



a **Point32Health** company

Tufts Health Plan Senior Care Options (HMO-SNP)

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

Lista de Medicamentos Cubiertos (lista de medicamentos o formulario) 2025

Tufts Health Plan Senior Care Options

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

25503 Versión 6

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024.

Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts 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**.

H8330_2025_6_C_SPA

Tufts Health Plan Senior Care Options (HMO-SNP) Tufts Health Plan Senior Care Options CW (HMO-SNP) *Lista de Medicamentos Cubiertos (lista de medicamentos o formulario) 2025*

Introducción

Este documento se llama *Lista de Medicamentos Cubiertos* (que también se conoce como Lista de Medicamentos). Indica qué medicamentos recetados 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 de la *Evidencia de Cobertura*.

Contenidos

A. Avisos legales.....	iv
B. Preguntas frecuentes (FAQ por sus siglas en inglés).....	viii
B1. ¿Qué medicamentos recetados figuran en la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> ? (Abreviaamos la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> como la “Lista de Medicamentos”).....	viii
B2. ¿Cambia alguna vez la Lista de Medicamentos?	ix
B3. ¿Qué sucede si hay un cambio en la Lista de Medicamentos?.....	x
B4. ¿Hay restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o se deben tomar medidas para obtener determinados medicamentos?	xi
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si hay medidas que debo tomar para recibirlo?	xii
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)?	xii
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la lista?.....	xii
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la lista?.....	xii
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? ..	xiii
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?	xiv
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?.....	xiv
B12. ¿Cuánto se tarda en conseguir una excepción?.....	xiv
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	xiv
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	xiv
B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?.....	xv
B16. ¿Tufts Health Plan Senior Care Options cubre los productos OTC que no son medicamentos?.....	xv
B17. ¿Tufts Health Plan Senior Care Options cubre suministros prolongados de medicamentos de venta con receta?	xv
B18. ¿La farmacia de mi localidad puede enviar a mi casa los productos de mi receta?	xvi
B19. ¿Cuál es mi copago?.....	xvi
C. Descripción general de la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i>	xvii
C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento	xvii
C2. Cobertura adicional.....	xix
D. Índice de Medicamentos Cubiertos.....	59

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



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 HMO-SNP está disponible para cualquier persona que tengan tanto MassHealth Standard (Medicaid) como Medicare Part A y Part B. El SCO está disponible para cualquier persona que tenga MassHealth Standard únicamente. Usted no es elegible para inscribirse en Tufts Health Plan Senior Care Options si está inscrito en cualquier otro plan de seguro médico, con la excepción de Medicare. Puede haber otros requisitos y restricciones de elegibilidad.
- Tufts Health Plan Senior Care Options es un programa voluntario de MassHealth (Medicaid) en asociación con la Executive Office of Health and Human Services (EOHHS) 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, origen étnico, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, 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.thpmp.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. Este documento está disponible de forma gratuita en varios idiomas.
- ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al número que aparece en el pie de página de este documento. La llamada es gratis.
- ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-670-5934 (TTY:711).
- Su solicitud de este documento en un formato o idioma accesible se aplicará de manera permanente, a menos que solicite lo contrario.

Servicios de intérprete en varios idiomas

English: We have free interpreter services available for people who require translation services to answer any questions you may have about our health or drug plan. We can also give you information in English, Braille, large print, or other alternate format. Just call us at 1-855-670-5934. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con servicios gratuitos de intérpretes disponibles para personas que requieren servicios de traducción para responder cualquier pregunta que usted pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. También podemos brindarle información en español, braille, letra grande u otro formato alternativo. Simplemente llámenos al 1-855-670-5934. Una persona que habla español le puede ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Simplified: 我们为需要翻译服务的人提供免费口译服务，回答您对我们的健康或药物计划的任何问题。我们还可以以简体中文、盲文、大字体或其他替代格式为您提供信息。请致电 1-855-670-5934 联系我们。会说普通话的人会帮助您。本项服务免费。

