



TUFTS
Health Plan

a Point32Health company

Tufts Health Plan Senior Care Options (HMO-SNP)

Tufts Health Plan Senior Care Options CW (HMO-SNP)

Lista de medicamentos cubiertos para 2026 (Lista de medicamentos o formulario)

Tufts Health Plan Senior Care Options

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

26455 Versión 11

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 06/01/2026.

Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options al **1-855-670-5934** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana (de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre), o ingrese en **www.thpmp.org/sco-member**.

H8330_2026_6_C_SPA

Lista de medicamentos cubiertos **(lista de medicamentos o formulario) para 2026 de** **Tufts Health Plan Senior Care Options (HMO-SNP)** **Tufts Health Plan Senior Care Options CW (HMO-SNP)**

Introducción

Este documento se llama *Lista de medicamentos cubiertos* (que también se conoce como Lista de medicamentos). Indica qué medicamentos están cubiertos por Tufts Health Plan Senior Care Options. La Lista de medicamentos también indica si hay reglas especiales o restricciones en los medicamentos cubiertos por Tufts Health Plan Senior Care Options. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Miembro*, también conocido como *la Evidencia de Cobertura*.



Si tiene preguntas, llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana (de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.thpmp.org/sco-member.

Este formulario se actualizó el 06/01/2026.

Índice

A. Avisos legales.....	iii
B. Preguntas frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés).....	vi
B1. ¿Qué medicamentos figuran en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Abreviamos la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> como la “Lista de medicamentos”).....	vi
B2. ¿Cambia alguna vez la Lista de medicamentos?.....	vii
B3. ¿Qué sucede si hay un cambio en la Lista de medicamentos?.....	viii
B4. ¿Hay restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o se deben tomar medidas para obtener determinados medicamentos?.....	x
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si hay medidas que debo tomar para recibirlo?	x
B6. ¿Qué sucede si Tufts Health Plan Senior Care Options cambia sus reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, restricciones de autorización previa, cantidad límite o terapia escalonada)?.....	xi
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la lista?.....	xi
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la lista?	xi
B9. ¿Qué pasa si soy un miembro nuevo de Tufts Health Plan Senior Care Options y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo un problema para conseguirlo?.....	xii
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?	xiii
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	xiii
B12. ¿Cuánto se tarda en conseguir una excepción?	xiii
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?.....	xiii
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	xiv
B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?	xiv
B16. ¿Tufts Health Plan Senior Care Options cubre los productos OTC que no son medicamentos?	xiv
B17. ¿Tufts Health Plan Senior Care Options cubre suministros prolongados de medicamentos de venta con receta?.....	xiv
B18. ¿La farmacia de mi localidad puede enviar a mi casa los productos de mi receta?	xiv
B19. ¿Cuál es mi copago?	xv
C. Descripción general de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	xvi
C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento.....	xvi
C2. Cobertura adicional	xviii
D. Índice de Medicamentos Cubiertos.....	73

A. Avisos legales

Esta es una lista de los medicamentos que los miembros pueden recibir en *Tufts Health Plan Senior Care Options*.

- Tufts Health Plan Senior Care Options es un plan de Organización de Mantenimiento de la Salud-Plan de Necesidades Especiales (HMO-SNP, por sus siglas en inglés) con un contrato con Medicare. La inscripción en Tufts Health Plan Senior Care Options depende de la renovación del contrato.
- El plan HMO-SNP está disponible para cualquier persona que tenga tanto MassHealth Standard (Medicaid) como Medicare Part A y Part B. Usted no es elegible para inscribirse en Tufts Health Plan Senior Care Options si ya se ha inscrito en cualquier otro plan de seguro médico, con la excepción de Medicare. Se pueden aplicar otros requisitos y restricciones de elegibilidad que debe cumplir.
- Tufts Health Plan Senior Care Options es un programa voluntario de MassHealth (Medicaid) en asociación con la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS, por sus siglas en inglés) y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).
- Tufts Health Plan Senior Care Options cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluyendo embarazos, orientación sexual e identidad de género).
- Puede consultar en cualquier momento la versión más actualizada de la *Lista de medicamentos cubiertos* de Tufts Health Plan Senior Care Options en línea en www.thmp.org/sco-member o llamando al número que aparece en el pie de página de este documento. La llamada es gratis.
- **Puede obtener este documento gratis en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al número que aparece en el pie de página de este documento. La llamada es gratis.**
- Este documento está disponible gratis en español. También está disponible en otros idiomas, si lo solicita.
- Su solicitud de este documento en un formato o idioma accesible se aplicará de manera permanente, a menos que solicite lo contrario.

Si tiene preguntas, llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana (de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.thmp.org/sco-member.



Aviso sobre la disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares

English ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-855-670-5934 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-670-5934 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala Português, estão disponíveis para si serviços gratuitos de assistência linguística. Estão também disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-855-670-5934 (TTY - Dispositivo das telecomunicações para surdos: 711) ou fale com o seu prestador.

中文 (Simplified Chinese) 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-855-670-5934 (文本电话: 711) 或咨询您的服务提供者。

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-855-670-5934 (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

Việt (Vietnamese) LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-855-670-5934 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-855-670-5934 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

العربية تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 711 (1-855-670-5934) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

ភាសាខ្មែរ (Khmer) សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ បសវាកម្មដំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងបសវាកម្មខ្លះៗដែលជាការជួយដល់សមាជិក ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលរួមបានសម្រាប់សមាជិក ក៏អាចរកបាន។ សំណួរណាមួយស្តីពីការផ្តល់ជំនួយខ្លះៗ ប្រសិនបើអ្នកទូរសព្ទ 1-855-670-5934 (TTY: 711) ឬនិយាយប្រាកដអំពីការផ្តល់ជំនួយសម្រាប់អ្នក។

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliares appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-855-670-5934 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

Italiano (Italian) ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-855-670-5934 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.

한국어 (Korean) 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다.

1-855-670-5934(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το 1-855-670-5934 (TTY: 711) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

POLSKI (Polish) UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-855-670-5934 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

ह दी (Hindi) न दें: यदद आप ह दी बोलते हैं, तो आपके ललए ननिःशुल्क भाषा स ायता सेवाएं उपलब्ध ोती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के ललए उपयुक्त स ायक साधन और सेवाएँ भी ननिःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-670-5934 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

ગુજરાતી (Gujarati) ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા છો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસરી સહાય અને એક્સેસસબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વલના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-855-670-5934 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

ລາວ (Laos) ຄືນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີຄ່າຂອງຊ່ວຍ ແລະ

ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທົ່ວໄປ ມີ ອີເທັດຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-855-670-5934 (TTY: 711) ຫ ລມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Si tiene preguntas, llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana (de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.thmp.org/sco-member.



B. Preguntas frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés)

Aquí encontrará las respuestas a las preguntas que tenga sobre esta *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)*. Puede leer todas las FAQ para obtener más información o buscar una pregunta y su respuesta respectiva.

B1. ¿Qué medicamentos figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Abreviamos la *Lista de medicamentos cubiertos* como la “Lista de medicamentos”).

Los medicamentos que aparecen en la *Lista de medicamentos* que comienza en la Sección C son los que cubre Tufts Health Plan Senior Care Options. Los medicamentos están disponibles en farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia estará en nuestra red si tenemos un contrato con ella para que trabaje con nosotros y le preste servicios. Designamos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

- Tufts Health Plan Senior Care Options cubrirá todos los medicamentos que sean médicamente necesarios y que figuren en la lista si ocurre lo siguiente:
 - su médico u otro prescriptor dicen que los necesita para recuperarse o mantenerse saludable;
 - Tufts Health Plan Senior Care Options acepta que el medicamento es médicamente necesario para usted, **y**
 - usted surte la receta en una farmacia de la red de Tufts Health Plan Senior Care Options.
- En algunos casos, tiene que hacer algo antes de recibir un medicamento. Consulte la pregunta B4 para obtener más información.

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en <http://www.thpmp.org/sco-member> o llamar a Servicios para Miembros al número que aparece en el pie de página de este documento.

B2. ¿Cambia alguna vez la Lista de medicamentos?

Sí, y Tufts Health Plan Senior Care Options debe seguir las reglas de Medicare y MassHealth (Medicaid) cuando realiza cambios. Podemos añadir o retirar medicamentos de la lista durante el año.

También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos hacer lo siguiente:

- Decidir que se requiere o no una autorización previa para un medicamento. (La autorización previa es un permiso que da Tufts Health Plan Senior Care Options antes de que usted pueda comprar un medicamento).
- Añadir o cambiar la cantidad de medicamentos que puede recibir (se llaman cantidades límite).
- Añadir o cambiar las restricciones de terapia escalonada en un medicamento. (Terapia escalonada significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la pregunta B4.

Si toma un medicamento que estaba cubierto a **principios** del año, por lo general no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que suceda lo siguiente:

- Aparezca en el mercado un medicamento nuevo y más barato que funcione tan bien como el que figura ahora en la Lista de medicamentos.
- Nos enteramos de que un medicamento no es seguro.
- Se retiró un medicamento del mercado.

Las preguntas B3 y B6 a continuación tienen más información sobre lo que sucede cuando cambia la Lista de medicamentos.

- Puede consultar en cualquier momento la versión más actualizada de la Lista de medicamentos de Tufts Health Plan Senior Care Options en línea en www.thpmp.org/sco-member. Las actualizaciones a la Lista de medicamentos se publican mensualmente en el sitio web.
- También puede llamar a Servicios para Miembros al número que aparece en el pie de página de este documento para consultar la Lista de medicamentos actual.

Si tiene preguntas, llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana (de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.thpmp.org/sco-member.



B3. ¿Qué sucede si hay un cambio en la Lista de medicamentos?

Algunos cambios de la Lista de medicamentos ocurrirán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Sustituciones de ciertas versiones nuevas de medicamentos.** Es posible que retiremos de inmediato medicamentos de la Lista si los reemplazamos con ciertas versiones nuevas de los mismos, pero el costo de los nuevos medicamentos seguirá siendo de \$0 con las mismas o menos restricciones. Cuando agreguemos la nueva versión de un medicamento, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
 - Tal vez no le avisemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hagamos una vez que esto suceda.
 - Podemos hacer estos cambios solo si el medicamento que estamos agregando:
 - Es una versión genérica nueva de un medicamento de marca.
 - Se trata de cierta versión nueva biosimilar de los productos biológicos originales de la Lista de medicamentos (por ejemplo, al agregar una versión biosimilar intercambiable que se puede sustituir por un producto biológico original sin una receta nueva).
 - Es posible que desconozca algunos de estos tipos de medicamento. Para obtener más información, consulte la Sección B14.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción de estos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede tomar para solicitar una excepción. Consulte las preguntas de la B10 a la B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Retirada de los medicamentos peligrosos y otros medicamentos que hayan sido retirados del mercado.** En ocasiones, un medicamento puede resultar peligroso o ser retirado del mercado por otros motivos. Si esto sucede, podemos retirarlo inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Si está tomando ese medicamento, le informaremos después de hacer el cambio. Luego, puede conversar con su médico u otro prescriptor. Esta persona puede ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda tomar.

Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que usted toma. Le informaremos con anticipación de estos otros cambios en la Lista de medicamentos. Estos cambios podrían suceder si ocurre lo siguiente:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) entrega nuevas pautas o si hay nuevas pautas clínicas con respecto a un medicamento.
- Eliminamos un medicamento de marca de la Lista de medicamentos al agregar un medicamento genérico que ya no es nuevo en el mercado.
 - Eliminamos un producto biológico original al agregar un biosimilar.
 - Cambiamos las reglas o los límites de la cobertura del medicamento de marca.

Cuando estos cambios ocurran, haremos lo siguiente:

- Le informaremos al menos con 30 días de anticipación del cambio en la Lista de medicamentos.
- Le informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que solicite resurtir la receta.

Esto le dará tiempo para conversar con su médico u otro prescriptor. Este puede ayudarle a decidir lo siguiente:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda tomar.
- Si debe solicitar una excepción de estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas de la B10 a la B12.



Si tiene preguntas, llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana (de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.thpmp.org/sco-member.

B4. ¿Hay restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o se deben tomar medidas para obtener determinados medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen reglas de cobertura o tienen límites en la cantidad que usted puede recibir. En algunos casos, usted, su médico u otro prescriptor tienen que hacer algo antes de recibir el medicamento. Por ejemplo:

- **Autorización previa:** En el caso de algunos medicamentos, usted, su médico u otro prescriptor deben obtener la autorización de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de surtir su receta. La autorización previa es diferente de un referido. Tufts Health Plan Senior Care Options podría no cubrir el medicamento si usted no obtiene primero la autorización previa.
- **Cantidades límite:** En ocasiones, Tufts Health Plan Senior Care Options restringe la cantidad de un medicamento que usted puede adquirir.
- **Terapia escalonada:** A veces, Tufts Health Plan Senior Care Options requiere que usted haga una terapia escalonada. Esto significa que tendrá que probar los medicamentos en un orden determinado para su condición médica. Podría tener que probar un medicamento antes de que cubramos otro. Si el prescriptor cree que el primer medicamento no funciona para usted, entonces cubriremos el segundo.
- **Medicamento con suministro para cierta cantidad de días no extensible:** Para ciertos medicamentos, Tufts Health Plan Senior Care Options restringe las cantidades hasta un suministro para 30 días por receta.

Puede obtener información sobre si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales en las tablas que se encuentran al inicio de la sección C. También puede obtener más información en nuestro sitio web www.thpmp.org/sco-member. Publicamos en línea un documento que explica nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitar que le enviemos una copia.

Puede solicitar una excepción de estos límites. Esto le dará tiempo para conversar con su médico u otro prescriptor. Ellos pueden ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda tomar o si debería solicitar una excepción. Consulte las preguntas de la B10 a la B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si hay medidas que debo tomar para recibirlo?

La tabla que aparece en la sección titulada "Lista de medicamentos por tipo de medicamento" tiene una columna titulada "Medidas necesarias, restricciones o límites de uso".

B6. ¿Qué sucede si Tufts Health Plan Senior Care Options cambia sus reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, restricciones de autorización previa, cantidad límite o terapia escalonada)?

En algunos casos, le avisaremos anticipadamente si añadimos o cambiamos las restricciones de autorización previa, cantidad límite o terapia escalonada de un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre el aviso anticipado y las situaciones en las que no podamos notificarle anticipadamente cuando cambien nuestras reglas sobre los medicamentos incluidos en la lista.

B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la lista?

Hay dos formas de encontrar un medicamento:

- Puede buscar alfabéticamente.
- Puede buscar por tipo de medicamento.

Para buscar **alfabéticamente**, ubique su medicamento en la sección Índice de medicamentos cubiertos. Puede encontrarlo en la Sección D. El Índice de medicamentos cubiertos es una lista alfabética de todos los medicamentos que se incluyen en la Lista de medicamentos. En el índice aparecen los medicamentos de marca y los genéricos.

Para buscar por **tipo de medicamento**, busque la sección titulada "Lista de medicamentos por tipo de medicamento" en la sección C. Los medicamentos en esta sección se agrupan en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para las jaquecas, debe buscar en la categoría "Antijaquecosos". Ahí es donde encontrará los medicamentos que tratan las jaquecas.

B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la lista?

Si no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en el pie de página de este documento y pregunte por él. Si se entera que Tufts Health Plan Senior Care Options no cubrirá el medicamento puede adoptar una de las siguientes medidas:

- Pida a Servicios para Miembros una lista de medicamentos como el que desea tomar. Luego, muestre la lista a su médico o a otro prescriptor. Ellos pueden recetar un medicamento de la lista que es similar al que desea tomar. **O**
- Solicite al plan de salud que haga una excepción para cubrir su medicamento. Consulte las preguntas de la B10 a la B12 para obtener más información sobre las excepciones.

Si tiene preguntas, llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana (de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.thmp.org/sco-member.



B9. ¿Qué pasa si soy un miembro nuevo de Tufts Health Plan Senior Care Options y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo un problema para conseguirlo?

Podemos ayudar. Podemos cubrir un suministro temporal para 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días desde que se convirtió en miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options. Esto le dará tiempo para conversar con su médico u otro prescriptor. Ellos pueden ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda tomar o si debería solicitar una excepción.

Si la receta está indicada para menos días, permitiremos que se surta varias veces hasta un máximo de 30 días de medicamento.

Cubriremos un suministro de 30 días de su medicamento si sucede lo siguiente:

- Usted está tomando un medicamento que no aparece en nuestra lista.
- Nuestras reglas del plan de salud no permiten que usted reciba la cantidad recetada por el prescriptor.
- El medicamento necesita la autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options.
- Usted está tomando un medicamento que forma parte de una restricción a una terapia escalonada.

Si usted está tomando un medicamento que Tufts Health Plan Senior Care Options no considera que es un medicamento de Part D, tiene derecho a recibir un suministro único de ese medicamento para 72 horas.

Si la farmacia no puede facturar a Tufts Health Plan Senior Care Options por este suministro único, MassHealth (Medicaid) lo pagará.

Si está en una casa de reposo o en un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la lista o si no puede conseguir fácilmente el medicamento que necesita, podemos ayudar. Si ha estado en el plan por más de 90 días, vive en un centro de cuidados a largo plazo y necesita un suministro inmediatamente:

- Cubriremos un suministro de 31 días del medicamento que necesita (a menos que su receta sea por menos días) si es o no un nuevo miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options.
- Esta es una adición al suministro temporal durante los primeros 90 días desde que se convirtió en miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options.

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 Health Plan Senior Care Options para solicitar un surtido temporal de la receta.

B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?

Sí. Puede solicitar a Tufts Health Plan Senior Care Options que haga una excepción para cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos.

También nos puede solicitar que cambiemos las reglas que aplicamos a su medicamento.

- Por ejemplo, Tufts Health Plan Senior Care Options puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, nos puede solicitar que lo cambiemos y cubramos una mayor cantidad sin costo adicional.
- Otros ejemplos: Puede solicitarnos que retiremos las restricciones de terapia escalonada o los requisitos de autorización previa.

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llame a Servicios para Miembros. Un representante de Servicios para Miembros trabajará con usted y su prescriptor para ayudarle a solicitar una excepción. También puede leer el capítulo 8, sección 7 del *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto se tarda en conseguir una excepción?

Después de que recibamos una declaración del prescriptor en la que respalde su solicitud de excepción, tomaremos una decisión en un plazo de 72 horas. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro prescriptor cuando solicite la excepción.

Si usted o el prescriptor creen que su salud puede verse afectada si tiene que esperar 72 horas por una decisión, puede solicitar una excepción expedita. Esta es una decisión más rápida. Si el prescriptor respalda su solicitud, tomaremos una decisión en un plazo de 24 horas después de haber recibido su declaración de respaldo.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están compuestos por los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Habitualmente cuestan menos que los medicamentos de marca y funcionan tan bien como estos. Normalmente, no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos son autorizados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos normalmente se pueden sustituir por medicamentos de marca en la farmacia sin una receta nueva, dependiendo de las leyes estatales. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no tienen copago por los medicamentos cubiertos.

Tufts Health Plan Senior Care Options cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos.

Si tiene preguntas, llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana (de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.thmp.org/sco-member.



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

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 fórmulas 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. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no tienen copago por los medicamentos cubiertos.

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

B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?

OTC es la sigla en inglés de “over-the-counter”, que significa de venta libre o sin receta. Tufts Health Plan Senior Care Options cubre algunos medicamentos OTC cuando figuran en las recetas emitidas por su proveedor.

Puede leer la Lista de medicamentos de venta libre de MassHealth Standard (Medicaid) para conocer qué medicamentos OTC tienen cobertura.

B16. ¿Tufts Health Plan Senior Care Options cubre los productos OTC que no son medicamentos?

Tufts Health Plan Senior Care Options cubre algunos productos OTC que no son medicamentos cuando figuran en las recetas emitidas por el proveedor.

Algunos ejemplos de productos OTC que no son medicamentos son las toallitas con alcohol y las gasas.

Puede leer la Lista de medicamentos de Tufts Health Plan Senior Care Options para conocer qué productos OTC que no son medicamentos tienen cobertura.

B17. ¿Tufts Health Plan Senior Care Options cubre suministros prolongados de medicamentos de venta con receta?

- **Programas de pedidos por correo.** Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite obtener un suministro para un máximo de 90 días de sus medicamentos, el cual se enviará directamente a su casa. Usted tiene \$0 de copago.
- **Programas de farmacias minoristas de suministro para 90 días.** Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer un suministro para un máximo de 90 días de medicamentos que están cubiertos. Usted tiene \$0 de copago.

B18. ¿La farmacia de mi localidad puede enviar a mi casa los productos de mi receta?

Es posible que la farmacia de su localidad entregue en su casa los productos de su receta. Puede llamar a la farmacia para averiguar si ofrecen entregas a domicilio.

B19. ¿Cuál es mi copago?

Los miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options no tienen copagos para medicamentos recetados y OTC, así como productos que no son medicamentos siempre y cuando los miembros sigan las reglas del plan. Consulte las preguntas B15 y B16 para obtener más información sobre los medicamentos de venta libre y los productos que no son medicamentos.

Los niveles son los grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Su plan tiene 1 nivel. Todos los medicamentos cubiertos están en este nivel.

Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos no tienen copago.

- Los medicamentos genéricos de Nivel 1 tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos de marca de Nivel 1 tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos OTC tienen un copago de \$0.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en el pie de página de este documento.

Si tiene preguntas, llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana (de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.thpmp.org/sco-member.



C. Descripción general de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La *Lista de medicamentos cubiertos* le ofrece información sobre los medicamentos que cubre Tufts Health Plan Senior Care Options. En caso de tener problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que se encuentra en la sección D. El índice enumera alfabéticamente todos los medicamentos que cubre Tufts Health Plan Senior Care Options.

C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento

Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para las jaquecas, debe buscar en la categoría “Antijaquecosos”. Ahí es donde encontrará los medicamentos que tratan las jaquecas.

También aparece el significado de los códigos usados en la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso”:

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.

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

Debido a posibles inquietudes sobre la seguridad y uso, Tufts Health Plan Senior Care Options ha establecido limitaciones de surtido en una cantidad pequeña de medicamentos. 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.

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

Este medicamento está cubierto según nuestro beneficio médico.

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.

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.

Esta sección continúa en la página siguiente

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 Health Plan Senior Care Options para los miembros que no cumplen los criterios de terapia escalonada en el punto de venta según el proceso de revisión médica.

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. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no tienen copago por los medicamentos cubiertos.

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 gratis 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

Si tiene preguntas, llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana (de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.thmp.org/sco-member.

xvii

Este formulario se actualizó el 06/01/2026.



C2. Cobertura adicional

Suministros para pruebas de diabetes

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

- Tiras reactivas Accu-Chek
- Medidores Accu-Chek (cantidad límite: 1 medidor por 180 días)
- Sistemas de monitoreo continuo de glucosa FreeStyle Libre y Dexcom (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

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos se indican en minúscula y cursiva (por ejemplo, *omeprazol*), mientras que los medicamentos de marca aparecen totalmente en mayúscula (por ejemplo, ENBREL). La información en la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso” le indica si Tufts Health Plan Senior Care Options tiene reglas para cubrir su medicamento.

D. Índice de Medicamentos Cubiertos

En esta sección, puede buscar un medicamento por su nombre en orden alfabético. Esto le indicará el número de página donde puede encontrar información adicional sobre la cobertura de su medicamento.



Si tiene preguntas, llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana (de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.thpmp.org/sco-member.

xix

Este formulario se actualizó el 06/01/2026.

