29
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6	VIZIMPRO	50
VALTOCO 10 MG DOSE	41	VONJO	47
VALTOCO 15 MG DOSE	41	<i>voriconazole</i>	45
VALTOCO 20 MG DOSE	41	VOSEVI	54
VALTOCO 5 MG DOSE	41	VOWST	16
<i>vancomycin</i>	38	VRAYLAR	52
<i>vancomycin hcl</i>	37	VUMERITY	11
<i>vancomycin hydrochloride</i>	37	<i>vyfemla</i>	20
VANFLYTA	50	VYZULTA	29
VAQTA	26	<i>warfarin sodium</i>	59
<i>ardenafil hydrochloride</i>	17	WELIREG	62
<i>ardenafil hydrochloride odt</i>	17	<i>wixela inhub</i>	30
<i>varenicline starting month box</i>	29	XALKORI	50
<i>varenicline tartrate</i>	29	XARELTO	59
VARIVAX	26	XARELTO STARTER PACK	59
<i>velivet</i>	20	XATMEP	25
VELPHORO	56	XCOPRI	41
VEMLIDY	55	XDEMZY	28
VENCLEXTA	50	XELJANZ	23
VENCLEXTA STARTING PACK	50	XELJANZ XR	23
<i>venlafaxine hcl er</i>	44	XERMELO	15
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	44	XGEVA	10
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	44	XIFAXAN	16
VENTAVIS	31	XIGDUO XR	60
VEOZAH	12	XIIDRA	28
<i>verapamil hcl</i>	5	XOFLUZA	54
<i>verapamil hcl er</i>	5	XOLAIR	23
<i>verapamil hcl sr</i>	5	XOSPATA	50
<i>verapamil hydrochloride</i>	5	XPOVIO	50
<i>verapamil hydrochloride er</i>	5	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	50
VERQUVO	9	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	50
VERSACLOZ	51	XTANDI	46
VERZENIO	50	<i>xulane</i>	20
VIBRAMYCIN	40	<i>yargesa</i>	62

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
YERVOY	46
YF-VAX	26
<i>yuvafem</i>	20
<i>zafemy</i>	20
<i>zafirlukast</i>	32
<i>zaleplon</i>	12
ZARXIO	59
ZEJULA	50
ZELBORAF	50
ZENATANE	14
ZENPEP	62
ZEPOSIA	11
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	11
ZEPOSIA STARTER KIT	11
<i>zidovudine</i>	55
<i>ziprasidone hcl</i>	52
<i>ziprasidone mesylate</i>	52
ZIRGAN	28
<i>zoledronic acid</i>	10
ZOLINZA	47
<i>zolpidem tartrate</i>	12
ZONISADE	42
<i>zonisamide</i>	42
ZOSYN	39
<i>zovia 1/35</i>	20
ZTALMY	41
ZURZUVAE	42
ZYDELIG	50
ZYKADIA	50
ZYPREXA RELPREVV	53

ID de formulario: 25502, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025  
Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024

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

a Point32Health company

## 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.

**Portugués:** 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 19 de agosto de 2024. 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](http://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).