Chinese Traditional: 我們為有翻譯服務需求者提供免費口譯服務，以針對我們的健康或藥物計劃，為您回答任何您可能提出的問題。我們也以繁體中文、點字、大字體或其他替代格式為您提供資訊。請撥打電話：1-855-670-5934。會說中文的人可以協助您。此為免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit ng mga taong nangangailangan ng mga serbisyo ng pagsasalin upang masagot ang anumang maaaring tanong mo tungkol sa aming plano sa kalusugan o gamot. Maaari din kaming magbigay sa iyo ng impormasyon na nasa Tagalog, braille, malalaking titik, o iba pang alternatibong format. Tumawag lang sa amin sa 1-855-670-5934. Matutulungan ka ng isang taong nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous mettons des services d'interprétariat gratuits à la disposition de tous ceux qui ont besoin de services de traduction pour répondre aux questions que vous pourriez poser sur notre régime d'assurance-maladie ou médicaments. Nous pouvons vous fournir des informations en français, braille, lettres majuscules, ou tout autre format. Veuillez nous appeler au 1-855-670-5934. Une personne qui parle français pourra vous assister. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí cho người cần phiên dịch để trả lời bất kỳ câu hỏi nào mà quý vị có thể có về chương trình bảo hiểm y tế hay chương trình thuốc của chúng tôi. Chúng tôi cũng có thể cung cấp thông tin cho quý vị bằng Tiếng Việt, chữ nổi braille, bản in chữ lớn, hay định dạng thay thế khác. Quý vị chỉ cần gọi chúng tôi theo số 1-855-670-5934. Một người nói Tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Wir stellen Dolmetscherdienste kostenlos all jenen zur Verfügung, die zwecks Beantwortung ihrer Fragen zu den für sie geltenden Kostenübernahme- und Zahlungsregeln Übersetzungsdienste benötigen. Zudem informieren wir Sie bei Bedarf in Deutsch, Brailleschrift, Großdruck oder anderen Formaten. Rufen Sie uns einfach an: 1-855-670-5934. Hier erhalten Sie Hilfe von jemand, der Deutsch spricht. Dieser Service ist kostenlos.

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

Este formulario se actualizó el 19 de agosto de 2024



Korean: 번역 서비스가 필요하신 분들에게 건강 플랜 또는 약품 플랜에 대한 문의에 답변을 드리기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 또한 한국어, 점자, 큰 활자 또는 기타 대체 형식으로 정보를 제공할 수 있습니다. 1-855-670-5934 번으로 전화해 주십시오. 한국어를 구사하는 사람이 도와드릴 수 있습니다. 통역은 무료 서비스입니다.

Russian: Мы предоставляем бесплатную услугу устного перевода для людей, которым он необходим, чтобы ответить на вопросы о здоровье или плане получения рецептурных препаратов. Мы также можем предоставить вам информацию на русском языке, с использованием шрифта Брайля, крупным шрифтом или в другом альтернативном формате. Просто позвоните по номеру 1-855-670-5934. Вам поможет сотрудник, владеющий русским языком. Это — бесплатная услуга.

Arabic: لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للأشخاص الذين يحتاجون إلى خدمات الترجمة للإجابة عن أي أسئلة قد تكون لديك حول خطتنا الصحية أو الدوائية. يمكننا أيضًا تزويدك بالمعلومات باللغة العربية أو بطريقة برايل أو بحروف كبيرة أو بأي تنسيق بديل آخر. كل ما عليك هو الاتصال بنا على الرقم 1-855-670-5934. يمكن أن يقوم شخص يتحدث باللغة العربية بمساعدتك. هذه الخدمة مجانية.

Hindi: हमारे पास उन लोगों के लिए मुफ्त दुभाषिया सेवाएं उपलब्ध हैं जिन्हें हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में उनके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए अनुवाद सेवाओं की आवश्यकता है। हम आपको हिंदी, ब्रेल, बड़े प्रिंट या अन्य वैकल्पिक प्रारूप में भी जानकारी दे सकते हैं। बस हमें 1-855-670-5934 पर कॉल करें। हिन्दी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Se occorre una traduzione, i nostri servizi di interpretariato sono disponibili gratuitamente per offrire chiarimenti e risposte in merito al nostro piano sanitario o per i medicinali. Possiamo offrire informazioni anche in italiano, braille, caratteri grandi o altri formati. Non esiti a chiamarci al recapito 1-855-670-5934. Una persona che parla italiano sarà pronta a offrire assistenza. Questo servizio è gratuito.