Tabla de contenidos

Agentes antidemencia.....	3
Agentes antiespásticos.....	3
Agentes antijaquecosos	3
Agentes antiemiasténicos.....	4
Agentes antiparkinsonianos	4
Agentes cardiovasculares.....	5
Agentes de antigout	10
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal	11
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas	11
Agentes del sistema nervioso central	11
Agentes del trastorno del sueño	14
Agentes dentales y orales.....	14
Agentes dermatológicos	14
Agentes gastrointestinales.....	17
Agentes genitourinarios.....	19
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis).....	20
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)	20
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)	23
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)	23
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides).....	24
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria).....	24
Agentes inmunológicos.....	25
Agentes oftálmicos	30
Agentes para la bipolaridad.....	33
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción	33
Agentes para vías respiratorias/pulmonares.....	33
Agentes Terapéuticos, Misceláneos	37
Agentes óticos.....	38
Analgésicos	38
Anestésicos.....	40
Ansiolíticos	40
Antibacterianos	41
Anticonvulsivos	45
Antidepresivos	47
Antidepressants.....	48
Antieméticos	49
Antimicobacterianos.....	50
Antimicóticos	50
Antineoplásicos.....	51
Antiparasitarios	57
Antipsicóticos	58
Antivírico	60

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Electrolitos/minerales/metales/vitaminas.....	63
Productos y modificadores sanguíneos	67
Reguladores de la glucemia	68
Relajantes musculares esqueléticos.....	71
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento	71

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026
Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antidemencia		
Agentes antidemencia, otros		
<i>memantine/donepezil hydrochloride er capsule extended release 24 hour 10mg; 14mg, 10mg; 21mg, 10mg; 28mg</i>	1	
NAMZARIC CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 10MG; 0	1	
NAMZARIC CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 7MG	1	
Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)		
<i>memantine hcl titration pak tablet 0</i>	1	
<i>memantine hydrochloride er capsule extended release 24 hour 14mg, 21mg, 28mg, 7mg</i>	1	
<i>memantine hydrochloride solution 2mg/ml</i>	1	
<i>memantine hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
Inhibidores de la colinesterasa		
<i>donepezil hcl tablet disintegrating 10mg, 5mg</i>	1	
<i>donepezil hcl tablet 10mg, 23mg</i>	1	
<i>donepezil hydrochloride tablet 5mg</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide er capsule extended release 24 hour 16mg, 24mg, 8mg</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide solution 4mg/ml</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide tablet 12mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>rivastigmine tartrate capsule 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg</i>	1	
<i>rivastigmine transdermal system patch 24 hour 13.3mg/24hr, 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr</i>	1	
Agentes antiespásticos		
Agentes antiespásticos		
<i>baclofen tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>dantrolene sodium capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>tizanidine hcl tablet 2mg</i>	1	
<i>tizanidine hydrochloride tablet 4mg</i>	1	
Agentes antiyaquecosos		
Agonista de receptores de serotonina (5-HT)		
<i>naratriptan hcl tablet 1mg, 2.5mg</i>	1	
<i>rizatriptan benzoate odt tablet disintegrating 10mg, 5mg</i>	1	
<i>rizatriptan benzoate tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>sumatriptan succinate refill injection 6mg/0.5ml</i>	1	
<i>sumatriptan succinate injection 4mg/0.5ml, 6mg/0.5ml</i>	1	
<i>sumatriptan succinate tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>sumatriptan solution 20mg/act, 5mg/act</i>	1	
Alcaloides del cornezuelo		
<i>dihydroergotamine mesylate solution 4mg/ml</i>	1	QL(8 ML por 30 días); NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

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

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>carbidopa/levodopa er tablet extended release 25mg; 100mg, 50mg; 200mg</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa odt tablet disintegrating 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa tablet 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg</i>	1	
<i>carbidopa tablet 25mg</i>	1	
Agentes cardiovasculares		
<i>Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa</i>		
<i>prazosin hydrochloride capsule 1mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>Agentes bloqueantes adrenérgicos beta</i>		
<i>acebutolol hydrochloride capsule 200mg, 400mg</i>	1	
<i>atenolol tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>carvedilol tablet 12.5mg, 25mg, 3.125mg, 6.25mg</i>	1	
<i>labetalol hydrochloride tablet 100mg, 200mg, 300mg</i>	1	
<i>metoprolol succinate er tablet extended release 24 hour 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tablet 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>nadolol tablet 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>nebivolol hydrochloride tablet 10mg, 2.5mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>pindolol tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>propranolol hcl solution 40mg/5ml</i>	1	
<i>propranolol hcl tablet 40mg</i>	1	
<i>propranolol hydrochloride er capsule extended release 24 hour 120mg, 160mg, 60mg, 80mg</i>	1	
<i>propranolol hydrochloride solution 20mg/5ml</i>	1	
<i>propranolol hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	1	
<i>Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas</i>		
<i>amlodipine besylate tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>felodipine er tablet extended release 24 hour 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>nifedipine er tablet extended release 24 hour 30mg, 60mg, 90mg</i>	1	
<i>nimodipine capsule 30mg</i>	1	
<i>Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas</i>		
<i>cartia xt capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	1	
<i>dilt-xr capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl cd capsule extended release 24 hour 360mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 12 hour 120mg, 60mg, 90mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

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

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

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

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

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

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fenofibrate micronized capsule 134mg, 200mg, 67mg</i>	1	
<i>fenofibrate capsule 130mg, 43mg, 50mg</i>	1	
<i>fenofibrate tablet 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	1	
<i>fenofibric acid dr capsule delayed release 135mg, 45mg</i>	1	
<i>gemfibrozil tablet 600mg</i>	1	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium tablet 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>fluvastatin sodium er tablet extended release 24 hour 80mg</i>	1	
<i>fluvastatin capsule 20mg, 40mg</i>	1	
<i>lovastatin tablet 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>pitavastatin calcium tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
<i>pravastatin sodium tablet 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>rosuvastatin calcium tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>simvastatin tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg, 80mg</i>	1	
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light packet 4gm</i>	1	
<i>cholestyramine light powder 4gm/dose</i>	1	
<i>cholestyramine packet 4gm</i>	1	
<i>cholestyramine powder 4gm/dose</i>	1	
<i>colestipol hydrochloride granules 5gm</i>	1	
<i>colestipol hydrochloride packet 5gm</i>	1	
<i>colestipol hydrochloride tablet 1gm</i>	1	
<i>ezetimibe/simvastatin tablet 10mg; 10mg, 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 10mg; 80mg</i>	1	
<i>ezetimibe tablet 10mg</i>	1	
<i>icosapent ethyl capsule 0.5gm, 1gm</i>	1	
NEXLETOL TABLET 180MG	1	PA
NEXLIZET TABLET 180MG; 10MG	1	PA
<i>niacin er tablet extended release 1000mg, 500mg, 750mg</i>	1	
<i>omega-3-acid ethyl esters capsule 375mg; 465mg; 1gm</i>	1	
PRALUENT INJECTION 150MG/ML, 75MG/ML	1	PA
<i>prevalite packet 4gm</i>	1	
<i>prevalite powder 4gm/dose</i>	1	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM INJECTION 420MG/3.5ML	1	PA
REPATHA SURECLICK INJECTION 140MG/ML	1	PA
REPATHA INJECTION 140MG/ML	1	PA
Diuréticos, ahorrador de potasio		
<i>amiloride hcl tablet 5mg</i>	1	
<i>triamterene capsule 100mg, 50mg</i>	1	
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide injection 0.25mg/ml</i>	1	
<i>bumetanide tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
<i>ethacrynic acid tablet 25mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>furosemide injection 10mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10mg/ml, 40mg/5ml</i>	1	
<i>furosemide tablet 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>torseamide tablet 100mg, 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone tablet 25mg, 50mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide capsule 12.5mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide tablet 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>indapamide tablet 1.25mg, 2.5mg</i>	1	
<i>metolazone tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
<i>benazepril hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>captopril tablet 100mg, 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>enalapril maleate tablet 10mg, 2.5mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium tablet 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>lisinopril tablet 10mg, 2.5mg, 20mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>moexipril hydrochloride tablet 15mg, 7.5mg</i>	1	
<i>perindopril erbumine tablet 2mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>quinapril hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>ramipril capsule 1.25mg, 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>trandolapril tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT)		
<i>dapagliflozin tablet 10mg, 5mg</i>	1	
FARXIGA TABLET 10MG, 5MG	1	
JARDIANCE TABLET 10MG, 25MG	1	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso		
<i>isosorbide dinitrate tablet 10mg, 20mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate er tablet extended release 24 hour 120mg, 30mg, 60mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate tablet 10mg, 20mg</i>	1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1mg/hr, 0.2mg/hr, 0.4mg/hr, 0.6mg/hr</i>	1	
<i>nitroglycerin solution 0.4mg/spray</i>	1	
<i>nitroglycerin tablet sublingual 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	1	
VERQUVO TABLET 10MG, 2.5MG, 5MG	1	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial		
<i>hydralazine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>minoxidil tablet 10mg, 2.5mg</i>	1	
Agentes de antigout		
Agentes de antigout		
<i>allopurinol tablet 100mg, 300mg</i>	1	
<i>colchicine tablet 0.6mg</i>	1	
<i>probenecid/colchicine tablet 0.5mg; 500mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

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

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BETASERON INJECTION 0.3MG	1	NEDS; SP
<i>dalfampridine er tablet extended release 12 hour 10mg</i>	1	SP
<i>dimethyl fumarate capsule delayed release 120mg, 240mg</i>	1	SP
<i> fingolimod hydrochloride capsule 0.5mg</i>	1	NEDS; SP
<i> glatiramer acetate injection 40mg/ml</i>	1	QL(12 ML por 28 días); NEDS; SP
<i> glatiramer acetate injection 20mg/ml</i>	1	QL(30 ML por 30 días); NEDS; SP
KESIMPTA INJECTION 20MG/0.4ML	1	PA; NEDS; SP
PLEGRIDY STARTER PACK INJECTION 0	1	NEDS; SP
PLEGRIDY INJECTION 125MCG/0.5ML	1	NEDS; SP
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK INJECTION 0	1	ST; NEDS; SP
REBIF REBIDOSE INJECTION 22MCG/0.5ML, 44MCG/0.5ML	1	ST; NEDS; SP
REBIF TITRATION PACK INJECTION 0	1	ST; NEDS; SP
REBIF INJECTION 22MCG/0.5ML, 44MCG/0.5ML	1	ST; NEDS; SP
<i> teriflunomide tablet 14mg, 7mg</i>	1	SP
VUMERITY CAPSULE DELAYED RELEASE 231MG	1	NEDS; SP
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK CAPSULE THERAPY PACK 0	1	NEDS; SP
ZEPOSIA CAPSULE 0.92MG	1	NEDS; SP
Agentes de fibromialgia		
<i> milnacipran hydrochloride titration pack miscellaneous 0</i>	1	
<i> milnacipran hydrochloride tablet 100mg, 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
SAVELLA TITRATION PACK MISCELLANEOUS 0	1	
SAVELLA TABLET 100MG, 12.5MG, 25MG, 50MG	1	
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
<i> amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg, 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg, 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg, 5mg; 5mg; 5mg; 5mg, 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg, 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	1	
<i> amphetamine/dextroamphetamine tablet 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg, 1.875mg; 1.875mg; 1.875mg; 1.875mg, 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg, 3.125mg; 3.125mg; 3.125mg; 3.125mg, 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg, 5mg; 5mg; 5mg; 5mg, 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	1	
<i> dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 10mg, 15mg, 5mg</i>	1	
<i> dextroamphetamine sulfate tablet 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 10mg, 25mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine capsule 100mg, 80mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine capsule 10mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonidine hydrochloride er tablet extended release 12 hour 0.1mg</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hcl tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er capsule extended release 24 hour 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg, 35mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tablet 2.5mg</i>	1	
<i>guanfacine hydrochloride er tablet extended release 24 hour 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	1	QL(90 EA por 90 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er (cd) capsule extended release 10mg, 20mg, 30mg, 40mg, 50mg, 60mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er (dif) tablet extended release 27mg, 36mg, 54mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er (la) capsule extended release 24 hour 10mg, 20mg, 30mg, 40mg, 60mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm) tablet extended release 18mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 18mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 10mg, 20mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride solution 10mg/5ml, 5mg/5ml</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride tablet chewable 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
Sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12MG; 18MG; 24MG; 30MG	1	QL(56 EA por 365 días); PA; NEDS; SP
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 6MG; 12MG; 24 MG	1	QL(84 EA por 365 días); PA; NEDS; SP
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6MG	1	QL(210 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
AUSTEDO TABLET 12MG, 6MG, 9MG	1	PA; NEDS; SP
COBENFY STARTER PACK CAPSULE THERAPY PACK 20MG; 0	1	QL(112 EA por 365 días); PA NSO; NEDS
COBENFY CAPSULE 20MG; 100MG, 20MG; 50MG, 30MG; 125MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
NUEDEXTA CAPSULE 20MG; 10MG	1	PA; NEDS
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSPENSION 105MG/5ML	1	PA; NEDS; SP
RADICAVA ORS SUSPENSION 105MG/5ML	1	PA; NEDS; SP
<i>riluzole tablet 50mg</i>	1	
<i>tetrabenazine tablet 12.5mg, 25mg</i>	1	PA; SP
VEOZAH TABLET 45MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
Agentes del trastorno del sueño		
<i>Agentes estimulantes de insomnio</i>		
<i>armodafinil tablet 150mg, 200mg, 250mg, 50mg</i>	1	PA
<i>modafinil tablet 100mg, 200mg</i>	1	PA
SODIUM OXYBATE SOLUTION 500MG/ML	1	PA; NEDS
<i>Agentes somníferos</i>		
BELSOMRA TABLET 10MG, 15MG, 20MG, 5MG	1	
<i>eszopiclone tablet 1mg, 2mg, 3mg</i>	1	
<i>ramelteon tablet 8mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>tasimelteon capsule 20mg</i>	1	PA; NEDS; SP
<i>temazepam capsule 15mg, 30mg, 7.5mg</i>	1	
<i>zaleplon capsule 10mg, 5mg</i>	1	
<i>zolpidem tartrate tablet 10mg, 5mg</i>	1	
Agentes dentales y orales		
<i>Agentes dentales y orales</i>		
<i>cevimeline hydrochloride capsule 30mg</i>	1	
<i>chlorhexidine gluconate solution 0.12%</i>	1	
<i>kourzeq paste 0.1%</i>	1	
<i>lidocaine hydrochloride viscous solution 2%</i>	1	
<i>lidocaine viscous solution 2%</i>	1	
<i>oralone dental paste paste 0.1%</i>	1	
<i>periogard solution 0.12%</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride tablet 5mg, 7.5mg</i>	1	
<i>sf 5000 plus cream 1.1%</i>	1	
<i>sodium fluoride 5000 plus cream 1.1%</i>	1	
<i>sodium fluoride 5000 ppm cream 1.1%</i>	1	
<i>sodium fluoride cream 1.1%</i>	1	
<i>triamcinolone acetate dental paste paste 0.1%</i>	1	
Agentes dermatológicos		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes dermatológicos, otros		
<i>calcipotriene cream 0.005%</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene ointment 0.005%</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene solution 0.005%</i>	1	QL(120 ML por 30 días)
<i>calcitriol ointment 3mcg/gm</i>	1	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate cream 0.05%; 1%</i>	1	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate lotion 0.05%; 1%</i>	1	
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	1	QL(200 GM por 30 días)
<i>fluorouracil cream 0.5%, 5%</i>	1	
<i>fluorouracil solution 2%, 5%</i>	1	
<i>imiquimod cream 3.75%, 5%</i>	1	
<i>nystatin/triamcinolone acetonide cream 100000unit/gm; 1mg/gm</i>	1	
<i>nystatin/triamcinolone acetonide ointment 100000unit/gm; 0.1%</i>	1	
<i>nystatin/triamcinolone cream 100000unit/gm; 1mg/gm</i>	1	
<i>nystatin/triamcinolone ointment 100000unit/gm; 0.1%</i>	1	
OTEZLA TABLET 20MG, 30MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>podofilox gel 0.5%</i>	1	
<i>podofilox solution 0.5%</i>	1	
SANTYL OINTMENT 250UNIT/GM	1	
<i>silver sulfadiazine cream 1%</i>	1	
<i>ssd cream 1%</i>	1	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
<i>acutane capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	
<i>acitretin capsule 10mg, 17.5mg, 25mg</i>	1	
<i>adapalene gel 0.1%, 0.3%</i>	1	PA
<i>amnesteem capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	
<i>azelaic acid gel 15%</i>	1	
<i>claravis capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide gel 2.5%; 1.2%, 5%; 1.2%</i>	1	
<i>clindamycin/benzoyl peroxide gel 5%; 1%</i>	1	
<i>isotretinoin capsule 10mg, 20mg, 25mg, 30mg, 35mg, 40mg</i>	1	
<i>metronidazole cream 0.75%</i>	1	
<i>metronidazole gel 0.75%, 1%</i>	1	
<i>metronidazole lotion 0.75%</i>	1	
<i>tazarotene cream 0.05%, 0.1%</i>	1	PA
<i>tazarotene gel 0.05%, 0.1%</i>	1	PA
<i>tretinoin cream 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	1	PA
ZENATANE CAPSULE 10MG, 20MG, 30MG, 40MG	1	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
<i>ammonium lactate cream 12%</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ammonium lactate lotion 12%</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate augmented cream 0.05%</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate augmented gel 0.05%</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate augmented lotion 0.05%</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate augmented ointment 0.05%</i>	1	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE CREAM 0.05%	1	
<i>betamethasone dipropionate lotion 0.05%</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate ointment 0.05%</i>	1	
<i>betamethasone valerate cream 0.1%</i>	1	
<i>betamethasone valerate lotion 0.1%</i>	1	
<i>betamethasone valerate ointment 0.1%</i>	1	
<i>clobetasol propionate e cream 0.05%</i>	1	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate cream 0.05%</i>	1	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate gel 0.05%</i>	1	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate ointment 0.05%</i>	1	QL(240 GM por 30 días)
CLOBETASOL PROPIONATE SHAMPOO 0.05%	1	QL(236 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate solution 0.05%</i>	1	QL(200 ML por 30 días)
<i>clodan shampoo 0.05%</i>	1	QL(236 ML por 30 días)
DESONIDE CREAM 0.05%	1	
DESONIDE OINTMENT 0.05%	1	
<i>desoximetasone cream 0.05%, 0.25%</i>	1	
EUCRISA OINTMENT 2%	1	PA
<i>fluocinolone acetonide body oil 0.01%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide scalp oil 0.01%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide topical oil 0.01%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide cream 0.01%, 0.025%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide ointment 0.025%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide solution 0.01%</i>	1	
<i>fluocinonide emulsified base cream 0.05%</i>	1	
<i>fluocinonide cream 0.05%, 0.1%</i>	1	
FLUOCINONIDE GEL 0.05%	1	
FLUOCINONIDE OINTMENT 0.05%	1	
FLUOCINONIDE SOLUTION 0.05%	1	
<i>fluticasone propionate cream 0.05%</i>	1	
<i>fluticasone propionate ointment 0.005%</i>	1	
<i>halobetasol propionate cream 0.05%</i>	1	
<i>halobetasol propionate ointment 0.05%</i>	1	
HYDROCORTISONE VALERATE CREAM 0.2%	1	
<i>hydrocortisone valerate ointment 0.2%</i>	1	
<i>hydrocortisone cream 1%, 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone lotion 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone ointment 1%, 2.5%</i>	1	
<i>mometasone furoate cream 0.1%</i>	1	
<i>mometasone furoate ointment 0.1%</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>mometasone furoate solution 0.1%</i>	1	
<i>pimecrolimus cream 1%</i>	1	
<i>selenium sulfide lotion 2.5%</i>	1	
<i>tacrolimus ointment 0.03%, 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide cream 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.025%, 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide ointment 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	1	
Antiinfecciosos tópicos		
<i>ciclopirox nail lacquer solution 8%</i>	1	
<i>ciclopirox olamine cream 0.77%</i>	1	
<i>ciclopirox gel 0.77%</i>	1	
CICLOPIROX SHAMPOO 1%	1	
<i>ciclopirox suspension 0.77%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate (once-daily) gel 1%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate (twice-daily) gel 1%</i>	1	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE LOTION 1%	1	
<i>clindamycin phosphate external solution 1%</i>	1	
<i>ery pad 2%</i>	1	
<i>erythromycin gel 2%</i>	1	
<i>erythromycin solution 2%</i>	1	
<i>mupirocin cream 2%</i>	1	QL(180 GM por 30 días)
<i>mupirocin ointment 2%</i>	1	QL(44 GM por 30 días)
SULFAMYLON CREAM 85MG/GM	1	
Pediculicidas/escabicidas		
<i>malathion lotion 0.5%</i>	1	
<i>permethrin cream 5%</i>	1	
Agentes gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
<i>alosetron hydrochloride tablet 0.5mg</i>	1	PA
<i>alosetron hydrochloride tablet 1mg</i>	1	PA; NEDS
<i>loperamide hydrochloride capsule 2mg</i>	1	
XERMELO TABLET 250MG	1	PA; NEDS; SP
Agentes antiestreñimiento		
<i>constulose solution 10gm/15ml</i>	1	
<i>enulose solution 10gm/15ml</i>	1	
<i>generlac solution 10gm/15ml</i>	1	
<i>lactulose solution 10gm/15ml</i>	1	
LINZESS CAPSULE 145MCG, 290MCG, 72MCG	1	
<i>lubiprostone capsule 24mcg, 8mcg</i>	1	
MOVANTIK TABLET 12.5MG, 25MG	1	
Agentes gastrointestinales, otros		
CLENPIQ SOLUTION 12GM/175ML; 3.5GM/175ML; 10MG/175ML	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>gavilyte-c solution reconstituted 240gm; 2.98gm; 6.72gm; 5.84gm; 22.72gm</i>	1	
<i>gavilyte-g solution reconstituted 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm</i>	1	
<i>gavilyte-n/ flavor pack solution reconstituted 420gm; 1.48gm; 5.72gm; 11.2gm</i>	1	
<i>metoclopramide hcl injection 5mg/ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5mg/5ml</i>	1	
<i>metoclopramide hydrochloride + rfid injection 5mg/ml</i>	1	
<i>metoclopramide hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>nitroglycerin ointment 0.4%</i>	1	QL(30 GM por 30 días)
<i>opium tincture tincture 1%</i>	1	
<i>opium tincture 1%</i>	1	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate solution reconstituted 4.7gm; 100gm; 1.015gm; 5.9gm; 2.691gm; 7.5gm</i>	1	
<i>peg-3350/electrolytes solution reconstituted 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm</i>	1	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl solution reconstituted 420gm; 1.48gm; 5.72gm; 11.2gm</i>	1	
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic solution reconstituted 4.7gm; 100gm; 1.015gm; 5.9gm; 2.691gm; 7.5gm</i>	1	
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate solution 17.5gm/177ml; 3.13gm/177ml; 1.6gm/177ml</i>	1	
<i>ursodiol capsule 300mg</i>	1	
<i>ursodiol tablet 250mg, 500mg</i>	1	
VOQUEZNA TABLET 10MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
VOQUEZNA TABLET 20MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA
VOWST CAPSULE 0	1	PA; NEDS
XIFAXAN TABLET 550MG	1	PA; NEDS
<i>Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)</i>		
<i>cimetidine tablet 200mg, 300mg, 400mg, 800mg</i>	1	
<i>famotidine tablet 20mg, 40mg</i>	1	
<i>Antiespasmódicos, gastrointestinal</i>		
<i>dicyclomine hcl solution 10mg/5ml</i>	1	
<i>dicyclomine hydrochloride capsule 10mg</i>	1	
<i>dicyclomine hydrochloride tablet 20mg</i>	1	
<i>glycopyrrolate solution 1mg/5ml</i>	1	SP
<i>glycopyrrolate tablet 1mg, 2mg</i>	1	
<i>Inhibidores de la bomba de protones</i>		
DEXLANSOPRAZOLE CAPSULE DELAYED RELEASE 30MG, 60MG	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>esomeprazole magnesium capsule delayed release 20mg, 40mg</i>	1	
<i>esomeprazole magnesium packet 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>lansoprazole capsule delayed release 15mg, 30mg</i>	1	
<i>omeprazole dr capsule delayed release 10mg</i>	1	
<i>omeprazole capsule delayed release 20mg, 40mg</i>	1	
<i>pantoprazole sodium tablet delayed release 20mg, 40mg</i>	1	
<i>rabeprazole sodium tablet delayed release 20mg</i>	1	
Protectores		
<i>misoprostol tablet 100mcg, 200mcg</i>	1	
<i>sucralfate suspension 1gm/10ml</i>	1	
<i>sucralfate tablet 1gm</i>	1	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl er tablet extended release 24 hour 10mg</i>	1	
<i>doxazosin mesylate tablet 1mg, 2mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride capsule 0.5mg; 0.4mg</i>	1	
<i>dutasteride capsule 0.5mg</i>	1	
<i>finasteride tablet 5mg</i>	1	
<i>tadalafil tablet 2.5mg, 5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride capsule 0.4mg</i>	1	
<i>terazosin hcl capsule 10mg, 1mg, 5mg</i>	1	
<i>terazosin hydrochloride capsule 2mg</i>	1	
Agentes genitourinarios, otros		
<i>acetic acid 0.25% solution 0.25%</i>	1	
<i>bethanechol chloride tablet 10mg, 25mg, 50mg, 5mg</i>	1	
ELMIRON CAPSULE 100MG	1	
<i>tiopronin dr tablet delayed release 100mg, 300mg</i>	1	NEDS; SP
Antiespasmódicos, urinario		
GEMTESA TABLET 75MG	1	
MYRBETRIQ SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8MG/ML	1	
MYRBETRIQ TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25MG, 50MG	1	
<i>oxybutynin chloride er tablet extended release 24 hour 10mg, 15mg, 5mg</i>	1	
<i>oxybutynin chloride solution 5mg/5ml</i>	1	
<i>oxybutynin chloride tablet 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>solifenacin succinate tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>tolterodine tartrate er capsule extended release 24 hour 2mg, 4mg</i>	1	
<i>tolterodine tartrate tablet 1mg, 2mg</i>	1	
<i>tropium chloride tablet 20mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</i>		
<i>desmopressin acetate solution 0.01%</i>	1	
<i>desmopressin acetate tablet 0.1mg, 0.2mg</i>	1	
GENOTROPIN MINIQUICK INJECTION 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	1	PA; NEDS; SP
GENOTROPIN MINIQUICK INJECTION 0.2MG	1	PA; SP
GENOTROPIN INJECTION 12MG, 5MG	1	PA; NEDS; SP
INCRELEX INJECTION 40MG/4ML	1	PA; NEDS; SP
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
<i>Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos</i>		
OSPHENA TABLET 60MG	1	
<i>raloxifene hydrochloride tablet 60mg</i>	1	
Andrógenos		
<i>danazol capsule 100mg, 200mg, 50mg</i>	1	
<i>testosterone cypionate injection 100mg/ml, 200mg/ml</i>	1	
<i>testosterone enanthate injection 200mg/ml</i>	1	
<i>testosterone pump gel 1%, 1.62%</i>	1	
<i>testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 25mg/2.5gm, 40.5mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	1	
Estrógenos		
<i>abigale lo tablet 0.5mg; 0.1mg</i>	1	
<i>abigale tablet 1mg; 0.5mg</i>	1	
<i>amabelz tablet 0.5mg; 0.1mg, 1mg; 0.5mg</i>	1	
<i>apri tablet 0.15mg; 30mcg</i>	1	
<i>ashlyna tablet 0; 0</i>	1	
<i>aviane tablet 20mcg; 0.1mg</i>	1	
<i>azurette tablet 0; 0</i>	1	
<i>balziva tablet 35mcg; 0.4mg</i>	1	
<i>briellyn tablet 35mcg; 0.4mg</i>	1	
<i>conjugated estrogens tablet 0.3mg, 0.45mg, 0.625mg, 0.9mg, 1.25mg</i>	1	
<i>dotti patch twice weekly 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr</i>	1	
<i>drospirenone/ethinyl estradiol tablet 3mg; 0.03mg</i>	1	
<i>eluryng ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	1	
<i>enilloring ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	1	
<i>estradiol valerate injection 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml</i>	1	
<i>estradiol/norethindrone acetate tablet 0.5mg; 0.1mg, 1mg; 0.5mg</i>	1	
<i>estradiol cream 0.1mg/gm</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>estradiol patch twice weekly 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr</i>	1	
<i>estradiol patch weekly 0.025mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.06mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr, 37.5mcg/24hr</i>	1	
<i>estradiol oral tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
<i>estradiol vaginal tabs tablet 10mcg</i>	1	Generic Vagifem
ESTRING RING 7.5MCG/24HR	1	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	1	
<i>falmina tablet 20mcg; 0.1mg</i>	1	
FEIRZA 1.5/30 TABLET 30MCG; 75MG; 1.5MG	1	
FEIRZA 1/20 TABLET 20MCG; 75MG; 1MG	1	
<i>finzala tablet chewable 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>fyavolv tablet 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	1	
<i>galbriela tablet chewable 25mcg; 75mg; 0.8mg</i>	1	
<i>hailey fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>haloette ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	1	
<i>iclevia tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	1	
IMVEXXY MAINTENANCE PACK INSERT 10MCG, 4MCG	1	
IMVEXXY STARTER PACK INSERT 10MCG, 4MCG	1	
<i>introvale tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	1	
<i>jaimiess tablet 0; 0</i>	1	
<i>jinteli tablet 5mcg; 1mg</i>	1	
<i>junel 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	1	
<i>junel 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	1	
<i>junel fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	1	
<i>junel fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>junel fe 24 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>kariva tablet 0; 0</i>	1	
<i>kelnor 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	1	
<i>larin 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	1	
<i>larin 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	1	
<i>larin fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	1	
<i>larin fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>lessina tablet 20mcg; 0.1mg</i>	1	
<i>levonest tablet 0; 0</i>	1	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 20mcg; 90mcg</i>	1	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 20mcg; 0.1mg</i>	1	
<i>levora 0.15/30-28 tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	1	
<i>lojaimiess tablet 0; 0</i>	1	
<i>luizza 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	1	
<i>luizza 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>marlissa tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	1	
<i>mibelas 24 fe tablet chewable 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>microgestin 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	1	
<i>microgestin 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	1	
<i>microgestin fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	1	
<i>microgestin fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>minzoya tablet 0.02mg; 36.5mg; 0.1mg</i>	1	
<i>necon 0.5/35-28 tablet 35mcg; 0.5mg</i>	1	
<i>nikki tablet 3mg; 0.02mg</i>	1	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	1	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28) tablet 35mcg; 0.5mg</i>	1	
<i>nortrel 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7 tablet 35mcg; 0</i>	1	
<i>portia-28 tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	1	
PREMARIN CREAM 0.625MG/GM	1	
PREMARIN TABLET 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	1	
PREMPHASE TABLET 0.625MG; 5MG	1	
<i>rosyrah tablet 0; 0</i>	1	
<i>tarina fe 1/20 eq tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>tri-sprintec tablet 0; 0</i>	1	
<i>trivora-28 tablet 0; 0</i>	1	
<i>turqoz tablet 30mcg; 0.3mg</i>	1	
<i>tydemy tablet 3mg; 0.03mg; 0.451mg</i>	1	
<i>valtya 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	1	
<i>valtya 1/50 tablet 50mcg; 1mg</i>	1	
<i>velivet tablet 0; 0</i>	1	
<i>viorele tablet 0; 0</i>	1	
<i>vyfemla tablet 35mcg; 0.4mg</i>	1	
XARAH FE TABLET 0; 75MG; 1MG	1	
<i>xelria fe tablet chewable 35mcg; 75mg; 0.4mg</i>	1	
<i>xulane patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	1	
<i>yuvafem tablet 10mcg</i>	1	
<i>zafemy patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	1	
<i>zovia 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	1	
Progestinas		
<i>camila tablet 0.35mg</i>	1	
<i>deblitane tablet 0.35mg</i>	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJECTION 104MG/0.65ML	1	
<i>errin tablet 0.35mg</i>	1	
<i>gallifrey tablet 5mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>heather tablet 0.35mg</i>	1	
LILETTA INTRAUTERINE DEVICE 20.1MCG/DAY	1	
<i>medroxyprogesterone acetate injection 150mg/ml</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>megestrol acetate suspension 40mg/ml, 625mg/5ml</i>	1	
<i>megestrol acetate tablet 20mg, 40mg</i>	1	
<i>meleya tablet 0.35mg</i>	1	
NEXPLANON INJECTION 68MG	1	SP
<i>norethindrone acetate tablet 5mg</i>	1	
<i>orquidea tablet 0.35mg</i>	1	
<i>progesterone capsule 100mg, 200mg</i>	1	
<i>sharobel tablet 0.35mg</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)</i>		
DEPO-MEDROL INJECTION 20MG/ML	1	
<i>dexamethasone intensol concentrate 1mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate +rfid injection 4mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection 100mg/10ml, 10mg/ml, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone elixir 0.5mg/5ml</i>	1	
<i>dexamethasone solution 0.5mg/5ml</i>	1	
<i>dexamethasone tablet 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	1	
<i>fludrocortisone acetate tablet 0.1mg</i>	1	
<i>hydrocortisone sodium succinate injection 100mg</i>	1	
<i>hydrocortisone tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>kenalog-10 injection 10mg/ml</i>	1	
<i>methylprednisolone acetate injection 40mg/ml, 50mg/ml, 80mg/ml</i>	1	
<i>methylprednisolone dose pack tablet therapy pack 4mg</i>	1	
<i>methylprednisolone tablet 16mg, 32mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10mg/5ml, 15mg/5ml, 20mg/5ml, 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	1	
<i>prednisolone solution 15mg/5ml</i>	1	
<i>prednisolone tablet 5mg</i>	1	
<i>prednisone solution 5mg/5ml</i>	1	
<i>prednisone tablet therapy pack 10mg, 5mg</i>	1	
<i>prednisone tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 20mg, 50mg, 5mg</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide injection 10mg/ml, 40mg/ml</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
ADTHYZA TABLET 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	1	
ARMOUR THYROID TABLET 120MG, 15MG, 180MG, 240MG, 300MG, 30MG, 60MG, 90MG	1	
<i>euthyrox tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>levo-t tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>levothyroxine sodium tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>levoxyl tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>liomny tablet 25mcg, 50mcg, 5mcg</i>	1	
<i>liothyronine sodium tablet 25mcg, 50mcg, 5mcg</i>	1	
NIVA THYROID TABLET 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	1	
<i>np thyroid 120 tablet 120mg</i>	1	
<i>np thyroid 15 tablet 15mg</i>	1	
<i>np thyroid 30 tablet 30mg</i>	1	
<i>np thyroid 60 tablet 60mg</i>	1	
<i>np thyroid 90 tablet 90mg</i>	1	
REZDIFFRA TABLET 100MG, 60MG, 80MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
SYNTHROID TABLET 100MCG, 112MCG, 125MCG, 137MCG, 150MCG, 175MCG, 200MCG, 25MCG, 300MCG, 50MCG, 75MCG, 88MCG	1	
THYROID TABLET 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	1	
<i>unithroid tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
Agentes antitiroides		
<i>methimazole tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>propylthiouracil tablet 50mg</i>	1	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
<i>cabergoline tablet 0.5mg</i>	1	
ELIGARD INJECTION 22.5MG, 30MG, 45MG, 7.5MG	1	SP
FIRMAGON INJECTION 120MG/VIAL	1	NEDS; SP
FIRMAGON INJECTION 80MG	1	SP
<i>lanreotide acetate injection 120mg/0.5ml</i>	1	NEDS; SP
<i>leuprolide acetate injection 1mg/0.2ml</i>	1	SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INJECTION 3.75MG, 7.5MG	1	NEDS; SP
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INJECTION 11.25MG, 22.5MG	1	NEDS; SP
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INJECTION 30MG	1	NEDS; SP
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INJECTION 45MG	1	NEDS; SP
<i>mifepristone tablet 300mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>octreotide acetate injection 1000mcg/ml</i>	1	NEDS; SP
<i>octreotide acetate injection 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 50mcg/ml</i>	1	SP
ORGOVYX TABLET 120MG	1	PA NSO; NEDS; SP
SIGNIFOR INJECTION 0.3MG/ML, 0.6MG/ML, 0.9MG/ML	1	QL(60 ML por 30 días); PA; NEDS; SP
SOMATULINE DEPOT INJECTION 60MG/0.2ML, 90MG/0.3ML	1	NEDS; SP
SOMAVERT INJECTION 10MG, 15MG, 20MG, 25MG, 30MG	1	PA; NEDS; SP
SYNAREL SOLUTION 2MG/ML	1	NEDS; SP
Agentes inmunológicos		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
ARCALYST INJECTION 220MG	1	PA; NEDS; SP
BENLYSTA INJECTION 200MG/ML	1	PA; NEDS; SP
COSENTYX SENSOREADY PEN INJECTION 150MG/ML	1	PA; NEDS; SP
COSENTYX UNOREADY INJECTION 300MG/2ML	1	PA; NEDS; SP
COSENTYX INJECTION 125MG/5ML	1	PA; NEDS
COSENTYX INJECTION 150MG/ML, 75MG/0.5ML	1	PA; NEDS; SP
DUPIXENT INJECTION 200MG/1.14ML, 300MG/2ML	1	PA; NEDS; SP
EMPAVELI INJECTION 1080MG/20ML	1	PA; NEDS
KINERET INJECTION 100MG/0.67ML	1	PA; NEDS
ORENCIA CLICKJECT INJECTION 125MG/ML	1	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ORENCIA INJECTION 50MG/0.4ML	1	QL(1.6 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ORENCIA INJECTION 87.5MG/0.7ML	1	QL(2.8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ORENCIA INJECTION 125MG/ML	1	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
OTEZLA TABLET THERAPY PACK 0	1	QL(110 EA por 365 días); PA; NEDS; SP
RINVOQ LQ SOLUTION 1MG/ML	1	QL(360 ML por 30 días); PA; NEDS; SP
RINVOQ TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15MG, 30MG, 45MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SKYRIZI PEN INJECTION 150MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
SKYRIZI INJECTION 600MG/10ML	1	PA; NEDS; SP
SKYRIZI INJECTION 150MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
SKYRIZI INJECTION 180MG/1.2ML	1	QL(1.2 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
SKYRIZI INJECTION 360MG/2.4ML	1	QL(2.4 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
STELARA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
STEQEYMA INJECTION 45MG/0.5ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA
STEQEYMA INJECTION 90MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
STEQEYMA INJECTION 45MG/0.5ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; SP
TAVNEOS CAPSULE 10MG	1	PA; NEDS; SP
TYENNE INJECTION 162MG/0.9ML	1	QL(3.6 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
<i>ustekinumab injection 45mg/0.5ml, 90mg/ml</i>	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
XELJANZ XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11MG, 22MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
XELJANZ SOLUTION 1MG/ML	1	QL(300 ML por 30 días); PA; NEDS; SP
XELJANZ TABLET 10MG, 5MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
XOLAIR INJECTION 150MG/ML, 150MG, 300MG/2ML, 75MG/0.5ML	1	PA; NEDS; SP
YESINTEK INJECTION 90MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
YESINTEK INJECTION 45MG/0.5ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; SP
<i>Agentes para angioedema</i>		
BERINERT INJECTION 500UNIT	1	PA; NEDS; SP
HAEGARDA INJECTION 2000UNIT, 3000UNIT	1	PA; NEDS; SP
<i>icatibant acetate injection 30mg/3ml</i>	1	QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>Inmunoestimulantes</i>		
ACTIMMUNE INJECTION 100MCG/0.5ML	1	NEDS; SP
BESREMI INJECTION 500MCG/ML	1	PA NSO; NEDS; SP
PEGASYS INJECTION 180MCG/ML	1	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP
<i>Inmunoglobulinas</i>		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BIVIGAM INJECTION 10%, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; SP
CUVITRU INJECTION 10GM/50ML, 1GM/5ML, 2GM/10ML, 4GM/20ML, 8GM/40ML	1	PA BvD; NEDS; SP
FLEBOGAMMA DIF INJECTION 10GM/100ML, 10GM/200ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; SP
GAMMAGARD LIQUID INJECTION 10GM/100ML, 2.5GM/25ML, 20GM/200ML, 30GM/300ML, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; SP
GAMMAPLEX INJECTION 10GM/100ML, 10GM/200ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; SP
HIZENTRA INJECTION 10GM/50ML, 1GM/5ML, 2GM/10ML, 4GM/20ML	1	PA BvD; NEDS; SP
OCTAGAM INJECTION 10GM/100ML, 10GM/200ML, 1GM/20ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 2GM/20ML, 30GM/300ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; SP
PRIVIGEN INJECTION 10GM/100ML, 20GM/200ML, 40GM/400ML, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; SP
Inmunosupresores		
<i>adalimumab-aaty 1-pen kit injection 80mg/0.8ml</i>	1	QL(4 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
<i>adalimumab-aaty 1-pen kit injection 40mg/0.4ml</i>	1	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
<i>adalimumab-aaty 2-pen kit injection 40mg/0.4ml</i>	1	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
<i>adalimumab-aaty 2-syringe injection 20mg/0.2ml</i>	1	QL(2 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
<i>adalimumab-aaty 2-syringe injection 40mg/0.4ml</i>	1	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs starter injection 80mg/0.8ml</i>	1	PA; NEDS; SP
<i>adalimumab-adbm crohns/uc/hs starter injection 40mg/0.8ml</i>	1	PA; NEDS; SP
<i>adalimumab-adbm psoriasis/uveitis starter injection 40mg/0.8ml</i>	1	PA; NEDS; SP
<i>adalimumab-adbm starter package for crohns disease/uc/hs injection 40mg/0.4ml</i>	1	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
<i>adalimumab-adbm starter package for psoriasis/uveitis injection 40mg/0.4ml</i>	1	PA; NEDS; SP
<i>adalimumab-adbm injection 10mg/0.2ml, 20mg/0.4ml</i>	1	QL(2 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
<i>adalimumab-adbm injection 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml</i>	1	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
<i>azathioprine tablet 100mg, 50mg, 75mg</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	PA BvD; SP
<i>cyclosporine modified solution 100mg/ml</i>	1	PA BvD; SP
<i>cyclosporine capsule 100mg, 25mg</i>	1	PA BvD; SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ENBREL MINI INJECTION 50MG/ML	1	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ENBREL SURECLICK INJECTION 50MG/ML	1	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ENBREL INJECTION 50MG/ML	1	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ENBREL INJECTION 25MG/0.5ML	1	QL(8.16 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ENVARUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4MG	1	PA BvD; NEDS; SP
ENVARUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75MG, 1MG	1	PA BvD; SP
<i>everolimus tablet 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA BvD; NEDS; SP
<i>everolimus tablet 0.25mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA BvD; SP
GENGRAF CAPSULE 100MG, 25MG	1	PA BvD; SP
GENGRAF SOLUTION 100MG/ML	1	PA BvD; SP
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 0, 80MG/0.8ML	1	PA; NEDS; SP
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 40MG/0.8ML, 80MG/0.8ML	1	PA; NEDS; SP
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK INJECTION 80MG/0.8ML	1	PA; NEDS; SP
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 0	1	PA; NEDS; SP
HUMIRA PEN INJECTION 80MG/0.8ML	1	QL(4 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
HUMIRA INJECTION 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	1	QL(2 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
HUMIRA INJECTION 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
JYLAMVO SOLUTION 2MG/ML	1	
<i>leflunomide tablet 10mg, 20mg</i>	1	
<i>methotrexate sodium injection 1gm/40ml, 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	1	SP
<i>methotrexate sodium tablet 2.5mg</i>	1	
<i>methotrexate injection 50mg/2ml</i>	1	SP
<i>mycophenolate mofetil capsule 250mg</i>	1	PA BvD; SP
<i>mycophenolate mofetil suspension reconstituted 200mg/ml</i>	1	PA BvD; NEDS; SP
<i>mycophenolate mofetil tablet 500mg</i>	1	PA BvD; SP
<i>mycophenolic acid dr tablet delayed release 180mg, 360mg</i>	1	PA BvD; SP
NULOJIX INJECTION 250MG	1	NEDS; SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PEGASYS INJECTION 180MCG/0.5ML	1	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP
PROGRAF PACKET 0.2MG, 1MG	1	PA BvD
REZUROCK TABLET 200MG	1	PA; NEDS; SP
<i>sirolimus solution 1mg/ml</i>	1	PA BvD; SP
<i>sirolimus tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	PA BvD; SP
<i>tacrolimus capsule 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	1	PA BvD; SP
XATMEP SOLUTION 2.5MG/ML	1	
Vacunas		
ABRYSVO INJECTION 120MCG/0.5ML	1	
ACTHIB INJECTION 0	1	
ADACEL INJECTION 2LF/0.5ML; 15.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
AREXVY INJECTION 120MCG/0.5ML	1	
BCG VACCINE INJECTION 50MG	1	
BEXSERO INJECTION 0.5ML	1	
BOOSTRIX INJECTION 2.5LF/0.5ML; 18.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
DAPTACEL INJECTION 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
DENGVAXIA INJECTION 0	1	
ENGERIX-B INJECTION 10MCG/0.5ML, 20MCG/ML	1	PA BvD
GARDASIL 9 INJECTION 0.5ML	1	
HAVRIX INJECTION 1440UNIT/ML, 720ELU/0.5ML	1	
HEPLISAV-B INJECTION 20MCG/0.5ML	1	PA BvD
HIBERIX INJECTION 10MCG	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) INJECTION 2.5UNIT/ML	1	PA BvD
INFANRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 10LFU/0.5ML	1	
IPOX INACTIVATED IPV INJECTION 0	1	
IXCHIQ INJECTION 0	1	
IXIARO INJECTION 0	1	
JYNNEOS INJECTION 0.5ML	1	
KINRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	1	
M-M-R II INJECTION 0; 0; 0	1	
MENACTRA INJECTION 0	1	
MENQUADFI INJECTION 0.5ML	1	
MENVEO INJECTION 0	1	
MRESVIA INJECTION 50MCG/0.5ML	1	
PEDIARIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	1	
PEDVAX HIB INJECTION 7.5MCG/0.5ML	1	
PENBRAYA INJECTION 0; 0	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PENMENVY INJECTION 0; 0	1	
PENTACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 0; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	1	
PREHEVBRIO INJECTION 10MCG/ML	1	PA BvD
PRIORIX INJECTION 0; 0; 0	1	
PROQUAD INJECTION 0; 0; 0; 0	1	
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	1	
RABAVERT INJECTION 0	1	PA BvD
RECOMBIVAX HB INJECTION 10MCG/ML, 40MCG/ML, 5MCG/0.5ML	1	PA BvD
ROTARIX SUSPENSION 0	1	
ROTATEQ SOLUTION 0	1	
SHINGRIX INJECTION 50MCG/0.5ML	1	
STAMARIL INJECTION 0	1	
<i>tdvax injection 2lf/0.5ml; 2lf/0.5ml</i>	1	
TENIVAC INJECTION 2LFU; 5LFU	1	
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT INJECTION 2LF/0.5ML; 2LF/0.5ML	1	
TICOVAC INJECTION 1.2MCG/0.25ML, 2.4MCG/0.5ML	1	
TRUMENBA INJECTION 0.5ML	1	
TWINRIX INJECTION 720ELU/ML; 20MCG/ML	1	
TYPHIM VI INJECTION 25MCG/0.5ML	1	
VAQTA INJECTION 25UNIT/0.5ML, 50UNIT/ML	1	
VARIVAX INJECTION 1350PFU/0.5ML	1	
VAXCHORA SUSPENSION RECONSTITUTED 0	1	
VIMKUNYA INJECTION 40MCG/0.8ML	1	
VIVOTIF CAPSULE DELAYED RELEASE 0	1	
YF-VAX INJECTION 0	1	
Agentes oftálmicos		
<i>Agentes oftálmicos antialérgicos</i>		
ALOCRIIL SOLUTION 2%	1	
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05%</i>	1	
<i>cromolyn sodium solution 4%</i>	1	
<i>epinastine hcl solution 0.05%</i>	1	
<i>olopatadine hydrochloride solution 0.2%</i>	1	
<i>Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos</i>		
<i>betaxolol hcl solution 0.5%</i>	1	
<i>carteolol hcl solution 1%</i>	1	
<i>levobunolol hcl solution 0.5%</i>	1	
<i>timolol hemihydrate solution 0.5%</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming gel forming solution 0.25%, 0.5%</i>	1	
<i>timolol maleate solution 0.25%, 0.5%</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros		
<i>acetazolamide er capsule extended release 12 hour 500mg</i>	1	
<i>acetazolamide tablet 125mg, 250mg</i>	1	
<i>apraclonidine solution 0.5%</i>	1	
<i>brimonidine tartrate solution 0.1%, 0.15%, 0.2%</i>	1	
<i>brinzolamide suspension 1%</i>	1	
<i>dorzolamide hydrochloride solution 2%</i>	1	
<i>methazolamide tablet 25mg, 50mg</i>	1	
<i>pilocarpine hcl solution 1%, 2%, 4%</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride solution 1%, 2%, 4%</i>	1	
RHOPRESSA SOLUTION 0.02%	1	
Agentes oftálmicos, otros		
<i>atropine sulfate solution 1%</i>	1	
<i>bacitracin/polymyxin b ointment 500unit/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate solution 0.2%; 0.5%</i>	1	
<i>cyclopentolate hydrochloride solution 1%</i>	1	
<i>cyclosporine emulsion 0.05%</i>	1	
CYSTARAN SOLUTION 0.44%	1	NEDS; SP
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate solution 20mg/ml; 5mg/ml</i>	1	
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf solution 2%; 0.5%</i>	1	
MIEBO SOLUTION 1.338GM/ML	1	
<i>neo-polycin hc ointment 400unit/gm; 1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neo-polycin ointment 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc ointment 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone ointment 400unit/gm; 1%; 0.5%; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin ointment 400unit/gm; 5mg/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone ointment 0.1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone suspension 0.1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin solution 0.025mg/ml; 1.75mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone ophthalmic suspension 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>polycin ointment 500unit/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate solution 10000unit/ml; 0.1%</i>	1	
RESTASIS MULTIDOSE EMULSION 0.05%	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RESTASIS EMULSION 0.05%	1	
ROCKLATAN SOLUTION 0.005%; 0.02%	1	
SIMBRINZA SUSPENSION 0.2%; 1%	1	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate solution 0.23%; 10%</i>	1	
TOBRADEX ST SUSPENSION 0.05%; 0.3%	1	
<i>tobramycin/dexamethasone suspension 0.1%; 0.3%</i>	1	
XIIDRA SOLUTION 5%	1	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin ointment 500unit/gm</i>	1	
BESIVANCE SUSPENSION 0.6%	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride solution 0.3%</i>	1	
<i>erythromycin ointment 5mg/gm</i>	1	
<i>gatifloxacin solution 0.5%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3%</i>	1	
<i>levofloxacin ophthalmic solution 1.5%</i>	1	
<i>moxifloxacin hydrochloride solution 0.5%</i>	1	
NATACYN SUSPENSION 5%	1	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ointment 10%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium solution 10%</i>	1	
<i>tobramycin solution 0.3%</i>	1	
<i>trifluridine solution 1%</i>	1	
XDEMVI SOLUTION 0.25%	1	PA; NEDS
ZIRGAN GEL 0.15%	1	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac sodium solution 0.07%, 0.075%</i>	1	
<i>bromfenac solution 0.09%</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1%</i>	1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1%</i>	1	
<i>difluprednate emulsion 0.05%</i>	1	
FLAREX SUSPENSION 0.1%	1	
<i>fluorometholone suspension 0.1%</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium solution 0.03%</i>	1	
ILEVRO SUSPENSION 0.3%	1	
<i>ketorolac tromethamine solution 0.4%, 0.5%</i>	1	
LOTEMAX OINTMENT 0.5%	1	
<i>loteprednol etabonate gel 0.5%</i>	1	
<i>loteprednol etabonate suspension 0.2%, 0.5%</i>	1	
<i>prednisolone acetate suspension 1%</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1%</i>	1	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>bimatoprost solution 0.01%, 0.03%</i>	1	
<i>latanoprost solution 0.005%</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LUMIGAN SOLUTION 0.01%	1	
<i>travoprost solution 0.004%</i>	1	
VYZULTA SOLUTION 0.024%	1	
Agentes para la bipolaridad		
<i>Estabilizadores del estado de ánimo</i>		
<i>lithium carbonate er tablet extended release 300mg, 450mg</i>	1	
<i>lithium carbonate capsule 150mg, 300mg, 600mg</i>	1	
<i>lithium carbonate tablet 300mg</i>	1	
<i>lithium solution 8meq/5ml</i>	1	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
<i>Agentes para dejar de fumar</i>		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg</i>	1	
NICOTROL INHALER INHALER 10MG	1	
NICOTROL NS SOLUTION 10MG/ML	1	
TYRVAYA SOLUTION 0.03MG/ACT	1	
<i>varenicline starting month tablet therapy pack 0</i>	1	QL(53 EA por 28 días)
<i>varenicline tartrate tablet 0.5mg, 1mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>Agentes que revierten los opioides</i>		
KLOXXADO LIQUID 8MG/0.1ML	1	
<i>naloxone hcl injection 4mg/10ml</i>	1	
<i>naloxone hydrochloride injection 0.4mg/ml, 2mg/2ml, 4mg/10ml</i>	1	
<i>naloxone hydrochloride liquid 4mg/0.1ml</i>	1	QL(4 EA por 30 días)
OPVEE SOLUTION 2.7MG/0.1ML	1	QL(4 EA por 30 días)
<i>Dependencia de opioides</i>		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 2mg; 0.5mg, 8mg; 2mg</i>	1	
<i>buprenorphine hcl tablet sublingual 2mg, 8mg</i>	1	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg, 4mg; 1mg, 8mg; 2mg</i>	1	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>Disuasivos del alcohol/disminución del deseo</i>		
<i>acamprosate calcium dr tablet delayed release 333mg</i>	1	
<i>disulfiram tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>naltrexone hydrochloride tablet 50mg</i>	1	
VIVITROL INJECTION 380MG	1	NEDS; SP
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
<i>Agentes del tracto respiratorio, otros</i>		
<i>acetylcysteine solution 10%, 20%</i>	1	PA BvD
ANORO ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT	1	QL(180 EA por 90 días)