Portuguese: Temos serviços de interpretação gratuitos para quem necessita de serviços de tradução para responder a qualquer questão que possamos ter sobre o seu plano de saúde ou medicação. Também podemos dar todas as informações em Português, braille, letra de grande dimensão ou formato alternativo. Basta ligar para o 1-855-670-5934. Alguém fala Português e poderá ajudar. É um serviço gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis ki disponib pou moun ki bezwen sèvis tradiksyon pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa anrapò ak plan medikaman nou an. Nou kapab ba w enfòmasyon tou nan lang Kreyòl ayisyen, bray, gwo lèt, oswa lòt fòm. Jis rele nou nan 1-855-670-5934. Yon moun ki pale lang Kreyòl ayisyen ka ede w. Sa a se yon sèvis gratis.

Polish: Osobom potrzebującym tłumaczenia oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który odpowie na wszelkie pytania związane z naszym planem zdrowotnym lub dotyczącym leków. Możemy również udzielić informacji w języku polskim, alfabecie Braille'a, dużym druku lub innym alternatywnym formacie. Wystarczy zadzwonić pod numer 1-855-670-5934. Ktoś mówiący w języku polskim może Ci pomóc. Jest to usługa bezpłatna.

Japanese: 私たちの医療や医薬品の計画に関する、どのような質問にもお答えするため、翻訳サービスが必要な方のための無料通訳サービスを提供しています。情報は、日本語、点字、大活字、その他の代替形式でも提供可能です。1-855-670-5934 にお電話ください。日本語対応でお手伝いいたします。これは無料のサービスです。

Khmer: ເພິ່ນມາສເສກັກມູກບຸກບໂປຼຊຸ່ລຸ່ມາຕ່ເຂາຍສັກສິຕໂຊ່ສໂມຮ່ບຸກ
ໄຊລໂຕຣຸ່ກາກເສກັກມູກບໂປຼ ເຂີ່ມື່ນຊີ່ຍສຸ່ນຸນຸນມູ່ຍໄຊລມູກກາຕມາສ
ອາກ່ອນສີ່ສໂມຮ່ສຸຂກາຕ ມູຊີສຸບສ່ເພິ່ນ. ເພິ່ນກໍ່ກາຕຊຸ່ລຸ່ມູກສຸຸກສຸຸກຕໍ່ກໍ່ມາສຈາກາສາ
ໂຊ່ ມກຸຸກສໂມຮ່ບຸກຕິກາກຊຸ່ກ ມກຸຸກຕຸຸກຸ່ ມູຊາອໂມຮ່ບຸກເຊ່ເຊ່ເຊ່ເຊ່ເຊ່ເຊ່ເຊ່ເຊ່
ໂຕຣຸ່ໂຕເກຸ່ອຸກສຸຸກເພິ່ນຄາມເລຂ 1-855-670-5934 . ມູກໄຊລນິຍາຍກາສາ ໂຊ່
ກາຕຊຸ່ຍມູກບາສ. ສະເຈ່ເສກັກມູກມິສສິຕໂຊ່ສໂມຮ່ເຊ່ເຊ່.

Laotian: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາພຣີທີ່ມີໃຫ້ສໍາລັບຜູ້ທີ່ຕ້ອງການການບໍລິການການແປພາ
ສາ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ພວກເຮົາ
ຍັງສາມາດໃຫ້ທ່ານເປັນຊຸ່ມຸນໃນພາສາລາວ, ຕົວໜັງສືພູນ, ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນໆ.
ພູງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-855-670-5934. ຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້.
ນີ້ແມ່ນການບໍລິການພຣີ.



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

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

Aquí encontrará las respuestas a las preguntas que tiene sobre esta *Lista de Medicamentos Cubiertos*. Puede leer todas las FAQ para obtener más información o buscar una pregunta y su respuesta respectiva.

B1. ¿Qué medicamentos recetados 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 Cubiertos* 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”.

Otros medicamentos, como algunos de venta libre (OTC por sus siglas en inglés) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por MassHealth. Visite el sitio web de MassHealth en <https://mhdl.pharmacy.services.conduent.com/MHDL> para obtener más información.