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BEVESPI AEROSPHERE AEROSOL 4.8MCG/ACT; 9MCG/ACT	1	QL(10.7 GM por 30 días)
BREO ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 25MCG/INH, 50MCG/INH; 25MCG/INH	1	QL(180 EA por 90 días)
BREYNA AEROSOL 160MCG/ACT; 4.5MCG/ACT, 80MCG/ACT; 4.5MCG/ACT	1	QL(30.9 GM por 90 días)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160MCG/ACT; 4.8MCG/ACT; 9MCG/ACT	1	QL(32.1 GM por 90 días)
BRONCHITOL CAPSULE 40MG	1	NEDS; SP
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate aerosol 160mcg/act; 4.5mcg/act, 80mcg/act; 4.5mcg/act</i>	1	QL(30.9 GM por 90 días)
COMBIVENT RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 100MCG/ACT; 20MCG/ACT	1	QL(24 GM por 90 días)
FASENRA PEN INJECTION 30MG/ML	1	PA; NEDS; SP
FASENRA INJECTION 30MG/ML	1	PA; NEDS; SP
FASENRA INJECTION 10MG/0.5ML	1	PA; SP
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus aerosol powder breath activated 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, 500mcg/act; 50mcg/act</i>	1	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 500mcg/act; 50mcg/act</i>	1	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 113mcg/act; 14mcg/act, 232mcg/act; 14mcg/act, 55mcg/act; 14mcg/act</i>	1	QL(3 EA por 90 días)
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate solution 2.5mg/3ml; 0.5mg/3ml</i>	1	PA BvD
STIOLTO RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT; 2.5MCG/ACT	1	QL(12 GM por 90 días)
TRELEGY ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100MCG/ACT; 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 62.5MCG/INH; 25MCG/INH	1	QL(180 EA por 90 días)
<i>wixela inhub aerosol powder breath activated 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, 500mcg/act; 50mcg/act</i>	1	QL(180 EA por 90 días)
Agentes para fibrosis pulmonar		
<i>nintedanib esylate capsule 100mg, 150mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
OFEV CAPSULE 100MG, 150MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>pirfenidone capsule 267mg</i>	1	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>pirfenidone tablet 534mg</i>	1	QL(135 EA por 30 días); PA; NEDS; SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>pirfenidone tablet 267mg</i>	1	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>pirfenidone tablet 801mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
Agentes para fibrosis quística		
CAYSTON SOLUTION RECONSTITUTED 75MG	1	PA; NEDS; SP
KALYDECO PACKET 5.8MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
KALYDECO PACKET 13.4MG, 25MG, 50MG, 75MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
KALYDECO TABLET 150MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
ORKAMBI PACKET 125MG; 100MG, 188MG; 150MG, 94MG; 75MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
ORKAMBI TABLET 125MG; 100MG, 125MG; 200MG	1	QL(112 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
PULMOZYME SOLUTION 2.5MG/2.5ML	1	PA BvD; NEDS; SP
TOBI PODHALER CAPSULE 28MG	1	NEDS; SP
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK 50MG; 0; 25MG	1	QL(84 EA por 28 días); PA; NEDS
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK 100MG; 0; 50MG	1	QL(84 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
TRIKAFTA THERAPY PACK 100MG; 0; 50MG, 80MG; 0; 40MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS TABLET 0.5MG, 1.5MG, 1MG, 2.5MG, 2MG	1	PA; NEDS; SP
<i>alyq tablet 20mg</i>	1	PA; SP
<i>ambrisentan tablet 10mg, 5mg</i>	1	PA; NEDS; SP
<i>bosentan tablet 125mg, 62.5mg</i>	1	PA; NEDS; SP
OPSUMIT TABLET 10MG	1	PA; NEDS; SP
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	1	PA; NEDS; SP
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	1	PA; NEDS; SP
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	1	PA; NEDS; SP
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 5MG	1	PA; NEDS; SP
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 0.125MG, 0.25MG, 1MG, 2.5MG	1	PA; SP
<i>sildenafil citrate tablet 20mg</i>	1	PA; SP
<i>tadalafil tablet 20mg</i>	1	PA; SP
VENTAVIS SOLUTION 10MCG/ML, 20MCG/ML	1	PA; NEDS; SP
WINREVAIR INJECTION 0, 45MG, 60MG	1	QL(1 EA por 21 días); PA; NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

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

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108 mcg/act (18 gm)</i>	1	QL(108 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108 mcg/act (6.7 gm)</i>	1	QL(40.2 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108 mcg/act (8.5 gm)</i>	1	QL(51 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.083%, 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml</i>	1	PA BvD
<i>albuterol sulfate syrup 2mg/5ml</i>	1	
<i>albuterol sulfate tablet 2mg, 4mg</i>	1	
<i>arformoterol tartrate nebulization solution 15mcg/2ml</i>	1	PA BvD
<i>epinephrine injection 0.15mg/0.3ml</i>	1	QL(2 EA por 1 días)
<i>epinephrine injection 0.15mg/0.15ml, 0.3mg/0.3ml</i>	1	QL(2 EA por 1 días); SP
<i>formoterol fumarate nebulization solution 20mcg/2ml</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 0.31mg/3ml, 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol hydrochloride nebulization solution 0.63mg/3ml</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol nebulization solution 1.25mg/0.5ml</i>	1	PA BvD
PROAIR RESPICLICK AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 108MCG/ACT	1	QL(6 EA por 90 días)
SEREVENT DISKUS AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50MCG/DOSE	1	QL(180 EA por 90 días)
STRIVERDI RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT	1	QL(12 GM por 90 días)
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium nebulization solution 20mg/2ml</i>	1	PA BvD
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
<i>elixophyllin elixir 80mg/15ml</i>	1	
<i>roflumilast tablet 250mcg, 500mcg</i>	1	
<i>theophylline er tablet extended release 12 hour 100mg, 200mg, 300mg, 450mg</i>	1	
<i>theophylline er tablet extended release 24 hour 400mg, 600mg</i>	1	
<i>theophylline elixir 80mg/15ml</i>	1	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
<i>alcohol prep pads pad 70%</i>	1	
<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x 5/16" miscellaneous</i>	1	
<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x 1/2" miscellaneous</i>	1	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x 12.7mm miscellaneous</i>	1	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm miscellaneous</i>	1	
<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm miscellaneous</i>	1	
<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply pad</i>	1	
INTRALIPID INJECTION 20GM/100ML, 30GM/100ML	1	PA BvD
<i>levocarnitine tablet 330mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NUTRILIPID INJECTION 20GM/100ML	1	PA BvD
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5) KIT	1	
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5) MISCELLANEOUS	1	
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5) KIT	1	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5) MISCELLANEOUS	1	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO GEN 5 KIT	1	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS MISCELLANEOUS	1	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) MISCELLANEOUS	1	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) KIT	1	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) KIT	1	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) MISCELLANEOUS	1	
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY KIT	1	
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY KIT	1	
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY KIT	1	
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY KIT	1	
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY KIT	1	
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY KIT	1	
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY KIT	1	
<i>sodium chloride 0.9% solution 0.9%</i>	1	
<i>sterile water for irrigation solution 0</i>	1	
Agentes óticos		
<i>Agentes óticos</i>		
<i>acetic acid solution 2%</i>	1	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone suspension 0.3%; 0.1%</i>	1	
<i>ciprofloxacin solution 0.2%</i>	1	
CORTISPORIN-TC SUSPENSION 3MG/ML; 10MG/ML; 3.3MG/ML; 0.5MG/ML	1	
<i>flac oil 0.01%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01%</i>	1	
<i>hydrocortisone/acetic acid solution 2%; 1%</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/hc solution 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone otic suspension 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>ofloxacin otic solution 0.3%</i>	1	
Analgésicos		
<i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i>		
<i>buprenorphine patch weekly 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr, 5mcg/hr, 7.5mcg/hr</i>	1	QL(4 EA por 28 días)
<i>fentanyl patch 72 hour 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	1	QL(10 EA por 30 días)
<i>methadone hcl solution 5mg/5ml</i>	1	QL(1200 ML por 30 días)
<i>methadone hcl tablet 10mg, 5mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>methadone hydrochloride solution 10mg/5ml</i>	1	QL(600 ML por 30 días)

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

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

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>diclofenac sodium dr tablet delayed release 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	1	QL(960 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium external solution 1.5%</i>	1	
<i>diflunisal tablet 500mg</i>	1	
<i>ec-naproxen tablet delayed release 500mg</i>	1	
<i>etodolac er tablet extended release 24 hour 400mg, 500mg, 600mg</i>	1	
<i>etodolac capsule 200mg, 300mg</i>	1	
<i>etodolac tablet 400mg, 500mg</i>	1	
<i>flurbiprofen tablet 100mg</i>	1	
<i>ibuprofen suspension 100mg/5ml</i>	1	
<i>ibuprofen tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>ibu tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin capsule 25mg, 50mg</i>	1	
<i>meloxicam tablet 15mg, 7.5mg</i>	1	
<i>nabumetone tablet 500mg, 750mg</i>	1	
<i>naproxen dr tablet delayed release 375mg, 500mg</i>	1	
<i>naproxen sodium tablet 275mg, 550mg</i>	1	
<i>naproxen tablet delayed release 500mg</i>	1	
<i>naproxen tablet 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>oxaprozin tablet 600mg</i>	1	
<i>piroxicam capsule 10mg, 20mg</i>	1	
<i>salsalate tablet 500mg, 750mg</i>	1	
<i>sulindac tablet 150mg, 200mg</i>	1	
Anestésicos		
<i>Anestésicos locales</i>		
<i>glydo prefilled syringe 2%</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl jelly prefilled syringe 2%</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl injection 0.5%, 1.5%, 4%</i>	1	
<i>lidocaine hcl prefilled syringe 2%</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hydrochloride jelly gel 2%</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hydrochloride injection 1%, 2%</i>	1	
<i>lidocaine hydrochloride external solution 4%</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine/prilocaine cream 2.5%; 2.5%</i>	1	QL(60 GM por 30 días)
<i>lidocaine ointment 5%</i>	1	QL(100 GM por 30 días)
<i>lidocaine patch 5%</i>	1	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>premium lidocaine ointment 5%</i>	1	QL(100 GM por 30 días)
Ansiolíticos		
<i>Ansiolíticos, otros</i>		
<i>bupirone hcl tablet 15mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tablet 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
<i>clorazepate dipotassium tablet 15mg, 3.75mg, 7.5mg</i>	1	
<i>diazepam intensol concentrate 5mg/ml</i>	1	
<i>diazepam solution 5mg/5ml</i>	1	
<i>diazepam tablet 10mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>lorazepam intensol concentrate 2mg/ml</i>	1	
<i>lorazepam tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin sulfate injection 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	1	
ARIKAYCE SUSPENSION 590MG/8.4ML	1	PA; NEDS; SP
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride injection 1.2mg/ml; 0.9%, 1.6mg/ml; 0.9%, 1mg/ml; 0.9%, 2mg/ml; 0.9%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate injection 40mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate ointment 0.1%</i>	1	
<i>isotonic gentamicin injection 0.8mg/ml; 0.9%</i>	1	
<i>neomycin sulfate tablet 500mg</i>	1	
<i>streptomycin sulfate injection 1gm</i>	1	NEDS
<i>tobramycin sulfate injection 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml</i>	1	
Antibacterianos, otros		
<i>aztreonam injection 1gm, 2gm</i>	1	
<i>clindamycin hcl capsule 300mg</i>	1	
<i>clindamycin hydrochloride capsule 150mg, 75mg</i>	1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride solution reconstituted 75mg/5ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate cream 2%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate injection 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/60ml, 900mg/6ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	1	
<i>colistimethate sodium injection 150mg</i>	1	NEDS
<i>daptomycin/sodium chloride injection 1000mg/100ml; 0.9%, 350mg/50ml; 0.9%, 500mg/50ml; 0.9%, 700mg/100ml; 0.9%</i>	1	
<i>daptomycin injection 350mg, 500mg</i>	1	NEDS
<i>fosfomicin tromethamine packet 3gm</i>	1	
IMPAVIDO CAPSULE 50MG	1	NEDS
<i>linezolid injection 600mg/300ml</i>	1	
<i>linezolid suspension reconstituted 100mg/5ml</i>	1	NEDS
<i>linezolid tablet 600mg</i>	1	
<i>methenamine hippurate tablet 1gm</i>	1	
<i>methenamine mandelate tablet 0.5gm, 1gm</i>	1	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75%</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>metronidazole injection 500mg/100ml</i>	1	
<i>metronidazole tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystals capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals capsule 100mg</i>	1	
NUVESSA GEL 1.3%	1	
<i>tigecycline injection 50mg</i>	1	
<i>tinidazole tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>trimethoprim tablet 100mg</i>	1	
<i>vancomycin hcl injection 0.9%; 1gm/200ml, 100gm, 10gm</i>	1	
<i>vancomycin hydrochloride capsule 125mg, 250mg</i>	1	
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INJECTION 1GM	1	
<i>vancomycin hydrochloride injection 1.25gm, 1.5gm, 1.75gm, 2gm, 500mg, 5gm, 750mg</i>	1	
<i>vancomycin injection 0.9%; 500mg/100ml, 0.9%; 750mg/150ml</i>	1	
VOQUEZNA DUAL PAK THERAPY PACK 500MG; 20MG	1	PA
VOQUEZNA TRIPLE PAK THERAPY PACK 500MG; 500MG; 20MG	1	PA
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefaclor capsule 250mg, 500mg</i>	1	
<i>cefadroxil capsule 500mg</i>	1	
<i>cefadroxil suspension reconstituted 250mg/5ml, 500mg/5ml</i>	1	
<i>cefazolin sodium/dextrose injection 1gm; 4%, 2gm; 3%, 3gm; 2%</i>	1	
<i>cefazolin sodium injection 10gm, 1gm/50ml; 4%, 1gm, 2gm, 3gm, 500mg</i>	1	
<i>cefazolin/dextrose injection 3gm/150ml; 4%</i>	1	
<i>cefazolin injection 2gm/100ml; 4%, 2gm, 3gm</i>	1	
<i>cefdinir capsule 300mg</i>	1	
<i>cefdinir suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	1	
<i>cefepime hydrochloride injection 2gm</i>	1	
<i>cefepime/dextrose injection 1gm/50ml; 5%, 2gm/50ml; 5%</i>	1	
<i>cefepime injection 1gm/50ml, 1gm, 2gm/100ml, 2gm</i>	1	
<i>cefixime capsule 400mg</i>	1	
<i>cefixime suspension reconstituted 100mg/5ml, 200mg/5ml</i>	1	
<i>cefotetan injection 1gm, 2gm</i>	1	
<i>cefotixin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	
<i>cefpodoxime proxetil suspension reconstituted 100mg/5ml, 50mg/5ml</i>	1	
<i>cefpodoxime proxetil tablet 100mg, 200mg</i>	1	
<i>cefprozil suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	1	
<i>cefprozil tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ceftaroline fosamil injection 400mg, 600mg</i>	1	NEDS
<i>ceftazidime injection 1gm, 2gm, 6gm</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose injection 20mg/ml; 0, 40mg/ml; 0</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium injection 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	1	
<i>ceftriaxone/dextrose injection 1gm; 3.74%</i>	1	
<i>cefuroxime axetil tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium injection 1.5gm, 750mg</i>	1	
<i>cephalexin capsule 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	
<i>cephalexin suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	1	
<i>tazicef injection 1gm, 2gm, 6gm</i>	1	
TEFLARO INJECTION 400MG, 600MG	1	NEDS
Betalactámico, penicilinas		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er tablet extended release 12 hour 1000mg; 62.5mg</i>	1	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 250mg/5ml; 62.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet chewable 200mg; 28.5mg, 400mg; 57mg</i>	1	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 250mg; 125mg, 500mg; 125mg, 875mg; 125mg</i>	1	
<i>amoxicillin capsule 250mg, 500mg</i>	1	
<i>amoxicillin suspension reconstituted 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin tablet chewable 125mg, 250mg</i>	1	
<i>amoxicillin tablet 500mg, 875mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium injection 10gm, 125mg, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam injection 10gm; 5gm</i>	1	
<i>ampicillin/sulbactam injection 1gm; 0.5gm, 2gm; 1gm</i>	1	
<i>ampicillin capsule 500mg</i>	1	
BICILLIN L-A INJECTION 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	1	
<i>dicloxacillin sodium capsule 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nafticillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	
<i>oxacillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	
<i>penicillin g potassium injection 2000000unit, 5000000unit</i>	1	
PENICILLIN G SODIUM INJECTION 5000000UNIT	1	NEDS
<i>penicillin v potassium solution reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium injection 12gm; 1.5gm, 2gm; 0.25gm, 36gm; 4.5gm, 3gm; 0.375gm, 4gm; 0.5gm</i>	1	
ZOSYN INJECTION 5%; 4GM/100ML; 0.5GM/100ML	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Carbapenemas		
<i>ertapenem sodium injection 1gm</i>	1	
<i>imipenem/cilastatin injection 250mg; 250mg, 500mg; 500mg</i>	1	
<i>meropenem injection 1gm, 2gm, 500mg</i>	1	
Macrólidos		
<i>azithromycin injection 500mg</i>	1	
<i>azithromycin packet 1gm</i>	1	
<i>azithromycin suspension reconstituted 100mg/5ml, 200mg/5ml</i>	1	
<i>azithromycin tablet 250mg, 500mg, 600mg</i>	1	
<i>clarithromycin er tablet extended release 24 hour 500mg</i>	1	
<i>clarithromycin suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	1	
<i>clarithromycin tablet 250mg, 500mg</i>	1	
DIFICID SUSPENSION RECONSTITUTED 40MG/ML	1	NEDS
DIFICID TABLET 200MG	1	NEDS
<i>erythromycin dr capsule delayed release particles 250mg</i>	1	
<i>erythromycin dr tablet delayed release 250mg, 333mg, 500mg</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate tablet 400mg</i>	1	
<i>fidaxomicin tablet 200mg</i>	1	NEDS
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl tablet 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w injection 200mg/100ml; 5%, 400mg/200ml; 5%</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w injection 5%; 250mg/50ml, 5%; 500mg/100ml, 5%; 750mg/150ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral solution 25mg/ml</i>	1	
<i>levofloxacin tablet 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride injection 400mg/250ml; 0.8%</i>	1	
<i>moxifloxacin hydrochloride tablet 400mg</i>	1	
Sulfonamidas		
<i>sulfacetamide sodium lotion 10%</i>	1	
<i>sulfadiazine tablet 500mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds tablet 800mg; 160mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspension 200mg/5ml; 40mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tablet 400mg; 80mg</i>	1	
Tetraciclinas		
<i>doxycycline hyclate capsule 100mg, 50mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate injection 100mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate tablet 100mg, 150mg, 20mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate capsule 100mg, 50mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate tablet 100mg, 150mg, 50mg, 75mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>doxycycline suspension reconstituted 25mg/5ml</i>	1	
<i>minocycline hcl capsule 75mg</i>	1	
<i>minocycline hcl tablet 100mg, 75mg</i>	1	
<i>minocycline hydrochloride capsule 100mg, 50mg</i>	1	
<i>minocycline hydrochloride tablet 50mg</i>	1	
<i>tetracycline hydrochloride capsule 250mg, 500mg</i>	1	
Anticonvulsivos		
<i>Agentes de modificación de los canales de calcio</i>		
<i>ethosuximide capsule 250mg</i>	1	
<i>ethosuximide solution 250mg/5ml</i>	1	
<i>methsuximide capsule 300mg</i>	1	
<i>Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)</i>		
<i>clobazam suspension 2.5mg/ml</i>	1	
<i>clobazam tablet 10mg, 20mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonazepam odt tablet disintegrating 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
<i>clonazepam tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
DIACOMIT CAPSULE 250MG, 500MG	1	PA NSO; NEDS
DIACOMIT PACKET 250MG, 500MG	1	PA NSO; NEDS
<i>diazepam gel 10mg, 2.5mg, 20mg</i>	1	
<i>divalproex sodium dr capsule delayed release sprinkle 125mg</i>	1	
<i>divalproex sodium dr tablet delayed release 125mg, 250mg, 500mg</i>	1	
<i>divalproex sodium er tablet extended release 24 hour 250mg, 500mg</i>	1	
<i>gabapentin capsule 100mg, 300mg, 400mg</i>	1	
<i>gabapentin solution 250mg/5ml</i>	1	
<i>gabapentin tablet 600mg, 800mg</i>	1	
LIBERVANT FILM 10MG, 12.5MG, 15MG, 5MG, 7.5MG	1	QL(10 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elixir 20mg/5ml</i>	1	
<i>phenobarbital tablet 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	1	
<i>pregabalin capsule 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 300mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>pregabalin solution 20mg/ml</i>	1	
<i>primidone tablet 125mg, 250mg, 50mg</i>	1	
SYMPAZAN FILM 5MG	1	
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	1	NEDS
<i>tiagabine hydrochloride tablet 12mg, 16mg, 2mg, 4mg</i>	1	
VALTOCO 10 MG DOSE LIQUID 10MG/0.1ML	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 15 MG DOSE LIQUID THERAPY PACK 7.5MG/0.1ML	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VALTOCO 20 MG DOSE LIQUID THERAPY PACK 10MG/0.1ML	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 5 MG DOSE LIQUID 5MG/0.1ML	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>vigabatrin packet 500mg</i>	1	NEDS; SP
<i>vigabatrin tablet 500mg</i>	1	NEDS; SP
VIGAFYDE SOLUTION 100MG/ML	1	PA NSO; NEDS; SP
<i>vigpoder packet 500mg</i>	1	NEDS; SP
ZTALMY SUSPENSION 50MG/ML	1	PA NSO; NEDS
Agentes para los canales de sodio		
<i>carbamazepine er capsule extended release 12 hour 100mg, 200mg, 300mg</i>	1	
<i>carbamazepine er tablet extended release 12 hour 100mg, 200mg, 400mg</i>	1	
<i>carbamazepine suspension 100mg/5ml</i>	1	
<i>carbamazepine tablet chewable 100mg, 200mg</i>	1	
<i>carbamazepine tablet 200mg</i>	1	
DILANTIN CAPSULE 30MG	1	
<i>epitol tablet 200mg</i>	1	
<i>eslicarbazepine acetate tablet 200mg, 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>lacosamide injection 200mg/20ml</i>	1	
<i>lacosamide oral solution 10mg/ml</i>	1	
LACOSAMIDE TABLET 100MG, 150MG	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>lacosamide tablet 200mg, 50mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxcarbazepine suspension 300mg/5ml</i>	1	
<i>oxcarbazepine tablet 150mg, 300mg, 600mg</i>	1	
<i>phenytek capsule 200mg, 300mg</i>	1	
<i>phenytoin sodium extended capsule 100mg, 200mg, 300mg</i>	1	
<i>phenytoin suspension 125mg/5ml</i>	1	
<i>phenytoin tablet chewable 50mg</i>	1	
<i>rufinamide suspension 40mg/ml</i>	1	NEDS
<i>rufinamide tablet 200mg</i>	1	
<i>rufinamide tablet 400mg</i>	1	NEDS
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 12.5MG-25MG	1	
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 50MG-100MG; 150MG-200MG (28 TAB PACK); 100MG-150MG; 150MG-200MG (56 TAB PACK)	1	NEDS
XCOPRI TABLET 100MG, 150MG, 200MG, 25MG, 50MG	1	NEDS
ZONISADE SUSPENSION 100MG/5ML	1	
<i>zonisamide capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
Anticonvulsivos, otros		
<i>brivaracetam solution 10mg/ml</i>	1	
<i>brivaracetam tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	
BRIVIACT SOLUTION 10MG/ML	1	NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BRIVIACT TABLET 100MG, 10MG, 25MG, 50MG, 75MG	1	NEDS
EPIDIOLEX SOLUTION 100MG/ML	1	PA NSO; NEDS; SP
EPRONTIA SOLUTION 25MG/ML	1	
<i>felbamate suspension 600mg/5ml</i>	1	
<i>felbamate tablet 400mg, 600mg</i>	1	
FINTEPLA SOLUTION 2.2MG/ML	1	PA NSO; NEDS
FYCOMPA SUSPENSION 0.5MG/ML	1	
FYCOMPA TABLET 10MG, 12MG, 2MG, 4MG, 6MG, 8MG	1	
<i>lamotrigine er tablet extended release 24 hour 100mg, 200mg, 250mg, 25mg, 300mg, 50mg</i>	1	
<i>lamotrigine odt tablet disintegrating 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit/blue kit 25mg</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit/green kit 0</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit/orange kit 0</i>	1	
<i>lamotrigine tablet chewable 25mg, 5mg</i>	1	
<i>lamotrigine tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg</i>	1	
<i>levetiracetam er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg</i>	1	
<i>levetiracetam injection 500mg/5ml</i>	1	
<i>levetiracetam oral solution 100mg/ml</i>	1	
<i>levetiracetam tablet disintegrating soluble 250mg, 500mg</i>	1	
<i>levetiracetam tablet 1000mg, 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	
NAYZILAM SOLUTION 5MG/0.1ML	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
<i>perampanel suspension 0.5mg/ml</i>	1	
<i>perampanel tablet 10mg, 12mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg</i>	1	
<i>roweepra tablet 500mg</i>	1	
SPRITAM TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000MG, 250MG, 500MG, 750MG	1	
<i>subvenite starter kit/blue kit 25mg</i>	1	
<i>subvenite starter kit/green kit 0</i>	1	
<i>subvenite starter kit/orange kit 0</i>	1	
SUBVENITE SUSPENSION 10MG/ML	1	
<i>subvenite tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg</i>	1	
<i>topiramate capsule sprinkle 15mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>topiramate solution 25mg/ml</i>	1	
<i>topiramate tablet 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>valproic acid capsule 250mg</i>	1	
<i>valproic acid solution 250mg/5ml</i>	1	
Antidepresivos		
<i>Antidepresivos, otros</i>		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AUVELITY TABLET EXTENDED RELEASE 105MG; 45MG	1	
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 100mg, 150mg, 200mg</i>	1	
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 150mg, 300mg</i>	1	
<i>bupropion hydrochloride tablet 100mg, 75mg</i>	1	
EXXUA TITRATION PACK TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2MG	1	ST NSO; NEDS
EXXUA TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2MG, 36.3MG, 54.5MG, 72.6MG	1	ST NSO; NEDS
<i>mirtazapine odt tablet disintegrating 15mg, 30mg, 45mg</i>	1	
<i>mirtazapine tablet 15mg, 30mg, 45mg, 7.5mg</i>	1	
ZURZUVAE CAPSULE 30MG	1	QL(14 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
ZURZUVAE CAPSULE 20MG, 25MG	1	QL(28 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
<i>Inhibidores de la monoaminooxidasa</i>		
EMSAM PATCH 24 HOUR 12MG/24HR, 6MG/24HR, 9MG/24HR	1	ST NSO; NEDS
MARPLAN TABLET 10MG	1	
<i>phenelzine sulfate tablet 15mg</i>	1	
<i>tranylcypromine sulfate tablet 10mg</i>	1	
<i>Tricíclicos</i>		
<i>amitriptyline hcl tablet 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	1	
<i>amitriptyline hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>amoxapine tablet 100mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>clomipramine hydrochloride capsule 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>desipramine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>doxepin hcl capsule 75mg</i>	1	
<i>doxepin hcl concentrate 10mg/ml</i>	1	
<i>doxepin hydrochloride capsule 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>imipramine hcl tablet 25mg, 50mg</i>	1	
<i>imipramine hydrochloride tablet 10mg</i>	1	
<i>nortriptyline hcl capsule 25mg, 75mg</i>	1	
<i>nortriptyline hcl solution 10mg/5ml</i>	1	
<i>nortriptyline hydrochloride capsule 10mg, 50mg</i>	1	
<i>protriptyline hcl tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>trimipramine maleate capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
Antidepressants		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hydrobromide solution 10mg/5ml</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide tablet 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20MG, 60MG	1	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30MG, 40MG	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr capsule delayed release particles 20mg, 60mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr capsule delayed release particles 30mg, 40mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate solution 5mg/5ml</i>	1	
<i>escitalopram oxalate tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
FETZIMA TITRATION PACK CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 0	1	ST NSO
FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120MG, 20MG, 40MG, 80MG	1	ST NSO
<i>fluoxetine dr capsule delayed release 90mg</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride capsule 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride solution 20mg/5ml</i>	1	
<i>fluvoxamine maleate tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>nefazodone hydrochloride tablet 100mg, 150mg, 200mg, 250mg, 50mg</i>	1	
<i>paroxetine hcl tablet 30mg, 40mg</i>	1	
<i>paroxetine hydrochloride suspension 10mg/5ml</i>	1	
<i>paroxetine hydrochloride tablet 10mg, 20mg</i>	1	
RALDESY SOLUTION 10MG/ML	1	NEDS
<i>sertraline hcl concentrate 20mg/ml</i>	1	
<i>sertraline hcl tablet 50mg</i>	1	
<i>sertraline hydrochloride tablet 100mg, 25mg</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride tablet 100mg, 150mg, 300mg, 50mg</i>	1	
TRINTELLIX TABLET 10MG, 20MG, 5MG	1	
<i>venlafaxine hydrochloride er capsule extended release 24 hour 150mg, 37.5mg, 75mg</i>	1	
<i>venlafaxine hydrochloride tablet 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>vilazodone hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
Antieméticos		
Adyuvantes para terapia emetogénica		
<i>aprepitant capsule therapy pack 0</i>	1	PA BvD
<i>aprepitant capsule 40mg, 80mg</i>	1	PA BvD

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>aprepitant capsule 125mg</i>	1	PA BvD; NEDS
<i>dronabinol capsule 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	PA BvD
<i>granisetron hydrochloride tablet 1mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl solution 4mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl tablet 24mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hydrochloride tablet 4mg, 8mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron odt tablet disintegrating 4mg, 8mg</i>	1	PA BvD
Antieméticos, otros		
<i>meclizine hcl tablet 12.5mg, 25mg</i>	1	
<i>meclizine hydrochloride tablet 25mg</i>	1	
<i>prochlorperazine edisylate injection 10mg/2ml</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>prochlorperazine suppository 25mg</i>	1	
<i>promethazine hcl injection 25mg/ml, 50mg/ml</i>	1	
<i>promethazine hydrochloride plain solution 6.25mg/5ml</i>	1	
<i>promethazine hydrochloride solution 6.25mg/5ml</i>	1	
<i>promethazine hydrochloride tablet 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>scopolamine patch 72 hour 1mg/3days</i>	1	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
DAPSONE TABLET 100MG, 25MG	1	
<i>rifabutin capsule 150mg</i>	1	
Antituberculosos		
<i>ethambutol hydrochloride tablet 100mg, 400mg</i>	1	
<i>isoniazid syrup 50mg/5ml</i>	1	
<i>isoniazid tablet 100mg, 300mg</i>	1	
PRIFTIN TABLET 150MG	1	
<i>pyrazinamide tablet 500mg</i>	1	
<i>rifampin capsule 150mg, 300mg</i>	1	
<i>rifampin injection 600mg</i>	1	
SIRTURO TABLET 100MG, 20MG	1	PA; NEDS
TRECTOR TABLET 250MG	1	
Antimicóticos		
Antimicóticos		
ABELCET INJECTION 5MG/ML	1	PA BvD
<i>amphotericin b liposome injection 50mg</i>	1	PA BvD; NEDS
<i>amphotericin b injection 50mg</i>	1	PA BvD
<i>clotrimazole cream 1%</i>	1	
<i>clotrimazole solution 1%</i>	1	
<i>clotrimazole troche 10mg</i>	1	
CRESEMBA CAPSULE 186MG, 74.5MG	1	PA; NEDS
<i>econazole nitrate cream 1%</i>	1	
<i>fluconazole in sodium chloride injection 200mg/100ml; 0.9%, 400mg/200ml; 0.9%</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluconazole suspension reconstituted 10mg/ml, 40mg/ml</i>	1	
<i>fluconazole tablet 100mg, 150mg, 200mg, 50mg</i>	1	
<i>flucytosine capsule 250mg, 500mg</i>	1	NEDS
<i>griseofulvin microsize suspension 125mg/5ml</i>	1	
<i>griseofulvin microsize tablet 500mg</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize tablet 125mg, 250mg</i>	1	
<i>itraconazole capsule 100mg</i>	1	
<i>ketoconazole cream 2%</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>ketoconazole shampoo 2%</i>	1	
<i>ketoconazole tablet 200mg</i>	1	
<i>klayesta powder 100000unit/gm</i>	1	
<i>micafungin injection 100mg, 50mg</i>	1	
<i>miconazole 3 suppository 200mg</i>	1	
<i>naftifine hydrochloride cream 1%, 2%</i>	1	
<i>nyamyc powder 100000unit/gm</i>	1	
<i>nystatin cream 100000unit/gm</i>	1	
<i>nystatin ointment 100000unit/gm</i>	1	
<i>nystatin powder 100000unit/gm</i>	1	
<i>nystatin suspension 100000unit/ml</i>	1	
<i>nystatin tablet 500000unit</i>	1	
<i>nystop powder 100000unit/gm</i>	1	
<i>posaconazole dr tablet delayed release 100mg</i>	1	NEDS
<i>posaconazole suspension 40mg/ml</i>	1	NEDS
<i>terbinafine hcl tablet 250mg</i>	1	QL(42 EA por 42 días)
<i>terconazole cream 0.4%, 0.8%</i>	1	
<i>terconazole suppository 80mg</i>	1	
<i>voriconazole injection 200mg</i>	1	PA; NEDS
<i>voriconazole suspension reconstituted 40mg/ml</i>	1	NEDS
<i>voriconazole tablet 200mg, 50mg</i>	1	
Antineoplásicos		
Agentes alquilantes		
<i>cyclophosphamide capsule 25mg, 50mg</i>	1	PA BvD; SP
<i>cyclophosphamide tablet 25mg, 50mg</i>	1	PA BvD
GLEOSTINE CAPSULE 100MG, 10MG, 40MG	1	SP
LEUKERAN TABLET 2MG	1	NEDS
<i>lomustine capsule 100mg, 10mg, 40mg</i>	1	
MATULANE CAPSULE 50MG	1	NEDS; SP
VALCHLOR GEL 0.016%	1	NEDS; SP
Agentes antiangiogénicos		
<i>lenalidomide capsule 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 25mg, 5mg</i>	1	PA NSO; NEDS; SP
<i>pomalidomide capsule 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	1	PA NSO; NEDS
POMALYST CAPSULE 1MG, 2MG, 3MG, 4MG	1	PA NSO; NEDS; SP
THALOMID CAPSULE 100MG, 150MG, 200MG, 50MG	1	NEDS; SP
Antiandrogénicos		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>abiraterone acetate tablet 250mg, 500mg</i>	1	PA NSO; NEDS; SP
ABIRTEGA TABLET 250MG	1	PA NSO; SP
<i>bicalutamide tablet 50mg</i>	1	SP
ERLEADA TABLET 240MG, 60MG	1	PA NSO; NEDS; SP
EULEXIN CAPSULE 125MG	1	
<i>nilutamide tablet 150mg</i>	1	NEDS
NUBEQA TABLET 300MG	1	PA NSO; NEDS; SP
XTANDI CAPSULE 40MG	1	PA NSO; NEDS; SP
XTANDI TABLET 40MG, 80MG	1	PA NSO; NEDS; SP
YONSA TABLET 125MG	1	PA NSO; NEDS; SP
Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco		
DARZALEX INJECTION 100MG/5ML, 400MG/20ML	1	NEDS
OPDIVO INJECTION 100MG/10ML, 120MG/12ML, 240MG/24ML, 40MG/4ML	1	NEDS; SP
YERVOY INJECTION 200MG/40ML, 50MG/10ML	1	NEDS; SP
Antiestrógenos/modificadores		
EMCYT CAPSULE 140MG	1	NEDS; SP
INLURIYO TABLET 200MG	1	PA NSO; NEDS
ORSERDU TABLET 345MG, 86MG	1	PA NSO; NEDS
SOLTAMOX SOLUTION 10MG/5ML	1	NEDS
<i>tamoxifen citrate tablet 10mg, 20mg</i>	1	
<i>toremifene citrate tablet 60mg</i>	1	NEDS
Antimetabolitos		
DROXIA CAPSULE 200MG, 300MG, 400MG	1	
<i>hydroxyurea capsule 500mg</i>	1	
<i>mercaptopurine suspension 2000mg/100ml</i>	1	NEDS
<i>mercaptopurine tablet 50mg</i>	1	
TABLOID TABLET 40MG	1	NEDS; SP
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA TABLET 500MG; 100MG, 500MG; 50MG	1	PA NSO; NEDS
<i>bortezomib injection 1mg, 2.5mg</i>	1	
<i>bortezomib injection 3.5mg/1.4ml</i>	1	NEDS
<i>bortezomib injection 3.5mg</i>	1	NEDS; SP
<i>boruzu injection 3.5mg/1.4ml</i>	1	
DOCETAXEL INJECTION 160MG/8ML	1	
<i>docetaxel injection 20mg/ml, 80mg/4ml</i>	1	
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	1	PA NSO; NEDS; SP
INREBIC CAPSULE 100MG	1	PA NSO; NEDS; SP
ITOVEBI TABLET 9MG	1	PA NSO; NEDS; SP
ITOVEBI TABLET 3MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
IWILFIN TABLET 192MG	1	PA NSO; NEDS
KISQALI FEMARA 200 DOSE TABLET THERAPY PACK 2.5MG; 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
KISQALI FEMARA 400 DOSE TABLET THERAPY PACK 2.5MG; 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP
KISQALI FEMARA 600 DOSE TABLET THERAPY PACK 2.5MG; 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP
LAZCLUZE TABLET 240MG	1	PA NSO; NEDS
LAZCLUZE TABLET 80MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>leucovorin calcium tablet 10mg, 15mg, 25mg, 5mg</i>	1	
LONSURF TABLET 6.14MG; 15MG, 8.19MG; 20MG	1	PA NSO; NEDS; SP
LYSODREN TABLET 500MG	1	NEDS
MODEYSO CAPSULE 125MG	1	PA NSO; NEDS
OGSIVEO TABLET 100MG, 150MG, 50MG	1	PA NSO; NEDS
OJEMDA SUSPENSION RECONSTITUTED 25MG/ML	1	PA NSO; NEDS
OJEMDA TABLET 100MG	1	PA NSO; NEDS
ONUREG TABLET 200MG, 300MG	1	PA NSO; NEDS; SP
<i>paclitaxel injection 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml, 30mg/5ml</i>	1	
REVUFORJ TABLET 25MG	1	PA NSO; NEDS
REVUFORJ TABLET 110MG, 160MG	1	PA NSO; NEDS; SP
VONJO CAPSULE 100MG	1	PA NSO; NEDS; SP
ZOLINZA CAPSULE 100MG	1	PA NSO; NEDS; SP
Complementos del tratamiento		
<i>mesna tablet 400mg</i>	1	NEDS
VORANIGO TABLET 40MG	1	PA NSO; NEDS
VORANIGO TABLET 10MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
Inhibidores de enzimas		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK THERAPY PACK 0.8MG; 200MG	1	PA NSO; NEDS
KYPROLIS INJECTION 10MG, 30MG, 60MG	1	NEDS; SP
Inhibidores de la aromataasa, tercera generación		
<i>anastrozole tablet 1mg</i>	1	
<i>exemestane tablet 25mg</i>	1	
<i>letrozole tablet 2.5mg</i>	1	
Inhibidores moleculares dirigidos		
ALECENSA CAPSULE 150MG	1	PA NSO; NEDS; SP
ALUNBRIG TABLET THERAPY PACK 0	1	PA NSO; NEDS; SP
ALUNBRIG TABLET 180MG, 30MG, 90MG	1	PA NSO; NEDS; SP
AUGTYRO CAPSULE 160MG, 40MG	1	PA NSO; NEDS; SP
AYVAKIT TABLET 100MG, 200MG, 25MG, 300MG, 50MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
BALVERSA TABLET 3MG, 4MG, 5MG	1	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPSULE 50MG	1	PA NSO; NEDS; SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BOSULIF CAPSULE 100MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
BOSULIF TABLET 100MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
BOSULIF TABLET 400MG, 500MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
BRAFTOVI CAPSULE 75MG	1	PA NSO; NEDS; SP
BRUKINSA CAPSULE 80MG	1	PA NSO; NEDS; SP
BRUKINSA TABLET 160MG	1	PA NSO; NEDS
CABOMETYX TABLET 20MG, 40MG, 60MG	1	PA NSO; NEDS; SP
CALQUENCE CAPSULE 100MG	1	PA NSO; NEDS; SP
CALQUENCE TABLET 100MG	1	PA NSO; NEDS; SP
CAPRELSA TABLET 300MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
CAPRELSA TABLET 100MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
COMETRIQ KIT 0, 20MG	1	PA NSO; NEDS; SP
COPIKTRA CAPSULE 15MG, 25MG	1	PA NSO; NEDS; SP
COTELLIC TABLET 20MG	1	PA NSO; NEDS; SP
DANZITEN TABLET 95MG	1	PA NSO; NEDS
DANZITEN TABLET 71MG	1	PA NSO; NEDS; SP
<i>dasatinib tablet 100mg, 140mg, 20mg, 50mg, 70mg, 80mg</i>	1	PA NSO; NEDS; SP
DAURISMO TABLET 100MG, 25MG	1	PA NSO; NEDS; SP
ENSACOVE CAPSULE 100MG, 25MG	1	PA NSO; NEDS
ERIVEDGE CAPSULE 150MG	1	PA NSO; NEDS; SP
<i>erlotinib hydrochloride tablet 150mg, 25mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); NEDS; SP
<i>erlotinib hydrochloride tablet 100mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); NEDS; SP
<i>everolimus tablet soluble 2mg, 3mg, 5mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
<i>everolimus tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
EXKIVITY CAPSULE 40MG	1	PA NSO; NEDS; SP
FOTIVDA CAPSULE 0.89MG, 1.34MG	1	PA NSO; NEDS; SP
FRUZAQLA CAPSULE 1MG, 5MG	1	PA NSO; NEDS
GAVRETO CAPSULE 100MG	1	PA NSO; NEDS; SP
<i>gefitinib tablet 250mg</i>	1	PA NSO; NEDS; SP
GILOTRIF TABLET 20MG, 30MG, 40MG	1	PA NSO; NEDS; SP
GOMEKLI CAPSULE 1MG, 2MG	1	PA NSO; NEDS
GOMEKLI TABLET SOLUBLE 1MG	1	PA NSO; NEDS
HERNEXEOS TABLET 60MG	1	PA NSO; NEDS
HYRNUO TABLET 10MG	1	PA NSO; NEDS
IBRANCE CAPSULE 100MG, 125MG, 75MG	1	PA NSO; NEDS; SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
IBTROZI CAPSULE 200MG	1	PA NSO; NEDS
ICLUSIG TABLET 10MG, 15MG, 30MG, 45MG	1	PA NSO; NEDS; SP
IDHIFA TABLET 100MG, 50MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
<i>imatinib mesylate tablet 400mg</i>	1	NEDS; SP
<i>imatinib mesylate tablet 100mg</i>	1	SP
IMBRUVICA CAPSULE 140MG, 70MG	1	PA NSO; NEDS; SP
IMBRUVICA SUSPENSION 70MG/ML	1	PA NSO; NEDS; SP
IMBRUVICA TABLET 140MG, 280MG, 420MG	1	PA NSO; NEDS; SP
IMKELDI SOLUTION 80MG/ML	1	PA NSO; NEDS; SP
INLYTA TABLET 1MG, 5MG	1	PA NSO; NEDS; SP
INQOVI TABLET 100MG; 35MG	1	PA NSO; NEDS; SP
JAKAFI XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11MG, 22MG, 33MG, 44MG, 55MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
JAKAFI TABLET 10MG, 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	1	PA NSO; NEDS; SP
JAYPIRCA TABLET 100MG, 50MG	1	PA NSO; NEDS; SP
KISQALI TABLET THERAPY PACK 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP
KOSELUGO CAPSULE SPRINKLE 5MG, 7.5MG	1	PA NSO; NEDS
KOSELUGO CAPSULE 10MG, 25MG	1	PA NSO; NEDS; SP
KRAZATI TABLET 200MG	1	PA NSO; NEDS
<i>lapatinib ditosylate tablet 250mg</i>	1	QL(180 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 10MG	1	PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 4MG	1	PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 0	1	PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 0	1	PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 10MG	1	PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 0	1	PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 4MG	1	PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 4MG	1	PA NSO; NEDS; SP
LORBRENA TABLET 100MG, 25MG	1	PA NSO; NEDS; SP
LUMAKRAS TABLET 120MG, 240MG, 320MG	1	PA NSO; NEDS; SP
LYNPARZA TABLET 100MG, 150MG	1	PA NSO; NEDS; SP
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	1	PA NSO; NEDS
MEKINIST SOLUTION RECONSTITUTED 0.05MG/ML	1	PA NSO; NEDS; SP
MEKINIST TABLET 0.5MG, 2MG	1	PA NSO; NEDS; SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
MEKTOVI TABLET 15MG	1	PA NSO; NEDS; SP
NERLYNX TABLET 40MG	1	PA NSO; NEDS; SP
<i>nilotinib d-tartrate capsule 150mg, 200mg, 50mg</i>	1	PA NSO; NEDS
<i>nilotinib hydrochloride capsule 150mg, 200mg, 50mg</i>	1	PA NSO; NEDS; SP
NINLARÓ CAPSULE 2.3MG, 3MG, 4MG	1	PA NSO; NEDS; SP
ODOMZO CAPSULE 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP
OJJAARA TABLET 100MG, 150MG, 200MG	1	PA NSO; NEDS
<i>pazopanib hydrochloride tablet 200mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
<i>pazopanib hydrochloride tablet 400mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
PEMAZYRE TABLET 13.5MG, 4.5MG, 9MG	1	PA NSO; NEDS; SP
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TABLET THERAPY PACK 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP
PIQRAY 250MG DAILY DOSE TABLET THERAPY PACK 0	1	PA NSO; NEDS; SP
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TABLET THERAPY PACK 150MG	1	PA NSO; NEDS; SP
QINLOCK TABLET 50MG	1	PA NSO; NEDS; SP
RETEVMO CAPSULE 40MG, 80MG	1	PA NSO; NEDS; SP
RETEVMO TABLET 120MG, 160MG	1	PA NSO; NEDS; SP
RETEVMO TABLET 80MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
RETEVMO TABLET 40MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
REZLIDHIA CAPSULE 150MG	1	PA NSO; NEDS
ROMVIMZA CAPSULE 14MG, 20MG, 30MG	1	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK CAPSULE 100MG, 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP
ROZLYTREK PACKET 50MG	1	PA NSO; NEDS; SP
RUBRACA TABLET 200MG, 250MG, 300MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
RYDAPT CAPSULE 25MG	1	PA NSO; NEDS; SP
SCSEMBLIX TABLET 20MG, 40MG	1	PA NSO; NEDS; SP
SCSEMBLIX TABLET 100MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib tosylate tablet 200mg</i>	1	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
<i>sorafenib tablet 200mg</i>	1	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
STIVARGA TABLET 40MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
<i>sunitinib malate capsule 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	1	PA NSO; NEDS; SP
TABRECTA TABLET 150MG, 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP
TAFINLAR CAPSULE 50MG, 75MG	1	PA NSO; NEDS; SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TAFINLAR TABLET SOLUBLE 10MG	1	PA NSO; NEDS; SP
TAGRISSO TABLET 40MG, 80MG	1	PA NSO; NEDS; SP
TALZENNA CAPSULE 0.1MG, 0.25MG, 0.35MG, 0.5MG, 0.75MG, 1MG	1	PA NSO; NEDS; SP
TAZVERIK TABLET 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP
TEPMETKO TABLET 225MG	1	PA NSO; NEDS; SP
TIBSOVO TABLET 250MG	1	PA NSO; NEDS; SP
TRUQAP TABLET THERAPY PACK 160MG, 200MG	1	PA NSO; NEDS
TRUQAP TABLET 160MG, 200MG	1	PA NSO; NEDS
TUKYSA TABLET 150MG, 50MG	1	PA NSO; NEDS; SP
TURALIO CAPSULE 125MG	1	PA NSO; NEDS; SP
VANFLYTA TABLET 17.7MG, 26.5MG	1	PA NSO; NEDS
VENCLEXTA STARTING PACK TABLET THERAPY PACK 0	1	PA NSO; NEDS; SP
VENCLEXTA TABLET 100MG, 50MG	1	PA NSO; NEDS; SP
VENCLEXTA TABLET 10MG	1	PA NSO; SP
VERZENIO TABLET 100MG, 150MG, 200MG, 50MG	1	PA NSO; NEDS; SP
VITRAKVI CAPSULE 100MG, 25MG	1	PA NSO; NEDS; SP
VITRAKVI SOLUTION 20MG/ML	1	PA NSO; NEDS; SP
VIZIMPRO TABLET 15MG, 30MG, 45MG	1	PA NSO; NEDS; SP
XALKORI CAPSULE SPRINKLE 150MG, 20MG, 50MG	1	PA NSO; NEDS; SP
XALKORI CAPSULE 200MG, 250MG	1	PA NSO; NEDS; SP
XOSPATA TABLET 40MG	1	PA NSO; NEDS; SP
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TABLET THERAPY PACK 20MG	1	PA NSO; NEDS; SP
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TABLET THERAPY PACK 20MG	1	PA NSO; NEDS; SP
XPOVIO TABLET THERAPY PACK 10MG, 80MG	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO TABLET THERAPY PACK 40MG, 50MG, 60MG	1	PA NSO; NEDS; SP
ZEJULA TABLET 100MG, 200MG, 300MG	1	PA NSO; NEDS; SP
ZELBORAF TABLET 240MG	1	PA NSO; NEDS; SP
ZYDELIG TABLET 100MG, 150MG	1	PA NSO; NEDS; SP
ZYKADIA TABLET 150MG	1	PA NSO; NEDS; SP
Retinoides		
<i>bexarotene capsule 75mg</i>	1	NEDS; SP
<i>bexarotene gel 1%</i>	1	PA NSO; NEDS; SP
PANRETIN GEL 0.1%	1	NEDS
<i>tretinoin capsule 10mg</i>	1	NEDS; SP
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole tablet 200mg</i>	1	
<i>ivermectin tablet 3mg, 6mg</i>	1	
<i>praziquantel tablet 600mg</i>	1	
Antiprotozoico		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>atovaquone/proguanil hcl tablet 62.5mg; 25mg</i>	1	
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride tablet 250mg; 100mg</i>	1	
<i>atovaquone suspension 750mg/5ml</i>	1	
<i>chloroquine phosphate tablet 250mg, 500mg</i>	1	
COARTEM TABLET 20MG; 120MG	1	QL(24 EA por 3 días)
<i>hydroxychloroquine sulfate tablet 200mg</i>	1	
<i>mefloquine hydrochloride tablet 250mg</i>	1	
<i>nitazoxanide tablet 500mg</i>	1	
<i>pentamidine isethionate injection 300mg</i>	1	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300mg</i>	1	PA BvD
<i>primaquine phosphate tablet 26.3mg</i>	1	
<i>pyrimethamine tablet 25mg</i>	1	NEDS
<i>quinine sulfate capsule 324mg</i>	1	PA
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		
<i>chlorpromazine hydrochloride concentrate 100mg/ml, 30mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>fluphenazine decanoate injection 25mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl concentrate 5mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hydrochloride elixir 2.5mg/5ml</i>	1	
<i>fluphenazine hydrochloride injection 2.5mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hydrochloride tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>haloperidol decanoate injection 100mg/ml, 50mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate injection 5mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol concentrate 2mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol tablet 0.5mg, 10mg, 1mg, 20mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>loxapine capsule 10mg, 25mg, 50mg, 5mg</i>	1	
<i>molindone hydrochloride tablet 10mg, 25mg, 5mg</i>	1	
<i>perphenazine tablet 16mg, 2mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>pimozide tablet 1mg, 2mg</i>	1	
<i>thioridazine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>thiothixene capsule 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>trifluoperazine hcl tablet 10mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>trifluoperazine hydrochloride tablet 1mg</i>	1	
Resistente al tratamiento		
<i>clozapine odt tablet disintegrating 100mg, 12.5mg, 150mg, 200mg, 25mg</i>	1	
<i>clozapine tablet 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
VERSACLOZ SUSPENSION 50MG/ML	1	NEDS
Segunda generación/atípico		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ABILIFY ASIMTUFII INJECTION 720MG/2.4ML, 960MG/3.2ML	1	NEDS
ABILIFY MAINTENA INJECTION 300MG, 400MG	1	NEDS
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT TABLET THERAPY PACK 10MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
ABILIFY MYCITE STARTER KIT TABLET THERAPY PACK 15MG, 20MG, 2MG, 30MG, 5MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>aripiprazole odt tablet disintegrating 10mg, 15mg</i>	1	
<i>aripiprazole solution 1mg/ml</i>	1	
<i>aripiprazole tablet 10mg, 15mg, 20mg, 2mg, 30mg, 5mg</i>	1	
ARISTADA INITIO INJECTION 675MG/2.4ML	1	NEDS
ARISTADA INJECTION 1064MG/3.9ML, 441MG/1.6ML, 662MG/2.4ML, 882MG/3.2ML	1	NEDS
<i>asenapine maleate sl tablet sublingual 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	ST NSO
CAPLYTA CAPSULE 10.5MG, 21MG, 42MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
FANAPT TITRATION PACK A TABLET 0	1	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK B TABLET 0	1	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK C TABLET 0	1	ST NSO
FANAPT TABLET 10MG, 12MG, 1MG, 2MG, 4MG, 6MG, 8MG	1	ST NSO; NEDS
INVEGA HAFYERA INJECTION 1092MG/3.5ML, 1560MG/5ML	1	NEDS
INVEGA SUSTENNA INJECTION 39MG/0.25ML	1	
INVEGA SUSTENNA INJECTION 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	1	NEDS
INVEGA TRINZA INJECTION 273MG/0.88ML, 410MG/1.32ML, 546MG/1.75ML, 819MG/2.63ML	1	NEDS
<i>lurasidone hydrochloride tablet 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tablet 80mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI TABLET 10MG; 10MG, 15MG; 10MG, 20MG; 10MG, 5MG; 10MG	1	PA NSO; NEDS
NUPLAZID CAPSULE 34MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
NUPLAZID TABLET 10MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
<i>olanzapine odt tablet disintegrating 10mg, 15mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>olanzapine injection 10mg</i>	1	
<i>olanzapine tablet 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	
OPIPZA FILM 2MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
OPIPZA FILM 10MG, 5MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 1.5mg, 3mg, 6mg, 9mg</i>	1	
PERSERIS INJECTION 120MG, 90MG	1	NEDS
<i>quetiapine fumarate tablet 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg</i>	1	
<i>quetiapine fumarate tablet 25mg, 50mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
REXULTI TABLET 0.25MG, 0.5MG, 1MG, 2MG, 3MG, 4MG	1	NEDS
<i>risperidone er injection 12.5mg, 25mg</i>	1	
<i>risperidone er injection 37.5mg, 50mg</i>	1	NEDS
<i>risperidone odt tablet disintegrating 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	1	
<i>risperidone solution 1mg/ml</i>	1	
<i>risperidone tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	1	
SECUADO PATCH 24 HOUR 3.8MG/24HR, 5.7MG/24HR, 7.6MG/24HR	1	NEDS
VRAYLAR CAPSULE 0.5MG, 0.75MG, 1.5MG, 3MG, 4.5MG, 6MG	1	NEDS
<i>ziprasidone hcl capsule 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	1	
<i>ziprasidone mesylate injection 20mg</i>	1	
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 210MG	1	
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 300MG, 405MG	1	NEDS
Antivirico		
<i>Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)</i>		
APTIVUS CAPSULE 250MG	1	NEDS; SP
<i>atazanavir sulfate capsule 300mg</i>	1	SP
<i>atazanavir capsule 150mg, 200mg</i>	1	SP
<i>darunavir tablet 800mg</i>	1	NEDS; SP
<i>darunavir tablet 600mg</i>	1	SP
EVOTAZ TABLET 300MG; 150MG	1	NEDS; SP
<i>fosamprenavir calcium tablet 700mg</i>	1	NEDS; SP
KALETRA SOLUTION 400MG/5ML; 100MG/5ML	1	SP
LEXIVA SUSPENSION 50MG/ML	1	SP
<i>lopinavir/ritonavir solution 400mg/5ml; 100mg/5ml</i>	1	SP
<i>lopinavir/ritonavir tablet 100mg; 25mg, 200mg; 50mg</i>	1	SP
NORVIR PACKET 100MG	1	
PREZCOBIX TABLET 150MG; 675MG	1	NEDS
PREZCOBIX TABLET 150MG; 800MG	1	NEDS; SP
PREZISTA SUSPENSION 100MG/ML	1	NEDS; SP
PREZISTA TABLET 150MG	1	NEDS; SP
PREZISTA TABLET 75MG	1	SP
REYATAZ PACKET 50MG	1	NEDS; SP
<i>ritonavir tablet 100mg</i>	1	SP
SYMTUZA TABLET 150MG; 800MG; 200MG; 10MG	1	NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VIRACEPT TABLET 625MG	1	NEDS; SP
VIRACEPT TABLET 250MG	1	SP
Agentes anti-VIH, otros		
FUZEON INJECTION 90MG	1	NEDS; SP
<i>maraviroc tablet 300mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); NEDS; SP
<i>maraviroc tablet 150mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); NEDS; SP
RUKOBIA TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600MG	1	NEDS
SELZENTRY SOLUTION 20MG/ML	1	QL(1800 ML por 30 días)
SELZENTRY TABLET 25MG	1	QL(480 EA por 30 días)
SELZENTRY TABLET 75MG	1	QL(60 EA por 30 días); NEDS
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK 300MG	1	NEDS
SUNLENCA TABLET 300MG	1	QL(24 EA por 168 días); NEDS
TYBOST TABLET 150MG	1	SP
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
<i>cidofovir injection 75mg/ml</i>	1	NEDS
LIVTENCITY TABLET 200MG	1	PA; NEDS
PREVYMIS PACKET 20MG	1	PA
PREVYMIS PACKET 120MG	1	PA; NEDS
PREVYMIS TABLET 240MG, 480MG	1	PA; NEDS
<i>valganciclovir hydrochloride solution reconstituted 50mg/ml</i>	1	NEDS
<i>valganciclovir tablet 450mg</i>	1	
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl capsule 100mg</i>	1	
<i>amantadine hcl solution 50mg/5ml</i>	1	
<i>amantadine hcl tablet 100mg</i>	1	
<i>amantadine hydrochloride tablet 100mg</i>	1	
<i>oseltamivir phosphate capsule 30mg, 45mg, 75mg</i>	1	
<i>oseltamivir phosphate suspension reconstituted 6mg/ml</i>	1	
RELENZA DISKHALER AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5MG/BLISTER	1	
<i>rimantadine hydrochloride tablet 100mg</i>	1	
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 40MG, 80MG	1	QL(1 EA por 7 días)
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET PACKET 50MG; 20MG	1	PA; NEDS; SP
MAVYRET TABLET 100MG; 40MG	1	PA; NEDS; SP
<i>ribavirin capsule 200mg</i>	1	SP
<i>ribavirin tablet 200mg</i>	1	SP
VOSEVI TABLET 400MG; 100MG; 100MG	1	PA; NEDS; SP
Agentes antiherpéticos		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>acyclovir sodium injection 50mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>acyclovir capsule 200mg</i>	1	
<i>acyclovir suspension 200mg/5ml</i>	1	
<i>acyclovir tablet 400mg, 800mg</i>	1	
<i>famciclovir tablet 125mg, 250mg, 500mg</i>	1	
<i>valacyclovir hydrochloride tablet 1gm, 500mg</i>	1	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY TABLET 30MG; 120MG; 15MG, 50MG; 200MG; 25MG	1	NEDS
DOVATO TABLET 50MG; 300MG	1	NEDS
GENVOYA TABLET 150MG; 150MG; 200MG; 10MG	1	NEDS
ISENTRESS HD TABLET 600MG	1	QL(60 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS PACKET 100MG	1	SP
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 100MG	1	QL(180 EA por 30 días); NEDS; SP
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 25MG	1	QL(720 EA por 30 días); SP
ISENTRESS TABLET 400MG	1	QL(120 EA por 30 días); NEDS; SP
JULUCA TABLET 50MG; 25MG	1	NEDS
STRIBILD TABLET 150MG; 150MG; 200MG; 300MG	1	NEDS; SP
TIVICAY PD TABLET SOLUBLE 5MG	1	SP
TIVICAY TABLET 25MG, 50MG	1	NEDS; SP
TIVICAY TABLET 10MG	1	SP
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
DELSTRIGO TABLET 100MG; 300MG; 300MG	1	NEDS
EDURANT PED TABLET SOLUBLE 2.5MG	1	NEDS
EDURANT TABLET 25MG	1	NEDS; SP
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 600mg; 200mg; 300mg</i>	1	SP
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 400mg; 300mg; 300mg, 600mg; 300mg; 300mg</i>	1	NEDS
<i>efavirenz capsule 200mg, 50mg</i>	1	SP
<i>efavirenz tablet 600mg</i>	1	SP
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 200mg; 25mg; 300mg</i>	1	NEDS; SP
<i>etravirine tablet 100mg, 200mg</i>	1	NEDS; SP
IDVYNZO TABLET 100MG; 0.25MG	1	QL(30 EA por 30 días); NEDS
INTELENCE TABLET 25MG	1	SP
<i>nevirapine er tablet extended release 24 hour 400mg</i>	1	SP
<i>nevirapine suspension 50mg/5ml</i>	1	SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>nevirapine tablet 200mg</i>	1	SP
PIFELTRO TABLET 100MG	1	NEDS
<i>rilpivirine hydrochloride tablet 25mg</i>	1	NEDS
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir sulfate/lamivudine tablet 600mg; 300mg</i>	1	SP
<i>abacavir solution 20mg/ml</i>	1	SP
<i>abacavir tablet 300mg</i>	1	SP
CIMDUO TABLET 300MG; 300MG	1	NEDS
DESCOVY TABLET 120MG; 15MG, 200MG; 25MG	1	NEDS
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 133mg; 200mg</i>	1	NEDS; SP
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 100mg; 150mg, 200mg; 300mg</i>	1	SP
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil tablet 167mg; 250mg</i>	1	SP
<i>emtricitabine capsule 200mg</i>	1	SP
EMTRIVA SOLUTION 10MG/ML	1	SP
<i>lamivudine/zidovudine tablet 150mg; 300mg</i>	1	SP
<i>lamivudine solution 10mg/ml</i>	1	SP
<i>lamivudine tablet 150mg, 300mg</i>	1	SP
ODEFSEY TABLET 200MG; 25MG; 25MG	1	NEDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate tablet 300mg</i>	1	SP
TRIUMEQ PD TABLET SOLUBLE 60MG; 5MG; 30MG	1	
TRIUMEQ TABLET 600MG; 50MG; 300MG	1	NEDS; SP
VIREAD POWDER 40MG/GM	1	NEDS; SP
VIREAD TABLET 150MG, 200MG, 250MG	1	NEDS; SP
<i>zidovudine capsule 100mg</i>	1	SP
<i>zidovudine syrup 50mg/5ml</i>	1	SP
<i>zidovudine tablet 300mg</i>	1	SP
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil tablet 10mg</i>	1	SP
<i>entecavir tablet 0.5mg, 1mg</i>	1	SP
<i>lamivudine tablet 100mg</i>	1	SP
VEMLIDY TABLET 25MG	1	NEDS
Antivirales, agentes de coronavirus		
LAGEVRIO CAPSULE 200MG	1	QL(40 EA por 5 días)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 300MG-100MG DAY 1; 150MG-100MG DAYS 2-5	1	QL(11 EA por 5 días)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	1	QL(20 EA por 5 días)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	1	QL(30 EA por 5 días)
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Aglutinantes de potasio		
LOKELMA PACKET 10GM, 5GM	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powder 0</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sodium polystyrene sulfonate suspension 15gm/60ml</i>	1	
<i>sps combination suspension 15gm/60ml, 15gm/60ml</i>	1	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET CAPSULE 100MG	1	NEDS
<i>deferasirox packet 180mg, 360mg, 90mg</i>	1	NEDS; SP
<i>deferasirox tablet soluble 250mg, 500mg</i>	1	NEDS; SP
<i>deferasirox tablet soluble 125mg</i>	1	SP
<i>deferasirox tablet 180mg, 360mg, 90mg</i>	1	SP
JYNARQUE TABLET 15MG, 30MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>penicillamine tablet 250mg</i>	1	NEDS
<i>tolvaptan tablet 15mg, 30mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>trientine hydrochloride capsule 250mg, 500mg</i>	1	NEDS
Quelantes de fosfato		
<i>calcium acetate capsule 667mg</i>	1	
<i>calcium acetate tablet 667mg</i>	1	
<i>sevelamer carbonate packet 0.8gm, 2.4gm</i>	1	
<i>sevelamer carbonate tablet 800mg</i>	1	
VELPHORO TABLET CHEWABLE 500MG	1	NEDS
Reemplazo de electrolitos/minerales		
AMINOSYN II INJECTION 107.6MEQ/L; 1490MG/100ML; 1527MG/100ML; 1050MG/100ML; 1107MG/100ML; 750MG/100ML; 450MG/100ML; 990MG/100ML; 1500MG/100ML; 1575MG/100ML; 258MG/100ML; 405MG/100ML; 447MG/100ML; 1083MG/100ML; 795MG/100ML; 50MEQ/L; 600MG/100ML; 300MG/100ML; 750MG/100ML, 993MG/100ML; 1018MG/100ML; 700MG/100ML; 738MG/100ML; 500MG/100ML; 300MG/100ML; 660MG/100ML; 1000MG/100ML; 1050MG/100ML; 172MG/100ML; 270MG/100ML; 298MG/100ML; 722MG/100ML; 530MG/100ML; 400MG/100ML; 200MG/100ML; 500MG/100ML	1	PA BvD
AMINOSYN-PF 7% INJECTION 32.5MEQ/L; 490MG/100ML; 861MG/100ML; 370MG/100ML; 576MG/100ML; 270MG/100ML; 220MG/100ML; 534MG/100ML; 831MG/100ML; 475MG/100ML; 125MG/100ML; 300MG/100ML; 570MG/100ML; 347MG/100ML; 50MG/100ML; 360MG/100ML; 125MG/100ML; 44MG/100ML; 452MG/100ML	1	PA BvD