- 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 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 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, o
- nos enteramos de que un medicamento no es seguro, o
- 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.thmp.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), 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.). La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.thmp.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, o
 - 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.
- **Se retiró un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) indica que un medicamento que usted está tomando no es seguro ni efectivo o el fabricante lo retira del mercado, es posible que lo retiremos de la Lista de Medicamentos de inmediato. Si usted está tomando ese medicamento, le enviaremos un aviso. Luego puede conversar con su médico u otro prescriptor. Ellos pueden ayudarlo 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 FDA 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, o
 - Eliminamos un producto biológico original al agregar un biosimilar, o
 - 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 o
- 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 el médico u otro prescriptor. Este puede ayudarlo a decidir lo siguiente:

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

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 ayudarlo 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.

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



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

La tabla en la 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 o
- 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 de 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 bien**
- Puede solicitar 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.

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 el médico u otro prescriptor. Ellos pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de Medicamentos que usted pueda tomar o si podría 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; o
- el medicamento necesita la autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options, o
- 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 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 ayudarlo. 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 una renovación temporal única 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.

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



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 proveedor para ayudarle a solicitar una excepción. También puede leer el Capítulo 8, Sección 7 de la *Evidencia de Cobertura* 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.

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

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.

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 5 de la **Evidencia de Cobertura**.

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.

Además de la Lista de Medicamentos OTC de MassHealth Standard (Medicaid), Tufts Health Plan Senior Care Options proporciona cobertura para los siguientes medicamentos de acuerdo con su beneficio de Medicare:

- Benzonatato
- Condroitina/MSM
- Glucosamina/Condroitina/MSM
- Glucosamina/MSM
- Parche tópico de lidocaína al 4 %
- Metilsulfonilmetano (MSM)
- Mucinex 600 mg
- Omega 3/aceite de pescado
- Robitussin Cough + Chest Congestion DM (líquido)

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 recetados, el cual se enviará directamente a su casa. Usted tiene \$0 de copago.

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



- **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 recetados 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 B14 y B15 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.

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 recetados. Esto significa que la farmacia solo surtirá cierta cantidad de un medicamento en un período específico. Estas cantidades se basan en estándares reconocidos de atención, como las recomendaciones de uso de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

HI: Medicamento de Infusión Domiciliaria (HI por sus siglas en inglés)

Este medicamento recetado 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 ha tomado este medicamento antes.

Esta sección continúa en la página siguiente

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



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.

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

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

Farmacia especializada Optum: 1-844-265-1705

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 OneTouch
- Medidores OneTouch (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, ENTRESTO). 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.

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



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.

Tabla de contenidos

Agentes antidemencia.....	3
Agentes antiespásticos.....	3
Agentes antiyaquecosos	3
Agentes antimiaásticos.....	3
Agentes antiparkinsonianos	4
Agentes cardiovasculares.....	4
Agentes de antigout	8
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal	9
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas	9
Agentes del sistema nervioso central	9
Agentes del trastorno del sueño	11
Agentes dentales y orales	11
Agentes dermatológicos	12
Agentes gastrointestinales.....	14
Agentes genitourinarios.....	15
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis).....	16
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)	16
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)	18
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)	19
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides).....	19
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria).....	19
Agentes inmunológicos	20
Agentes oftálmicos	24
Agentes para la bipolaridad.....	26
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción	26
Agentes para vías respiratorias/pulmonares.....	27
Agentes Terapéuticos, Misceláneos	30
Agentes óticos.....	31
Analgésicos	31
Anestésicos.....	33
Ansiolíticos	33
Antibacterianos	33
Anticonvulsivos	36
Antidepresivos	38
Antidepressants.....	39
Antieméticos	40
Antimicobacterianos.....	40
Antimicóticos	40
Antineoplásicos.....	41
Antiparasitarios	46
Antipsicóticos	46
Antivírico	48

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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.....	50
Productos y modificadores sanguíneos	53
Reguladores de la glucemia	54
Relajantes musculares esqueléticos.....	56
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento	56