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AMINOSYN-PF INJECTION 46MEQ/L; 698MG/100ML; 1227MG/100ML; 527MG/100ML; 820MG/100ML; 385MG/100ML; 312MG/100ML; 760MG/100ML; 1200MG/100ML; 677MG/100ML; 180MG/100ML; 427MG/100ML; 812MG/100ML; 495MG/100ML; 70MG/100ML; 512MG/100ML; 180MG/100ML; 44MG/100ML; 673MG/100ML	1	PA BvD
<i>carglumic acid tablet soluble 200mg</i>	1	PA; NEDS; SP
CLINIMIX 6/5 INJECTION 1242MG/100ML; 690MG/100ML; 5GM/100ML; 618MG/100ML; 288MG/100ML; 360MG/100ML; 438MG/100ML; 348MG/100ML; 240MG/100ML; 336MG/100ML; 408MG/100ML; 300MG/100ML; 252MG/100ML; 108MG/100ML; 24MG/100ML; 348MG/100ML	1	PA BvD
CLINIMIX 8/10 INJECTION 1656MG/100ML; 920MG/100ML; 10GM/100ML; 824MG/100ML; 384MG/100ML; 480MG/100ML; 584MG/100ML; 464MG/100ML; 320MG/100ML; 448MG/100ML; 544MG/100ML; 400MG/100ML; 336MG/100ML; 144MG/100ML; 32MG/100ML; 464MG/100ML	1	PA BvD
CLINIMIX E 8/10 INJECTION 83MEQ/L; 1656MG/100ML; 920MG/100ML; 33MG/100ML; 10GM/100ML; 824MG/100ML; 384MG/100ML; 480MG/100ML; 584MG/100ML; 464MG/100ML; 51MG/100ML; 320MG/100ML; 448MG/100ML; 261MG/100ML; 544MG/100ML; 400MG/100ML; 205MG/100ML; 336MG/100ML; 144MG/100ML; 32MG/100ML; 464MG/100ML	1	PA BvD
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2% injection 10%; 0.2%</i>	1	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45% injection 10%; 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 10% injection 10%</i>	1	
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45% injection 2.5%; 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2% injection 5%; 0.2%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3% injection 5%; 0.3%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33% injection 5%; 0.33%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45% injection 5%; 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9% injection 5%; 0.9%</i>	1	
<i>dextrose 5% injection 5%</i>	1	
<i>dextrose 50% injection 50%</i>	1	
<i>dextrose 70% injection 70%</i>	1	
<i>dextrose/sodium chloride injection 5%; 0.225%</i>	1	
<i>effe-k tablet effervescent 25meq</i>	1	
<i>glucose (dextrose) 50% injection 50%</i>	1	
<i>glucose (dextrose) 70% injection 70%</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>k-prime tablet effervescent 25meq</i>	1	
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45% injection 5%; 10meq/l; 0.45%</i>	1	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2% injection 5%; 20meq/l; 0.2%</i>	1	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.225% injection 5%; 20meq/l; 0.225%</i>	1	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45% injection 5%; 20meq/l; 0.45%</i>	1	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9% injection 5%; 20meq/l; 0.9%</i>	1	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45% injection 5%; 40meq/l; 0.45%</i>	1	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9% injection 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	1	
<i>klor-con 10 tablet extended release 10meq</i>	1	
<i>klor-con 8 tablet extended release 8meq</i>	1	
<i>klor-con m10 tablet extended release 10meq</i>	1	
<i>klor-con m15 tablet extended release 15meq</i>	1	
<i>klor-con m20 tablet extended release 20meq</i>	1	
<i>klor-con/ef tablet effervescent 25meq</i>	1	
<i>klor-con packet 20meq</i>	1	
<i>lactated ringers injection 3meq/l; 109meq/l; 28meq/l; 4meq/l; 130meq/l</i>	1	
<i>magnesium sulfate injection 50%</i>	1	
PLENAMINE INJECTION 147.4MEQ/L; 2.17GM/100ML; 1.47GM/100ML; 434MG/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 894MG/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 1.18GM/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 894MG/100ML; 592MG/100ML; 749MG/100ML; 250MG/100ML; 39MG/100ML; 960MG/100ML	1	PA BvD
<i>potassium chloride er capsule extended release 10meq, 8meq</i>	1	
<i>potassium chloride er tablet extended release 10meq, 15meq, 20meq, 8meq</i>	1	
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride injection 5%; 10meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.225%, 5%; 20meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.9%, 5%; 30meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	1	
<i>potassium chloride injection 10meq/50ml, 20meq/50ml, 2meq/ml</i>	1	
<i>potassium chloride packet 20meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral solution 10%, 20%</i>	1	
<i>potassium citrate er tablet extended release 1080mg, 15meq, 540mg</i>	1	
PREMASOL INJECTION 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	1	PA BvD

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PROSOL INJECTION 140MEQ/100ML; 2.76GM/100ML; 1.96GM/100ML; 600MG/100ML; 1.02GM/100ML; 2.06GM/100ML; 1.18GM/100ML; 1.08GM/100ML; 1.08GM/100ML; 1.35GM/100ML; 760MG/100ML; 1GM/100ML; 1.34GM/100ML; 1.02GM/100ML; 980MG/100ML; 320MG/100ML; 50MG/100ML; 1.44GM/100ML	1	PA BvD
<i>sodium chloride 0.45% injection 0.45%</i>	1	
<i>sodium chloride injection 0.9%, 2.5meq/ml, 3%, 4meq/ml, 5%</i>	1	
TRAVASOL INJECTION 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 500MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	1	PA BvD
TROPHAMINE INJECTION 0.54GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.32GM/100ML; 0; 0; 0.5GM/100ML; 0.36GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.82GM/100ML; 1.4GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.34GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.68GM/100ML; 0.38GM/100ML; 5MEQ/L; 0.025GM/100ML; 0.42GM/100ML; 0.2GM/100ML; 0.24GM/100ML; 0.78GM/100ML	1	PA BvD
Vitaminas		
<i>prenatal tablet 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	1	
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		
<i>aminocaproic acid injection 250mg/ml</i>	1	
<i>aminocaproic acid oral solution 0.25gm/ml</i>	1	
<i>aminocaproic acid tablet 500mg</i>	1	
<i>tranexamic acid tablet 650mg</i>	1	
Agentes modificadores de plaquetas		
<i>aspirin/dipyridamole er capsule extended release 12 hour 25mg; 200mg</i>	1	
CABLIVI INJECTION 11MG	1	NEDS
<i>cilostazol tablet 100mg, 50mg</i>	1	
<i>clopidogrel tablet 300mg, 75mg</i>	1	
DOPTELET TABLET 20MG	1	PA; NEDS; SP
<i>prasugrel hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>ticagrelor tablet 60mg, 90mg</i>	1	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate capsule 110mg, 150mg, 75mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ELIQUIS STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 5MG	1	
ELIQUIS CAPSULE SPRINKLE 0.15MG	1	
ELIQUIS TABLET SOLUBLE 0.5MG	1	
ELIQUIS TABLET 2.5MG, 5MG	1	
<i>enoxaparin sodium injection 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml, 300mg/3ml, 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml</i>	1	SP
<i>fondaparinux sodium injection 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	1	NEDS; SP
<i>fondaparinux sodium injection 2.5mg/0.5ml</i>	1	SP
<i>heparin sodium/d5w injection 5%; 40unit/ml</i>	1	
<i>heparin sodium injection 10000unit/ml, 1000unit/ml, 20000unit/ml, 5000unit/0.5ml, 5000unit/ml</i>	1	
<i>jantoven tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg</i>	1	
<i>rivaroxaban suspension reconstituted 1mg/ml</i>	1	
<i>rivaroxaban tablet 2.5mg</i>	1	
<i>warfarin sodium tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg</i>	1	
XARELTO STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0	1	
XARELTO SUSPENSION RECONSTITUTED 1MG/ML	1	
XARELTO TABLET 10MG, 15MG, 2.5MG, 20MG	1	
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
<i>anagrelide hydrochloride capsule 0.5mg, 1mg</i>	1	
<i>eltrombopag olamine packet 12.5mg, 25mg</i>	1	PA; NEDS; SP
<i>eltrombopag olamine tablet 12.5mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	PA; NEDS; SP
MOZOBIL INJECTION 24MG/1.2ML	1	NEDS; SP
NEULASTA ONPRO KIT INJECTION 6MG/0.6ML	1	NEDS; SP
NEULASTA INJECTION 4MG/0.4ML	1	NEDS
NEULASTA INJECTION 6MG/0.6ML	1	NEDS; SP
<i>plerixafor injection 24mg/1.2ml</i>	1	NEDS; SP
PROCRIT INJECTION 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	1	NEDS; SP
PROCRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	1	SP
RETACRIT INJECTION 40000UNIT/ML	1	NEDS; SP
RETACRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	1	SP
UDENYCA ONBODY INJECTION 6MG/0.6ML	1	NEDS; SP
UDENYCA INJECTION 6MG/0.6ML	1	NEDS; SP
ZARXIO INJECTION 300MCG/0.5ML, 480MCG/0.8ML	1	NEDS; SP
Reguladores de la glucemia		
Agentes antidiabéticos		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

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

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

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

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HUMULIN N KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML	1	
HUMULIN N INJECTION 100UNIT/ML	1	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INJECTION 500UNIT/ML	1	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN INJECTION 500UNIT/ML	1	
HUMULIN R INJECTION 100UNIT/ML	1	
<i>insulin aspart flexpen injection 100unit/ml</i>	1	
<i>insulin aspart penfill injection 100unit/ml</i>	1	
<i>insulin aspart protamine/insulin aspart injection 30%; 70%</i>	1	
<i>insulin aspart injection 100unit/ml</i>	1	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML	1	
INSULIN LISPRO KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML	1	
INSULIN LISPRO PROTAMINE/INSULIN LISPRO KWIKPEN INJECTION 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	1	
INSULIN LISPRO INJECTION 100UNIT/ML	1	
LANTUS SOLOSTAR INJECTION 100UNIT/ML	1	
LANTUS INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
NOVOLIN 70/30 INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
NOVOLIN N FLEXPEN INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLIN N INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLIN R INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLOG FLEXPEN INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
NOVOLOG MIX 70/30 INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
NOVOLOG PENFILL INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLOG INJECTION 100UNIT/ML	1	
TOUJEO MAX SOLOSTAR INJECTION 300UNIT/ML	1	
TOUJEO SOLOSTAR INJECTION 300UNIT/ML	1	
TRESIBA FLEXTOUCH INJECTION 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	1	
TRESIBA INJECTION 100UNIT/ML	1	
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride tablet 10mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	
<i>methocarbamol tablet 750mg</i>	1	
<i>methocarbamol tablet 500mg</i>	1	SP
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>betaine anhydrous powder 0</i>	1	NEDS; SP
CREON CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 120000UNIT; 24000UNIT; 76000UNIT, 15000UNIT; 3000UNIT; 9500UNIT, 180000UNIT; 36000UNIT; 114000UNIT, 30000UNIT; 6000UNIT; 19000UNIT, 60000UNIT; 12000UNIT; 38000UNIT	1	
<i>cromolyn sodium concentrate 100mg/5ml</i>	1	
CYSTAGON CAPSULE 150MG, 50MG	1	SP
<i>dichlorphenamide tablet 50mg</i>	1	PA; NEDS; SP
<i>l-glutamine packet 5gm</i>	1	NEDS
<i>nitisinone capsule 10mg, 20mg, 2mg, 5mg</i>	1	PA; NEDS; SP
PROLASTIN-C INJECTION 1000MG/20ML	1	PA; NEDS; SP
REVCovi INJECTION 2.4MG/1.5ML	1	PA; NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride packet 100mg, 500mg</i>	1	PA; NEDS; SP
<i>sapropterin dihydrochloride tablet 100mg</i>	1	PA; NEDS; SP
<i>sodium phenylbutyrate powder 3gm/tsp</i>	1	NEDS; SP
<i>sodium phenylbutyrate tablet 500mg</i>	1	NEDS; SP
WELIREG TABLET 40MG	1	PA NSO; NEDS
<i>zelvysia packet 100mg, 500mg</i>	1	PA; NEDS
ZENPEP CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 105000UNIT; 25000UNIT; 79000UNIT, 14000UNIT; 3000UNIT; 10000UNIT, 168000UNIT; 40000UNIT; 126000UNIT, 24000UNIT; 5000UNIT; 17000UNIT, 252600UNIT; 60000UNIT; 189600UNIT, 42000UNIT; 10000UNIT; 32000UNIT, 63000UNIT; 15000UNIT; 47000UNIT, 84000UNIT; 20000UNIT; 63000UNIT	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

D. Índice de Medicamentos Cubiertos

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	63	ADEMPAS	35
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	63	ADTHYZA	24
ABELCET	50	AIMOVIG	4
<i>abigale</i>	20	AKEEGA	52
<i>abigale lo</i>	20	<i>albendazole</i>	57
ABILIFY ASIMTUFII	59	<i>albuterol sulfate</i>	37
ABILIFY MAINTENA	59	<i>albuterol sulfate hfa</i>	37
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	59	<i>alcohol prep pads</i>	37
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	59	ALECENSA	53
<i>abiraterone acetate</i>	52	<i>alendronate sodium</i>	11
ABIRTEGA	52	<i>alfuzosin hcl er</i>	19
ABRYSVO	29	<i>aliskiren</i>	6
<i>acamprosate calcium dr</i>	33	<i>allopurinol</i>	10
<i>acarbose</i>	69	ALOCRIL	30
<i>accutane</i>	15	<i>alose tron hydrochloride</i>	17
<i>acebutolol hydrochloride</i>	5	<i>alprazolam</i>	41
<i>acetaminophen/codeine</i>	39	ALUNBRIG	53
<i>acetaminophen/codeine phosphate</i>	39	<i>alyq</i>	35
<i>acetazolamide</i>	31	<i>amabelz</i>	20
<i>acetazolamide er</i>	31	<i>amantadine hcl</i>	61
<i>acetic acid</i>	38	<i>amantadine hydrochloride</i>	61
<i>acetic acid 0.25%</i>	19	<i>ambrisentan</i>	35
<i>acetylcysteine</i>	33	<i>amikacin sulfate</i>	41
<i>acitretin</i>	15	<i>amiloride hcl</i>	9
ACTHIB	29	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	6
ACTIMMUNE	26	<i>aminocaproic acid</i>	67
<i>acyclovir</i>	62	AMINOSYN II	64
<i>acyclovir sodium</i>	62	AMINOSYN-PF	65
ADACEL	29	AMINOSYN-PF 7%	64
<i>adalimumab-aaty 1-pen kit</i>	27	<i>amiodarone hydrochloride</i>	8
<i>adalimumab-aaty 2-pen kit</i>	27	<i>amitriptyline hcl</i>	48
<i>adalimumab-aaty 2-syringe</i>	27	<i>amitriptyline hydrochloride</i>	48
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs starter</i>	27	<i>amlodipine besylate</i>	5
<i>adalimumab-adbm</i>	27	<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	6
<i>adalimumab-adbm crohns/uc/hs starter</i>	27	<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	6
<i>adalimumab-adbm psoriasis/uveitis starter</i>	27	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	6
<i>adalimumab-adbm starter package for crohns disease/uc/hs</i>	27	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	6
<i>adalimumab-adbm starter package for psoriasis/uveitis</i>	27	<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	7
<i>adapalene</i>	15	<i>ammonium lactate</i>	15
<i>adefovir dipivoxil</i>	63	<i>amnesteem</i>	15
		<i>amoxapine</i>	48
		<i>amoxicillin</i>	43
		<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	43
		<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	43

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	12	<i>aviane</i>	20
<i>amphotericin b</i>	50	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	53
<i>amphotericin b liposome</i>	50	AVONEX	11
<i>ampicillin</i>	43	AVONEX PEN	11
<i>ampicillin sodium</i>	43	AYVAKIT	53
<i>ampicillin/sulbactam</i>	43	<i>azathioprine</i>	27
<i>ampicillin-sulbactam</i>	43	<i>azelaic acid</i>	15
<i>anagrelide hydrochloride</i>	68	<i>azelastine hcl</i>	30
<i>anastrozole</i>	53	<i>azelastine hcl</i>	36
ANORO ELLIPTA	33	<i>azelastine hydrochloride</i>	36
<i>apraclonidine</i>	31	<i>azithromycin</i>	44
<i>aprepitant</i>	49	<i>aztreonam</i>	41
<i>apri</i>	20	<i>azurette</i>	20
APTIVUS	60	<i>bacitracin</i>	32
ARCALYST	25	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	31
AREXVY	29	<i>baclofen</i>	3
<i>arformoterol tartrate</i>	37	<i>balsalazide disodium</i>	11
ARIKAYCE	41	BALVERSA	53
<i>aripiprazole</i>	59	<i>balziva</i>	20
<i>aripiprazole odt</i>	59	BAQSIMI ONE PACK	70
ARISTADA	59	BAQSIMI TWO PACK	70
ARISTADA INITIO	59	BCG VACCINE	29
<i>armodafinil</i>	14	<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x</i>	37
ARMOUR THYROID	24	<i>1/2"</i>	
<i>asenapine maleate sl</i>	59	<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x</i>	37
<i>ashlyna</i>	20	<i>5/16"</i>	
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	67	<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x</i>	37
<i>atazanavir</i>	60	<i>12.7mm</i>	
<i>atazanavir sulfate</i>	60	<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	37
<i>atenolol</i>	5	<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x</i>	37
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	7	<i>12.7mm</i>	
<i>atomoxetine</i>	13	BELSOMRA	14
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	13	<i>benazepril hydrochloride</i>	10
<i>atorvastatin calcium</i>	9	<i>benazepril</i>	7
<i>atovaquone</i>	58	<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	58	BENLYSTA	25
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	58	<i>benztropine mesylate</i>	4
<i>atropine sulfate</i>	31	BERINERT	26
ATROVENT HFA	36	BESIVANCE	32
AUGTYRO	53	BESREMI	26
AUSTEDO	14	<i>betaine anhydrous</i>	72
AUSTEDO XR	13	BETAMETHASONE DIPROPIONATE	16
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT	13	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	16
AUVELITY	48	<i>betamethasone valerate</i>	16
		BETASERON	12

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>betaxolol hcl</i>	30	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	48
<i>bethanechol chloride</i>	19	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	48
BEVESPI AEROSPHERE	34	<i>bupirone hcl</i>	40
<i>bexarotene</i>	57	<i>bupirone hydrochloride</i>	40
BEXSERO	29	<i>butorphanol tartrate</i>	39
<i>bicalutamide</i>	52	<i>cabergoline</i>	24
BICILLIN L-A	43	CABLIVI	67
BIKTARVY	62	CABOMETYX	54
<i>bimatoprost</i>	32	<i>calcipotriene</i>	15
<i>bisoprolol fumarate</i>	5	CALCITONIN SALMON	11
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	7	<i>calcitonin-salmon</i>	11
BIVIGAM	27	<i>calcitriol</i>	11
BONSITY	11	<i>calcitriol</i>	15
BOOSTRIX	29	<i>calcium acetate</i>	64
<i>bortezomib</i>	52	CALQUENCE	54
<i>boruzu</i>	52	<i>camila</i>	22
<i>bosentan</i>	35	<i>candesartan cilexetil</i>	8
BOSULIF	53	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	7
BRAFTOVI	54	CAPLYTA	59
BREO ELLIPTA	34	CAPRELSA	54
BREYNA	34	<i>captopril</i>	10
BREZTRI AEROSPHERE	34	<i>carbamazepine</i>	46
<i>briellyn</i>	20	<i>carbamazepine er</i>	46
<i>brimonidine tartrate</i>	31	<i>carbidopa</i>	5
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	31	<i>carbidopa/levodopa</i>	5
<i>brinzolamide</i>	31	<i>carbidopa/levodopa er</i>	5
<i>brivaracetam</i>	46	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	5
BRIVIACT	46	<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	4
<i>bromfenac</i>	32	<i>carglumic acid</i>	65
<i>bromfenac sodium</i>	32	<i>carteolol hcl</i>	30
<i>bromocriptine mesylate</i>	4	<i>cartia xt</i>	5
BRONCHITOL	34	<i>carvedilol</i>	5
BRUKINSA	54	CAYSTON	35
<i>budesonide</i>	11	<i>cefaclor</i>	42
<i>budesonide</i>	36	<i>cefadroxil</i>	42
<i>budesonide er</i>	11	<i>cefazolin</i>	42
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	34	<i>cefazolin sodium</i>	42
<i>bumetanide</i>	9	<i>cefazolin sodium/dextrose</i>	42
<i>buprenorphine</i>	38	<i>cefazolin/dextrose</i>	42
<i>buprenorphine hcl</i>	33	<i>cefdinir</i>	42
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	33	<i>cefepime</i>	42
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	33	<i>cefepime hydrochloride</i>	42
<i>bupropion hydrochloride</i>	48	<i>cefepime/dextrose</i>	42
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	33	<i>cefixime</i>	42
		<i>cefotetan</i>	42

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>cefoxitin sodium</i>	42	<i>clindamycin phosphate (twice-daily)</i>	17
<i>cefpodoxime proxetil</i>	42	<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	15
<i>cefprozil</i>	42	<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	15
<i>ceftaroline fosamil</i>	42	CLINIMIX 6/5	65
<i>ceftazidime</i>	42	CLINIMIX 8/10	65
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	43	CLINIMIX E 8/10	65
<i>ceftriaxone sodium</i>	43	<i>clobazam</i>	45
<i>ceftriaxone/dextrose</i>	43	<i>clobetasol propionate</i>	16
<i>cefuroxime axetil</i>	43	<i>clobetasol propionate e</i>	16
<i>cefuroxime sodium</i>	43	<i>clodan</i>	16
<i>celecoxib</i>	39	<i>clomipramine hydrochloride</i>	48
<i>cephalexin</i>	43	<i>clonazepam</i>	45
<i>cevimeline hydrochloride</i>	14	<i>clonazepam odt</i>	45
CHEMET	64	<i>clonidine</i>	8
<i>chlorhexidine gluconate</i>	14	<i>clonidine hydrochloride</i>	8
<i>chloroquine phosphate</i>	58	<i>clonidine hydrochloride er</i>	13
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	58	<i>clopidogrel</i>	67
<i>chlorthalidone</i>	10	<i>clorazepate dipotassium</i>	41
<i>cholestyramine</i>	9	<i>clotrimazole</i>	50
<i>cholestyramine light</i>	9	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	15
<i>ciclopirox</i>	17	<i>clozapine</i>	58
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	17	<i>clozapine odt</i>	58
<i>ciclopirox olamine</i>	17	COARTEM	58
<i>cidofovir</i>	61	COBENFY	14
<i>cilostazol</i>	67	COBENFY STARTER PACK	14
CIMDUO	63	<i>colchicine</i>	10
<i>cimetidine</i>	18	<i>colestipol hydrochloride</i>	9
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	11	<i>colistimethate sodium</i>	41
<i>ciprofloxacin</i>	38	COMBIVENT RESPIMAT	34
<i>ciprofloxacin hcl</i>	44	COMETRIQ	54
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	32	<i>conjugated estrogens</i>	20
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	44	<i>constulose</i>	17
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	44	COPIKTRA	54
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	38	CORLANOR	7
<i>citalopram hydrobromide</i>	49	CORTIFOAM	11
<i>claravis</i>	15	CORTISPORIN-TC	38
<i>clarithromycin</i>	44	COSENTYX	25
<i>clarithromycin er</i>	44	COSENTYX SENSOREADY PEN	25
CLENPIQ	17	COSENTYX UNOREADY	25
<i>clindamycin hcl</i>	41	COTELLIC	54
<i>clindamycin hydrochloride</i>	41	CREON	72
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	41	CRESEMBA	50
CLINDAMYCIN PHOSPHATE	17	<i>cromolyn sodium</i>	30
<i>clindamycin phosphate</i>	41	<i>cromolyn sodium</i>	37
<i>clindamycin phosphate (once-daily)</i>	17	<i>cromolyn sodium</i>	72

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	37	DEXLANSOPRAZOLE	18
CUVITRU	27	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	13
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	71	<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	13
<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	31	<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	13
<i>cyclophosphamide</i>	51	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	12
<i>cyclosporine</i>	27	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	12
<i>cyclosporine</i>	31	<i>dextrose 10%</i>	65
<i>cyclosporine modified</i>	27	<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	65
<i>cyproheptadine hcl</i>	36	<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	65
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	36	<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	65
CYSTAGON	72	<i>dextrose 5%</i>	65
CYSTARAN	31	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	65
<i>dabigatran etexilate</i>	67	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	65
<i>dalfampridine er</i>	12	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	65
<i>danazol</i>	20	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	65
<i>dantrolene sodium</i>	3	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	65
DANZITEN	54	<i>dextrose 50%</i>	65
<i>dapagliflozin</i>	10	<i>dextrose 70%</i>	65
<i>dapagliflozin/metformin hydrochloride er</i>	69	<i>dextrose/sodium chloride</i>	65
DAPSONE	50	DIACOMIT	45
DAPTACEL	29	<i>diazepam</i>	41
<i>daptomycin</i>	41	<i>diazepam</i>	45
<i>daptomycin/sodium chloride</i>	41	<i>diazepam intensol</i>	41
<i>darunavir</i>	60	<i>diazoxide</i>	70
DARZALEX	52	<i>dichlorphenamide</i>	72
<i>dasatinib</i>	54	<i>diclofenac potassium</i>	39
DAURISMO	54	<i>diclofenac sodium</i>	15
<i>deblitane</i>	22	<i>diclofenac sodium</i>	32
<i>deferasirox</i>	64	<i>diclofenac sodium</i>	40
DELSTRIGO	62	<i>diclofenac sodium dr</i>	40
DENGVAXIA	29	<i>diclofenac sodium er</i>	40
DEPO-MEDROL	23	<i>dicloxacillin sodium</i>	43
DEPO-SUBQ PROVERA 104	22	<i>dicyclomine hcl</i>	18
DESCOVY	63	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	18
<i>desipramine hydrochloride</i>	48	DIFICID	44
<i>desloratadine</i>	36	<i>diflunisal</i>	40
<i>desmopressin acetate</i>	20	<i>difluprednate</i>	32
DESONIDE	16	<i>digoxin</i>	8
<i>desoximetasone</i>	16	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	3
<i>desvenlafaxine er</i>	49	DILANTIN	46
<i>dexamethasone</i>	23	<i>diltiazem hcl</i>	6
<i>dexamethasone intensol</i>	23	<i>diltiazem hcl cd</i>	5
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	23	<i>diltiazem hcl er</i>	5
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	32	<i>diltiazem hydrochloride</i>	6
<i>dexamethasone sodium phosphate +rfd</i>	23	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	6

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>dilt-xr</i>	5	<i>elixophyllin</i>	37
<i>dimethyl fumarate</i>	12	ELMIRON	19
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	36	<i>eltrombopag olamine</i>	68
<i>disulfiram</i>	33	<i>eluryng</i>	20
<i>divalproex sodium dr</i>	45	EMCYT	52
<i>divalproex sodium er</i>	45	EMGALITY	4
DOCETAXEL	52	EMPAVELI	25
<i>dofetilide</i>	8	EMSAM	48
<i>donepezil hcl</i>	3	<i>emtricitabine</i>	63
<i>donepezil hydrochloride</i>	3	<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	62
DOPTELET	67	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	63
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	31	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	63
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	31	EMTRIVA	63
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	31	<i>enalapril maleate</i>	10
<i>dotti</i>	20	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	7
DOVATO	62	ENBREL	28
<i>doxazosin mesylate</i>	19	ENBREL MINI	28
<i>doxepin hcl</i>	48	ENBREL SURECLICK	28
<i>doxepin hydrochloride</i>	48	<i>endocet</i>	39
<i>doxycycline</i>	45	ENGERIX-B	29
<i>doxycycline hyclate</i>	44	<i>enilloring</i>	20
<i>doxycycline monohydrate</i>	44	<i>enoxaparin sodium</i>	68
DRIZALMA SPRINKLE	49	ENSACOVE	54
<i>dronabinol</i>	50	<i>entacapone</i>	4
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	20	<i>entecavir</i>	63
DROXIA	52	ENTRESTO	7
<i>droxidopa</i>	8	<i>enulose</i>	17
<i>duloxetine hydrochloride dr</i>	49	ENVARUSUS XR	28
DUPIXENT	25	EPIDIOLEX	47
<i>dutasteride</i>	19	<i>epinastine hcl</i>	30
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	19	<i>epinephrine</i>	37
<i>ec-naproxen</i>	40	<i>epitol</i>	46
<i>econazole nitrate</i>	50	<i>eplerenone</i>	8
EDURANT	62	EPRONTIA	47
EDURANT PED	62	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	4
<i>efavirenz</i>	62	ERIVEDGE	54
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	62	ERLEADA	52
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	62	<i>erlotinib hydrochloride</i>	54
<i>effe-k</i>	65	<i>errin</i>	22
ELIGARD	24	<i>ertapenem sodium</i>	44
ELIQUIS	68	<i>ery</i>	17
ELIQUIS STARTER PACK	68	<i>erythromycin</i>	17
		<i>erythromycin</i>	32
		<i>erythromycin dr</i>	44

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	44	<i>fentanyl</i>	38
<i>escitalopram oxalate</i>	49	<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	39
<i>eslicarbazepine acetate</i>	46	FETZIMA	49
<i>esomeprazole magnesium</i>	19	FETZIMA TITRATION PACK	49
<i>estradiol</i>	20	FIASP	70
<i>estradiol valerate</i>	20	FIASP FLEXTOUCH	70
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	20	FIASP PENFILL	70
ESTRING	21	<i>fidaxomicin</i>	44
<i>eszopiclone</i>	14	<i>finasteride</i>	19
<i>ethacrynic acid</i>	9	<i>fingolimod hydrochloride</i>	12
<i>ethambutol hydrochloride</i>	50	FINTEPLA	47
<i>ethosuximide</i>	45	<i>finzala</i>	21
<i>etodolac</i>	40	FIRMAGON	24
<i>etodolac er</i>	40	<i>flac</i>	38
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	21	FLAREX	32
<i>etravirine</i>	62	FLEBOGAMMA DIF	27
EUCRISA	16	<i>flecainide acetate</i>	8
EULEXIN	52	<i>fluconazole</i>	51
<i>euthyrox</i>	24	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	50
<i>everolimus</i>	28	<i>flucytosine</i>	51
<i>everolimus</i>	54	<i>fludrocortisone acetate</i>	23
EVOTAZ	60	<i>flunisolide</i>	36
<i>exemestane</i>	53	<i>fluocinolone acetonide</i>	16
EXKIVITY	54	<i>fluocinolone acetonide</i>	38
EXXUA	48	<i>fluocinolone acetonide body</i>	16
EXXUA TITRATION PACK	48	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	16
<i>ezetimibe</i>	9	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	16
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	9	<i>fluocinonide</i>	16
<i>falmina</i>	21	<i>fluocinonide emulsified base</i>	16
<i>famciclovir</i>	62	<i>fluorometholone</i>	32
<i>famotidine</i>	18	<i>fluorouracil</i>	15
FANAPT	59	<i>fluoxetine dr</i>	49
FANAPT TITRATION PACK A	59	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	49
FANAPT TITRATION PACK B	59	<i>fluphenazine decanoate</i>	58
FANAPT TITRATION PACK C	59	<i>fluphenazine hcl</i>	58
FARXIGA	10	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	58
FASENRA	34	<i>flurbiprofen</i>	40
FASENRA PEN	34	<i>flurbiprofen sodium</i>	32
FEIRZA 1.5/30	21	<i>fluticasone propionate</i>	16
FEIRZA 1/20	21	<i>fluticasone propionate</i>	36
<i>felbamate</i>	47	<i>fluticasone propionate diskus</i>	36
<i>felodipine er</i>	5	<i>fluticasone propionate hfa</i>	36
<i>fenofibrate</i>	9	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	34
<i>fenofibrate micronized</i>	9	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	34
<i>fenofibric acid dr</i>	9	<i>fluvastatin</i>	9

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>fluvastatin sodium er</i>	9	GLUCAGEN HYPOKIT	70
<i>fluvoxamine maleate</i>	49	GLUCAGON EMERGENCY KIT	70
<i>fondaparinux sodium</i>	68	GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	70
<i>formoterol fumarate</i>	37	LOW BLOOD SUGAR	
<i>fosamprenavir calcium</i>	60	<i>glucose (dextrose) 50%</i>	65
<i>fosfomycin tromethamine</i>	41	<i>glucose (dextrose) 70%</i>	65
<i>fosinopril sodium</i>	10	<i>glyburide</i>	69
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	7	<i>glyburide micronized</i>	69
FOTIVDA	54	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	69
FRUZAQLA	54	<i>glycopyrrolate</i>	18
<i>furosemide</i>	10	<i>glydo</i>	40
FUZEON	61	GLYXAMBI	69
<i>fyavolv</i>	21	GOMEKLI	54
FYCOMPA	47	<i>granisetron hydrochloride</i>	50
<i>gabapentin</i>	45	<i>griseofulvin microsize</i>	51
<i>galantamine hydrobromide</i>	3	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	51
<i>galantamine hydrobromide er</i>	3	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	13
<i>galbriela</i>	21	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	70
<i>gallifrey</i>	22	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	70
GAMMAGARD LIQUID	27	GVOKE KIT	70
GAMMAPLEX	27	GVOKE PFS	70
GARDASIL 9	29	HAEGARDA	26
<i>gatifloxacin</i>	32	<i>hailey fe 1/20</i>	21
<i>gavilyte-c</i>	18	<i>halobetasol propionate</i>	16
<i>gavilyte-g</i>	18	<i>haloette</i>	21
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	18	<i>haloperidol</i>	58
GAVRETO	54	<i>haloperidol decanoate</i>	58
<i>gefitinib</i>	54	<i>haloperidol lactate</i>	58
<i>gemfibrozil</i>	9	HAVRIX	29
GEMTESA	19	<i>heather</i>	23
<i>generlac</i>	17	<i>heparin sodium</i>	68
GENGRAF	28	<i>heparin sodium/d5w</i>	68
GENOTROPIN	20	HEPLISAV-B	29
GENOTROPIN MINIQUICK	20	HERNEXEOS	54
<i>gentamicin sulfate</i>	32	HIBERIX	29
<i>gentamicin sulfate</i>	41	HIZENTRA	27
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	41	HUMALOG	70
GENVOYA	62	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	70
GILOTRIF	54	HUMALOG KWIKPEN	70
<i>glatiramer acetate</i>	12	HUMALOG MIX 50/50	70
GLEOSTINE	51	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	70
<i>glimepiride</i>	69	HUMALOG MIX 75/25	70
<i>glipizide</i>	69	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	70
<i>glipizide er</i>	69	HUMIRA	28
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	69		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	28	<i>imipenem/cilastatin</i>	44
HUMIRA PEN	28	<i>imipramine hcl</i>	48
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	28	<i>imipramine hydrochloride</i>	48
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	28	<i>imiquimod</i>	15
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	28	IMKELDI	55
HUMULIN 70/30	70	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	29
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	70	IMPAVIDO	41
HUMULIN N	71	IMVEXXY MAINTENANCE PACK	21
HUMULIN N KWIKPEN	71	IMVEXXY STARTER PACK	21
HUMULIN R	71	INCRELEX	20
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	71	INCRUSE ELLIPTA	36
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	71	<i>indapamide</i>	10
<i>hydralazine hydrochloride</i>	10	<i>indomethacin</i>	40
<i>hydrochlorothiazide</i>	10	INFANRIX	29
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	39	INLURIYO	52
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	39	INLYTA	55
<i>hydrocortisone</i>	11	INQOVI	55
<i>hydrocortisone</i>	16	INREBIC	52
<i>hydrocortisone</i>	23	<i>insulin aspart</i>	71
<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	23	<i>insulin aspart flexpen</i>	71
HYDROCORTISONE VALERATE	16	<i>insulin aspart penfill</i>	71
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	38	<i>insulin aspart protamine/insulin aspart</i>	71
<i>hydromorphone hcl</i>	39	INSULIN LISPRO	71
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	58	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	71
<i>hydroxyurea</i>	52	INSULIN LISPRO KWIKPEN	71
<i>hydroxyzine hcl</i>	36	INSULIN LISPRO	71
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	36	PROTAMINE/INSULIN LISPRO	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	36	KWIKPEN	
HYRNUO	54	INTELENCE	62
IBRANCE	52	INTRALIPID	37
IBRANCE	54	<i>introvale</i>	21
IBTROZI	55	INVEGA HAFYERA	59
<i>ibu</i>	40	INVEGA SUSTENNA	59
<i>ibuprofen</i>	40	INVEGA TRINZA	59
<i>icatibant acetate</i>	26	IPOL INACTIVATED IPV	29
<i>iclevia</i>	21	<i>ipratropium bromide</i>	36
ICLUSIG	55	<i>ipratropium bromide hfa</i>	36
<i>icosapent ethyl</i>	9	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	34
IDHIFA	55	<i>irbesartan</i>	8
IDVYNZO	62	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	7
ILEVRO	32	ISENTRESS	62
<i>imatinib mesylate</i>	55	ISENTRESS HD	62
IMBRUVICA	55	<i>isoniazid</i>	50
		<i>isosorbide dinitrate</i>	10
		<i>isosorbide mononitrate</i>	10

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>isosorbide mononitrate er</i>	10	KERENDIA	8
<i>isotonic gentamicin</i>	41	KESIMPTA	12
<i>isotretinoin</i>	15	<i>ketoconazole</i>	51
ITOVEBI	52	<i>ketorolac tromethamine</i>	32
<i>itraconazole</i>	51	KINERET	25
<i>ivabradine hydrochloride</i>	7	KINRIX	29
<i>ivermectin</i>	57	KISQALI	55
IWILFIN	52	KISQALI FEMARA 200 DOSE	52
IXCHIQ	29	KISQALI FEMARA 400 DOSE	53
IXIARO	29	KISQALI FEMARA 600 DOSE	53
<i>jaimiess</i>	21	<i>klayesta</i>	51
JAKAFI	55	<i>klor-con</i>	66
JAKAFI XR	55	<i>klor-con 10</i>	66
<i>jantoven</i>	68	<i>klor-con 8</i>	66
JANUMET	69	<i>klor-con m10</i>	66
JANUMET XR	69	<i>klor-con m15</i>	66
JANUVIA	69	<i>klor-con m20</i>	66
JARDIANCE	10	<i>klor-con/ef</i>	66
JAYPIRCA	55	KLOXXADO	33
JENTADUETO	69	KOSELUGO	55
JENTADUETO XR	69	<i>kourzeq</i>	14
<i>jinteli</i>	21	<i>k-prime</i>	66
JOURNAVX	39	KRAZATI	55
JUBBONTI	11	KYPROLIS	53
JULUCA	62	<i>labetalol hydrochloride</i>	5
<i>junel 1.5/30</i>	21	<i>lacosamide</i>	46
<i>junel 1/20</i>	21	<i>lactated ringers</i>	66
<i>junel fe 1.5/30</i>	21	<i>lactulose</i>	17
<i>junel fe 1/20</i>	21	LAGEVRIO	63
<i>junel fe 24</i>	21	<i>lamivudine</i>	63
JYLAMVO	28	<i>lamivudine</i>	63
JYNARQUE	64	<i>lamivudine/zidovudine</i>	63
JYNNEOS	29	<i>lamotrigine</i>	47
KALETRA	60	<i>lamotrigine er</i>	47
KALYDECO	35	<i>lamotrigine odt</i>	47
<i>kariva</i>	21	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	47
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	66	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	47
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	66	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	47
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.225%</i>	66	<i>lanreotide acetate</i>	24
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%</i>	66	<i>lansoprazole</i>	19
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	66	LANTUS	71
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	66	LANTUS SOLOSTAR	71
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	66	<i>lapatinib ditosylate</i>	55
<i>kelnor 1/35</i>	21	<i>larin 1.5/30</i>	21
<i>kenalog-10</i>	23	<i>larin 1/20</i>	21

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>larin fe 1.5/30</i>	21	<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	14
<i>larin fe 1/20</i>	21	<i>lidocaine viscous</i>	14
<i>latanoprost</i>	32	<i>lidocaine/prilocaine</i>	40
LAZCLUZE	53	LILETTA	23
<i>leflunomide</i>	28	<i>linezolid</i>	41
<i>lenalidomide</i>	51	LINZESS	17
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	55	<i>liomny</i>	24
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	55	<i>liothyronine sodium</i>	24
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	55	<i>lisinopril</i>	10
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	55	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	7
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	55	<i>lithium</i>	33
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	55	<i>lithium carbonate</i>	33
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	55	<i>lithium carbonate er</i>	33
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	55	LIVTENCITY	61
<i>lessina</i>	21	<i>lojaimiess</i>	21
<i>letrozole</i>	53	LOKELMA	63
<i>leucovorin calcium</i>	53	<i>lomustine</i>	51
LEUKERAN	51	LONSURF	53
<i>leuprolide acetate</i>	24	<i>loperamide hydrochloride</i>	17
<i>levalbuterol</i>	37	<i>lopinavir/ritonavir</i>	60
<i>levalbuterol hcl</i>	37	<i>lorazepam</i>	41
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	37	<i>lorazepam intensol</i>	41
<i>levetiracetam</i>	47	LORBRENA	55
<i>levetiracetam er</i>	47	<i>losartan potassium</i>	8
<i>levobunolol hcl</i>	30	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	7
<i>levocarnitine</i>	37	LOTEMAX	32
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	36	<i>loteprednol etabonate</i>	32
<i>levofloxacin</i>	32	<i>lovastatin</i>	9
<i>levofloxacin</i>	44	<i>loxapine</i>	58
<i>levofloxacin in d5w</i>	44	<i>lubiprostone</i>	17
<i>levonest</i>	21	<i>luizza 1.5/30</i>	21
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	21	<i>luizza 1/20</i>	21
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	21	LUMAKRAS	55
<i>levora 0.15/30-28</i>	21	LUMIGAN	33
<i>levo-t</i>	24	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	25
<i>levothyroxine sodium</i>	24	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	25
<i>levoxyl</i>	24	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	25
LEXIVA	60	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	25
<i>l-glutamine</i>	72	<i>lurasidone hydrochloride</i>	59
LIBERVANT	45	LYBALVI	59
<i>lidocaine</i>	40	LYNPARZA	55
<i>lidocaine hcl</i>	40	LYSODREN	53
<i>lidocaine hcl jelly</i>	40	LYTGOBI	55
<i>lidocaine hydrochloride</i>	40	<i>magnesium sulfate</i>	66
<i>lidocaine hydrochloride jelly</i>	40	<i>malathion</i>	17