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antidecencia		
<i>Agentes antidecencia, otros</i>		
NAMZARIC	1	
Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspártico (NMDA)		
<i>memantine hcl titration pak</i>	1	
<i>memantine hydrochloride er</i>	1	
<i>memantine hydrochloride soln, tabs</i>	1	
Inhibidores de la colinesterasa		
<i>donepezil hcl tbdp</i>	1	
<i>donepezil hcl tabs 10mg, 23mg</i>	1	
<i>donepezil hydrochloride tabs 5mg</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide er</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide soln, tabs</i>	1	
<i>rivastigmine tartrate</i>	1	
<i>rivastigmine transdermal system</i>	1	
Agentes antiespásticos		
<i>Agentes antiespásticos</i>		
<i>baclofen</i>	1	
<i>dantrolene sodium</i>	1	
<i>tizanidine hcl</i>	1	
<i>tizanidine hydrochloride</i>	1	
Agentes antiyaquecosos		
Agonista de receptores de serotonina (5-HT)		
<i>naratriptan hcl</i>	1	
<i>rizatriptan benzoate</i>	1	
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	1	
<i>sumatriptan succinate refill inj 6mg/0.5ml</i>	1	
<i>sumatriptan succinate inj, tabs</i>	1	
<i>sumatriptan soln</i>	1	
Alcaloides del cornezuelo		
<i>dihydroergotamine mesylate soln</i>	1	QL(8 ML por 30 días); NEDS
<i>ergotamine tartrate/cafeine</i>	1	
Antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene)		
AIMOVIG	1	QL(1 ML por 30 días); PA
EMGALITY INJ 120MG/ML	1	QL(2 ML por 30 días); PA
EMGALITY INJ 100MG/ML	1	QL(3 ML por 30 días); PA
NURTEC	1	PA
UBRELVY	1	PA
Profiláctico		
<i>timolol maleate tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
Agentes antimiastrénicos		