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>maraviroc</i>	61	<i>methylphenidate hydrochloride er (osm)</i>	13
<i>marlissa</i>	22	<i>methylprednisolone</i>	23
MARPLAN	48	<i>methylprednisolone acetate</i>	23
MATULANE	51	<i>methylprednisolone dose pack</i>	23
<i>matzim la</i>	6	<i>metoclopramide hcl</i>	18
MAVYRET	61	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	18
<i>meclizine hcl</i>	50	<i>metoclopramide hydrochloride +rfd</i>	18
<i>meclizine hydrochloride</i>	50	<i>metolazone</i>	10
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	23	<i>metoprolol succinate er</i>	5
<i>mefloquine hydrochloride</i>	58	<i>metoprolol tartrate</i>	5
<i>megestrol acetate</i>	23	<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	7
MEKINIST	55	<i>metronidazole</i>	15
MEKTOVI	56	<i>metronidazole</i>	42
<i>meleya</i>	23	<i>metronidazole vaginal</i>	41
<i>meloxicam</i>	40	<i>metyrosine</i>	7
<i>memantine hcl titration pak</i>	3	<i>mexiletine hydrochloride</i>	8
<i>memantine hydrochloride</i>	3	<i>mibelas 24 fe</i>	22
<i>memantine hydrochloride er</i>	3	<i>miconazolin</i>	51
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	3	<i>miconazole 3</i>	51
MENACTRA	29	<i>microgestin 1.5/30</i>	22
MENQUADFI	29	<i>microgestin 1/20</i>	22
MENVEO	29	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	22
<i>mercaptapurine</i>	52	<i>microgestin fe 1/20</i>	22
<i>meropenem</i>	44	<i>midodrine hydrochloride</i>	8
<i>mesalamine</i>	11	MIEBO	31
<i>mesalamine dr</i>	11	<i>mifepristone</i>	25
<i>mesalamine er</i>	11	<i>miglitol</i>	69
<i>mesna</i>	53	<i>milnacipran hydrochloride</i>	12
<i>metformin hydrochloride</i>	69	<i>milnacipran hydrochloride titration pack</i>	12
<i>metformin hydrochloride er</i>	69	<i>minocycline hcl</i>	45
<i>methadone hcl</i>	38	<i>minocycline hydrochloride</i>	45
<i>methadone hydrochloride</i>	38	<i>minoxidil</i>	10
<i>methazolamide</i>	31	<i>minzoya</i>	22
<i>methenamine hippurate</i>	41	<i>mirtazapine</i>	48
<i>methenamine mandelate</i>	41	<i>mirtazapine odt</i>	48
<i>methimazole</i>	24	<i>misoprostol</i>	19
<i>methocarbamol</i>	71	M-M-R II	29
<i>methotrexate</i>	28	<i>modafinil</i>	14
<i>methotrexate sodium</i>	28	MODEYSO	53
<i>methsuximide</i>	45	<i>moexipril hydrochloride</i>	10
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	13	<i>molindone hydrochloride</i>	58
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	13	<i>mometasone furoate</i>	16
<i>methylphenidate hydrochloride er (cd)</i>	13	<i>mometasone furoate</i>	36
<i>methylphenidate hydrochloride er (dif)</i>	13	<i>montelukast sodium</i>	36
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	13	<i>morphine sulfate</i>	39

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>morphine sulfate er</i>	39	NEULASTA	68
MOUNJARO	69	NEULASTA ONPRO KIT	68
MOVANTIK	17	<i>nevirapine</i>	62
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	44	<i>nevirapine er</i>	62
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	32	NEXLETOL	9
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	44	NEXLIZET	9
MOZOBIL	68	NEXPLANON	23
MRESVIA	29	<i>niacin er</i>	9
MULTAQ	8	NICOTROL INHALER	33
<i>mupirocin</i>	17	NICOTROL NS	33
<i>mycophenolate mofetil</i>	28	<i>nifedipine er</i>	5
<i>mycophenolic acid dr</i>	28	<i>nikki</i>	22
MYRBETRIQ	19	<i>nilotinib d-tartrate</i>	56
<i>nabumetone</i>	40	<i>nilotinib hydrochloride</i>	56
<i>nadolol</i>	5	<i>nilutamide</i>	52
<i>nafcillin sodium</i>	43	<i>nimodipine</i>	5
<i>naftifine hydrochloride</i>	51	NINLARO	56
<i>naloxone hcl</i>	33	<i>nintedanib esylate</i>	34
<i>naloxone hydrochloride</i>	33	<i>nitazoxanide</i>	58
<i>naltrexone hydrochloride</i>	33	<i>nitisinone</i>	72
NAMZARIC	3	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	42
<i>naproxen</i>	40	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	42
<i>naproxen dr</i>	40	<i>nitroglycerin</i>	10
<i>naproxen sodium</i>	40	<i>nitroglycerin</i>	18
<i>naratriptan hcl</i>	3	<i>nitroglycerin transdermal</i>	10
NATACYN	32	NIVA THYROID	24
<i>nateglinide</i>	69	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	22
NAYZILAM	47	<i>norethindrone acetate</i>	23
<i>nebivolol hydrochloride</i>	5	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	22
<i>necon 0.5/35-28</i>	22	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	22
<i>nefazodone hydrochloride</i>	49	<i>nortrel 1/35</i>	22
<i>neomycin sulfate</i>	41	<i>nortrel 7/7/7</i>	22
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	31	<i>nortriptyline hcl</i>	48
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc</i>	31	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	48
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	31	NORVIR	60
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	31	NOVOLIN 70/30	71
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	31	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	71
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	38	NOVOLIN N	71
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	31	NOVOLIN N FLEXPEN	71
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	38	NOVOLIN R	71
<i>neo-polycin</i>	31	NOVOLIN R FLEXPEN	71
<i>neo-polycin hc</i>	31	NOVOLOG	71
NERLYNX	56	NOVOLOG FLEXPEN	71
		NOVOLOG MIX 70/30	71

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	71	OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	38
FLEXPEN		OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO	38
NOVOLOG PENFILL	71	GEN 5	
<i>np thyroid 120</i>	24	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	38
<i>np thyroid 15</i>	24	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	38
<i>np thyroid 30</i>	24	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	38
<i>np thyroid 60</i>	24	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	38
<i>np thyroid 90</i>	24	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	38
NUBEQA	52	OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	38
NUEDEXTA	14	OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	38
NULOJIX	28	OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	38
NUPLAZID	59	OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	38
NURTEC	4	OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	38
NUTRILIPID	38	OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	38
NUVESSA	42	OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	38
<i>nyamyc</i>	51	<i>ondansetron hcl</i>	50
<i>nystatin</i>	51	<i>ondansetron hydrochloride</i>	50
<i>nystatin/triamcinolone</i>	15	<i>ondansetron odt</i>	50
<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	15	ONUREG	53
<i>nystop</i>	51	OPDIVO	52
OCTAGAM	27	OPIPZA	59
<i>octreotide acetate</i>	25	<i>opium</i>	18
ODEFSEY	63	<i>opium tincture</i>	18
ODOMZO	56	OPSUMIT	35
OFEV	34	OPVEE	33
<i>ofloxacin</i>	32	<i>oralone dental paste</i>	14
<i>ofloxacin</i>	38	ORENCIA	25
OGSIVEO	53	ORENCIA CLICKJECT	25
OJEMDA	53	ORENITRAM	35
OJJAARA	56	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	35
<i>olanzapine</i>	59	1	
<i>olanzapine odt</i>	59	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	35
<i>olmesartan medoxomil</i>	8	2	
<i>olmesartan</i>	7	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	35
<i>medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>		3	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	7	ORGOVYX	25
<i>olopatadine hydrochloride</i>	30	ORKAMBI	35
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	9	<i>orquidea</i>	23
<i>omeprazole</i>	19	ORSERDU	52
<i>omeprazole dr</i>	19	<i>oseltamivir phosphate</i>	61
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT	38	OSPHENA	20
(GEN 5)		OTEZLA	15
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS	38	OTEZLA	25
(GEN 5)		<i>oxacillin sodium</i>	43
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	38	<i>oxaprozin</i>	40

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>oxcarbazepine</i>	46	PIFELTRO	63
<i>oxybutynin chloride</i>	19	<i>pilocarpine hcl</i>	31
<i>oxybutynin chloride er</i>	19	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	14
<i>oxycodone hydrochloride</i>	39	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	31
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	39	<i>pimecrolimus</i>	17
OZEMPIC	69	<i>pimozide</i>	58
<i>paclitaxel</i>	53	<i>pindolol</i>	5
<i>paliperidone er</i>	60	<i>pioglitazone hcl</i>	69
PANRETIN	57	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	69
<i>pantoprazole sodium</i>	19	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	69
<i>paricalcitol</i>	11	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	69
<i>paroxetine hcl</i>	49	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	43
<i>paroxetine hydrochloride</i>	49	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	56
PAXLOVID	63	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	56
<i>pazopanib hydrochloride</i>	56	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	56
PEDIARIX	29	<i>pirfenidone</i>	34
PEDVAX HIB	29	<i>piroxicam</i>	40
<i>peg-3350/electrolytes</i>	18	<i>pitavastatin calcium</i>	9
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	18	PLEGRIDY	12
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	18	PLEGRIDY STARTER PACK	12
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na</i>	18	PLENAMINE	66
<i>ascorbate/ascorbic</i>		<i>plerixafor</i>	68
PEGASYS	26	<i>podofilox</i>	15
PEGASYS	29	<i>polycin</i>	31
PEMAZYRE	56	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	31
PENBRAYA	29	<i>pomalidomide</i>	51
<i>penicillamine</i>	64	POMALYST	51
<i>penicillin g potassium</i>	43	<i>portia-28</i>	22
PENICILLIN G SODIUM	43	<i>posaconazole</i>	51
<i>penicillin v potassium</i>	43	<i>posaconazole dr</i>	51
PENMENVY	30	<i>potassium chloride</i>	66
PENTACEL	30	<i>potassium chloride er</i>	66
<i>pentamidine isethionate</i>	58	<i>potassium chloride/dextrose/sodium</i>	66
<i>pentoxifylline er</i>	7	<i>chloride</i>	
<i>perampanel</i>	47	<i>potassium citrate er</i>	66
<i>perindopril erbumine</i>	10	PRALUENT	9
<i>periogard</i>	14	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	4
<i>permethrin</i>	17	<i>prasugrel hydrochloride</i>	67
<i>perphenazine</i>	58	<i>pravastatin sodium</i>	9
PERSERIS	60	<i>praziquantel</i>	57
<i>phenelzine sulfate</i>	48	<i>prazosin hydrochloride</i>	5
<i>phenobarbital</i>	45	<i>prednisolone</i>	23
<i>phenytek</i>	46	<i>prednisolone acetate</i>	32
<i>phenytoin</i>	46	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	23
<i>phenytoin sodium extended</i>	46	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	32

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>prednisone</i>	23	<i>pyridostigmine bromide</i>	4
<i>pregabalin</i>	45	<i>pyridostigmine bromide er</i>	4
PREHEVBRIO	30	<i>pyrimethamine</i>	58
PREMARIN	22	QINLOCK	56
PREMASOL	66	QUADRACEL	30
<i>premium lidocaine</i>	40	<i>quetiapine fumarate</i>	60
PREMPHASE	22	<i>quinapril hydrochloride</i>	10
<i>prenatal</i>	67	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	7
<i>prevalite</i>	9	<i>quinidine sulfate</i>	8
PREVYMIS	61	<i>quinine sulfate</i>	58
PREZCOBIX	60	QULIPTA	4
PREZISTA	60	QVAR REDIHALER	36
PRIFTIN	50	RABAVERT	30
<i>primaquine phosphate</i>	58	<i>rabeprazole sodium</i>	19
<i>primidone</i>	45	RADICAVA ORS	14
PRIORIX	30	RADICAVA ORS STARTER KIT	14
PRIVIGEN	27	RALDESY	49
PROAIR RESPICLICK	37	<i>raloxifene hydrochloride</i>	20
<i>probenecid</i>	11	<i>ramelteon</i>	14
<i>probenecid/colchicine</i>	10	<i>ramipril</i>	10
<i>prochlorperazine</i>	50	<i>ranolazine er</i>	7
<i>prochlorperazine edisylate</i>	50	<i>rasagiline mesylate</i>	4
<i>prochlorperazine maleate</i>	50	RAYALDEE	11
PROCRIT	68	REBIF	12
<i>procto-med hc</i>	11	REBIF REBIDOSE	12
<i>proctosol hc</i>	11	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	12
<i>proctozone-hc</i>	11	REBIF TITRATION PACK	12
<i>progesterone</i>	23	RECOMBIVAX HB	30
PROGRAF	29	RELENZA DISKHALER	61
PROLASTIN-C	72	<i>repaglinide</i>	69
<i>promethazine hcl</i>	50	REPATHA	9
<i>promethazine hydrochloride</i>	50	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	9
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	50	REPATHA SURECLICK	9
<i>propafenone hcl</i>	8	RESTASIS	32
<i>propafenone hydrochloride</i>	8	RESTASIS MULTIDOSE	31
<i>propafenone hydrochloride er</i>	8	RETACRIT	68
<i>propranolol hcl</i>	5	RETEVMO	56
<i>propranolol hydrochloride</i>	5	REVCOVI	72
<i>propranolol hydrochloride er</i>	5	REVUFORJ	53
<i>propylthiouracil</i>	24	REXULTI	60
PROQUAD	30	REYATAZ	60
PROSOL	67	REZDIFFRA	24
<i>protriptyline hcl</i>	48	REZLIDHIA	56
PULMOZYME	35	REZUROCK	29
<i>pyrazinamide</i>	50	RHOPRESSA	31

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>ribavirin</i>	61	SECUADO	60
<i>rifabutin</i>	50	<i>selegiline hcl</i>	4
<i>rifampin</i>	50	<i>selenium sulfide</i>	17
<i>rilpivirine hydrochloride</i>	63	SELZENTRY	61
<i>riluzole</i>	14	SEREVENT DISKUS	37
<i>rimantadine hydrochloride</i>	61	<i>sertraline hcl</i>	49
RINVOQ	25	<i>sertraline hydrochloride</i>	49
RINVOQ LQ	25	<i>sevelamer carbonate</i>	64
<i>risedronate sodium</i>	11	<i>sf 5000 plus</i>	14
<i>risedronate sodium dr</i>	11	<i>sharobel</i>	23
<i>risperidone</i>	60	SHINGRIX	30
<i>risperidone er</i>	60	SIGNIFOR	25
<i>risperidone odt</i>	60	<i>sildenafil citrate</i>	35
<i>ritonavir</i>	60	<i>silver sulfadiazine</i>	15
<i>rivaroxaban</i>	68	SIMBRINZA	32
<i>rivastigmine tartrate</i>	3	<i>simvastatin</i>	9
<i>rivastigmine transdermal system</i>	3	<i>sirolimus</i>	29
<i>rizatriptan benzoate</i>	3	SIRTURO	50
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	3	SKYRIZI	26
ROCKLATAN	32	SKYRIZI PEN	26
<i>roflumilast</i>	37	<i>sodium chloride</i>	67
ROMVIMZA	56	<i>sodium chloride 0.45%</i>	67
<i>ropinirole er</i>	4	<i>sodium chloride 0.9%</i>	38
<i>ropinirole hcl</i>	4	<i>sodium fluoride</i>	14
<i>ropinirole hydrochloride</i>	4	<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	14
<i>rosuvastatin calcium</i>	9	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	14
<i>rosyrah</i>	22	SODIUM OXYBATE	14
ROTARIX	30	<i>sodium phenylbutyrate</i>	72
ROTATEQ	30	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	63
<i>roweepira</i>	47	<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	18
ROZLYTREK	56	<i>solifenacin succinate</i>	19
RUBRACA	56	SOLTAMOX	52
<i>rufinamide</i>	46	SOMATULINE DEPOT	25
RUKOBIA	61	SOMAVERT	25
RYBELSUS	69	<i>sorafenib</i>	56
RYDAPT	56	<i>sorafenib tosylate</i>	56
<i>sacubitril/valsartan</i>	7	<i>sotalol hcl</i>	8
<i>salsalate</i>	40	<i>sotalol hydrochloride</i>	8
SANTYL	15	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	8
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	72	SPIRIVA RESPIMAT	36
SAVELLA	12	<i>spironolactone</i>	8
SAVELLA TITRATION PACK	12	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	7
<i>saxagliptin hydrochloride</i>	69	SPRITAM	47
SCSEMBLIX	56	<i>sps</i>	64
<i>scopolamine</i>	50		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>ssd</i>	15	TAGRISSE	57
STAMARIL	30	TALZENNA	57
STELARA	26	<i>tamoxifen citrate</i>	52
STEQEYMA	26	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	19
<i>sterile water for irrigation</i>	38	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	22
STIOLTO RESPIMAT	34	<i>tasimelton</i>	14
STIVARGA	56	TAVNEOS	26
<i>streptomycin sulfate</i>	41	<i>tazarotene</i>	15
STRIBILD	62	<i>tazicef</i>	43
STRIVERDI RESPIMAT	37	<i>taztia xt</i>	6
SUBVENITE	47	TAZVERIK	57
<i>subvenite starter kit/blue</i>	47	<i>tdvax</i>	30
<i>subvenite starter kit/green</i>	47	TEFLARO	43
<i>subvenite starter kit/orange</i>	47	<i>telmisartan</i>	8
<i>sucralfate</i>	19	<i>telmisartan/amlodipine</i>	7
<i>sulfacetamide sodium</i>	32	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	7
<i>sulfacetamide sodium</i>	44	<i>temazepam</i>	14
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	32	TENIVAC	30
<i>phosphate</i>		<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	63
<i>sulfadiazine</i>	44	TEPMETKO	57
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	44	<i>terazosin hcl</i>	19
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	44	<i>terazosin hydrochloride</i>	19
SULFAMYLON	17	<i>terbinafine hcl</i>	51
<i>sulfasalazine</i>	11	<i>terconazole</i>	51
<i>sulindac</i>	40	<i>teriflunomide</i>	12
<i>sumatriptan</i>	3	<i>teriparatide</i>	11
<i>sumatriptan succinate</i>	3	<i>testosterone</i>	20
<i>sumatriptan succinate refill</i>	3	<i>testosterone cypionate</i>	20
<i>sunitinib malate</i>	56	<i>testosterone enanthate</i>	20
SUNLENCA	61	<i>testosterone pump</i>	20
SYMLINPEN 120	69	TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-	30
SYMLINPEN 60	69	ADSORBED ADULT	
SYMPAZAN	45	<i>tetrabenazine</i>	14
SYMTUZA	60	<i>tetracycline hydrochloride</i>	45
SYNAREL	25	THALOMID	51
SYNJARDY	70	<i>theophylline</i>	37
SYNJARDY XR	70	<i>theophylline er</i>	37
SYNTHROID	24	<i>thioridazine hydrochloride</i>	58
TABLOID	52	<i>thiothixene</i>	58
TABRECTA	56	THYROID	24
<i>tacrolimus</i>	17	<i>tiadylt er</i>	6
<i>tacrolimus</i>	29	<i>tiagabine hydrochloride</i>	45
<i>tadalafil</i>	19	TIBSOVO	57
<i>tadalafil</i>	35	<i>ticagrelor</i>	67
TAFINLAR	56	TICOVAC	30

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>tigecycline</i>	42	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	8
<i>timolol hemihydrate</i>	30	<i>trientine hydrochloride</i>	64
<i>timolol maleate</i>	4	<i>trifluoperazine hcl</i>	58
<i>timolol maleate</i>	30	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	58
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	30	<i>trifluridine</i>	32
<i>tinidazole</i>	42	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	4
<i>tiopronin dr</i>	19	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	4
TIVICAY	62	TRIKAFTA	35
TIVICAY PD	62	<i>trimethoprim</i>	42
<i>tizanidine hcl</i>	3	<i>trimipramine maleate</i>	48
<i>tizanidine hydrochloride</i>	3	TRINTELLIX	49
TOBI PODHALER	35	<i>tri-sprintec</i>	22
TOBRADEX ST	32	TRIUMEQ	63
<i>tobramycin</i>	32	TRIUMEQ PD	63
<i>tobramycin sulfate</i>	41	<i>trivora-28</i>	22
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	32	TROPHAMINE	67
<i>tolterodine tartrate</i>	19	<i>trospium chloride</i>	19
<i>tolterodine tartrate er</i>	19	TRULICITY	70
<i>tolvaptan</i>	64	TRUMENBA	30
<i>topiramate</i>	47	TRUQAP	57
<i>toremifene citrate</i>	52	TUKYSA	57
<i>torse mide</i>	10	TURALIO	57
TOUJEO MAX SOLOSTAR	71	<i>turqoz</i>	22
TOUJEO SOLOSTAR	71	TWINRIX	30
TRADJENTA	70	TYBOST	61
<i>tramadol hydrochloride</i>	39	<i>tydemy</i>	22
<i>tramadol hydrochloride er</i>	39	TYENNE	26
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	39	TYPHIM VI	30
<i>trandolapril</i>	10	TYRVAYA	33
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	8	UBRELVY	4
<i>tranexamic acid</i>	67	UDENYCA	68
<i>tranlycypromine sulfate</i>	48	UDENYCA ONBODY	68
TRAVASOL	67	<i>unithroid</i>	24
<i>travoprost</i>	33	<i>ursodiol</i>	18
<i>trazodone hydrochloride</i>	49	<i>ustekinumab</i>	26
TRECTOR	50	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	62
TRELEGY ELLIPTA	34	VALCHLOR	51
TRESIBA	71	<i>valganciclovir</i>	61
TRESIBA FLEXTOUCH	71	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	61
<i>tretinoin</i>	15	<i>valproic acid</i>	47
<i>tretinoin</i>	57	<i>valsartan</i>	8
<i>triamcinolone acetonide</i>	17	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	8
<i>triamcinolone acetonide</i>	23	VALTOCO 10 MG DOSE	45
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	14	VALTOCO 15 MG DOSE	45
<i>triamterene</i>	9	VALTOCO 20 MG DOSE	46

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
VALTOCO 5 MG DOSE	46	VORANIGO	53
<i>valtya 1/35</i>	22	<i>voriconazole</i>	51
<i>valtya 1/50</i>	22	VOSEVI	61
<i>vancomycin</i>	42	VOWST	18
<i>vancomycin hcl</i>	42	VRAYLAR	60
<i>vancomycin hydrochloride</i>	42	VUMERITY	12
VANFLYTA	57	<i>vyfemla</i>	22
VAQTA	30	VYNDAMAX	8
<i>varenicline starting month</i>	33	VYZULTA	33
<i>varenicline tartrate</i>	33	<i>warfarin sodium</i>	68
VARIVAX	30	WELIREG	72
VAXCHORA	30	WINREVAIR	35
<i>velivet</i>	22	<i>wixela inhub</i>	34
VELPHORO	64	WYOST	11
VEMLIDY	63	XALKORI	57
VENCLEXTA	57	XARAH FE	22
VENCLEXTA STARTING PACK	57	XARELTO	68
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	49	XARELTO STARTER PACK	68
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	49	XATMEP	29
VENTAVIS	35	XCOPRI	46
VEOZAH	14	XDEMVY	32
<i>verapamil hcl er</i>	6	XELJANZ	26
<i>verapamil hcl sr</i>	6	XELJANZ XR	26
<i>verapamil hydrochloride</i>	6	<i>xelria fe</i>	22
<i>verapamil hydrochloride er</i>	6	XERMELO	17
<i>verapamil hydrochloride sr</i>	6	XIFAXAN	18
VERQUVO	10	XIGDUO XR	70
VERSACLOZ	58	XIIDRA	32
VERZENIO	57	XOFLUZA	61
<i>vigabatrin</i>	46	XOLAIR	26
VIGAFYDE	46	XOSPATA	57
<i>vigpoder</i>	46	XPOVIO	57
<i>vilazodone hydrochloride</i>	49	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	57
VIMKUNYA	30	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	57
<i>viorele</i>	22	XTANDI	52
VIRACEPT	61	<i>xulane</i>	22
VIREAD	63	YERVOY	52
VITRAKVI	57	YESINTEK	26
VIVITROL	33	YF-VAX	30
VIVOTIF	30	YONSA	52
VIZIMPRO	57	<i>yuvafem</i>	22
VONJO	53	<i>zafemy</i>	22
VOQUEZNA	18	<i>zafirlukast</i>	36
VOQUEZNA DUAL PAK	42	<i>zaleplon</i>	14
VOQUEZNA TRIPLE PAK	42	ZARXIO	68

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página
ZEJULA	57
ZELBORAF	57
<i>zelvysia</i>	72
ZENATANE	15
ZENPEP	72
ZEPOSIA	12
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	12
<i>zidovudine</i>	63
<i>ziprasidone hcl</i>	60
<i>ziprasidone mesylate</i>	60
ZIRGAN	32
<i>zoledronic acid</i>	11
ZOLINZA	53
<i>zolpidem tartrate</i>	14
ZONISADE	46
<i>zonisamide</i>	46
ZOSYN	43
<i>zovia 1/35</i>	22
ZTALMY	46
ZURZUVAE	48
ZYDELIG	57
ZYKADIA	57
ZYPREXA RELPREVV	60

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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



Este formulario se actualizó el 06/01/2026.

Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options al **1-855-670-5934** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana (de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre), o visite www.thpmp.org/sco-member.



1 Wellness Way
Canton, MA 02021