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Parasimpaticomiméticos		
<i>pyridostigmine bromide er</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide tabs 60mg</i>	1	
Agentes antiparkinsonianos		
Agentes antiparkinsonianos, otros		
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	1	
<i>entacapone</i>	1	
Agonistas de la dopamina		
<i>bromocriptine mesylate caps, tabs</i>	1	
KYNMOBI	1	NEDS
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	1	
<i>ropinirole er</i>	1	
<i>ropinirole hcl tabs 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	1	
<i>ropinirole hydrochloride tabs 0.25mg, 3mg</i>	1	
Anticolinérgicos		
<i>benztropine mesylate tabs</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hcl soln</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	1	
Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate tabs</i>	1	
<i>selegiline hcl caps, tabs</i>	1	
Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos		
<i>carbidopa/levodopa</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa er</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	1	
<i>carbidopa tabs</i>	1	
Agentes cardiovasculares		
Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa		
<i>prazosin hydrochloride caps</i>	1	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		
<i>acebutolol hydrochloride</i>	1	
<i>atenolol tabs</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate</i>	1	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>labetalol hydrochloride tabs</i>	1	
<i>metoprolol succinate er</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tabs</i>	1	
<i>nadolol tabs 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	1	
<i>pindolol tabs</i>	1	
<i>propranolol hcl er cp24 120mg, 160mg</i>	1	
<i>propranolol hcl soln</i>	1	
<i>propranolol hcl tabs 40mg</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>propranolol hydrochloride er cp24 60mg, 80mg</i>	1	
<i>propranolol hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	1	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate tabs</i>	1	
<i>felodipine er</i>	1	
<i>nifedipine er</i>	1	
<i>nimodipine caps</i>	1	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
<i>cartia xt</i>	1	
<i>dilt-xr</i>	1	
<i>diltiazem hcl cd</i>	1	
<i>diltiazem hcl er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl er cp12</i>	1	
<i>diltiazem hcl er tb24 300mg, 360mg, 420mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl tabs 30mg, 60mg, 90mg</i>	1	
<i>diltiazem hydrochloride er cp24</i>	1	
<i>diltiazem hydrochloride er tb24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	1	
<i>diltiazem hydrochloride tabs 120mg</i>	1	
<i>matzim la</i>	1	
<i>taztia xt</i>	1	
<i>tiadylt er</i>	1	
<i>verapamil hcl er cp24 100mg, 300mg</i>	1	
<i>verapamil hcl er tbcr 120mg, 240mg</i>	1	
<i>verapamil hcl sr cp24</i>	1	
<i>verapamil hcl tabs 40mg, 80mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er cp24 200mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er tbcr 180mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride tabs 120mg</i>	1	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>aliskiren</i>	1	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	1	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	1	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	1	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	1	
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg; 160mg, 10mg; 25mg; 160mg, 5mg; 12.5mg; 160mg, 5mg; 25mg; 160mg</i>	1	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	1	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	1	
CORLANOR	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	1	
ENTRESTO	1	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>ivabradine hydrochloride</i>	1	
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>metyrosine</i>	1	NEDS
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>pentoxifylline er</i>	1	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>ranolazine er</i>	1	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	1	
TEKTURNA HCT TABS 150MG; 12.5MG, 300MG; 12.5MG, 300MG; 25MG	1	
<i>telmisartan/amlodipine</i>	1	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide caps 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tabs</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
Agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine</i>	1	
<i>clonidine hydrochloride tabs</i>	1	
<i>droxidopa</i>	1	PA; NEDS
<i>midodrine hcl</i>	1	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil</i>	1	
<i>irbesartan</i>	1	
<i>losartan potassium tabs</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil tabs</i>	1	
<i>telmisartan</i>	1	
<i>valsartan tabs</i>	1	
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides		
<i>eplerenone</i>	1	
KERENDIA	1	PA
<i>spironolactone tabs</i>	1	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hydrochloride tabs</i>	1	
<i>digitek tabs 0.125mg, 0.25mg</i>	1	
<i>digoxin oral soln</i>	1	
<i>digoxin inj 0.25mg/ml</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>digoxin tabs 125mcg, 250mcg</i>	1	
DOFETILIDE CAPS 125MCG	1	
<i>dofetilide caps 250mcg, 500mcg</i>	1	
<i>flecainide acetate</i>	1	
<i>mexiletine hcl</i>	1	
MULTAQ	1	
<i>propafenone hcl</i>	1	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	1	
<i>quinidine gluconate cr</i>	1	
<i>quinidine sulfate tabs</i>	1	
<i>sorine</i>	1	
<i>sotalol hcl</i>	1	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	1	
Dislipídemicos, derivados del ácido fibríco		
<i>fenofibrate micronized caps 134mg, 200mg, 67mg</i>	1	
<i>fenofibrate caps 130mg, 150mg, 43mg, 50mg</i>	1	
<i>fenofibrate tabs 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	1	
<i>fenofibric acid dr</i>	1	
<i>gemfibrozil tabs</i>	1	
Dislipídemicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium</i>	1	
FLOLIPID	1	
<i>fluvastatin</i>	1	
<i>fluvastatin sodium er</i>	1	
<i>lovastatin tabs</i>	1	
<i>pitavastatin calcium</i>	1	
<i>pravastatin sodium</i>	1	
<i>rosuvastatin calcium tabs</i>	1	
<i>simvastatin tabs</i>	1	
Dislipídemicos, otros		
<i>cholestyramine light</i>	1	
<i>cholestyramine pack, powd</i>	1	
<i>colestipol hcl</i>	1	
<i>ezetimibe</i>	1	
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	1	
<i>icosapent ethyl</i>	1	
<i>niacin er</i>	1	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	1	
PRALUENT	1	PA
<i>prevalite</i>	1	
REPATHA	1	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	1	PA
REPATHA SURECLICK	1	PA
Diuréticos, ahorrador de potasio		

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>amiloride hcl tabs</i>	1	
<i>triamterene caps</i>	1	
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide inj, tabs</i>	1	
<i>ethacrynic acid tabs</i>	1	
<i>furosemide inj, oral soln, tabs</i>	1	
<i>toremide tabs</i>	1	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone tabs 25mg, 50mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide caps, tabs</i>	1	
<i>indapamide tabs</i>	1	
<i>metolazone</i>	1	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
<i>benazepril hcl tabs 10mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>benazepril hydrochloride tabs 20mg</i>	1	
<i>captopril tabs</i>	1	
<i>enalapril maleate tabs</i>	1	
<i>fosinopril sodium</i>	1	
<i>lisinopril tabs</i>	1	
<i>moexipril hcl</i>	1	
<i>perindopril erbumine</i>	1	
<i>quinapril hydrochloride</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	
<i>trandolapril</i>	1	
Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT)		
FARXIGA	1	
JARDIANCE	1	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso		
<i>isosorbide dinitrate tabs</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	
<i>nitroglycerin transdermal</i>	1	
<i>nitroglycerin soln 0.4mg/spray</i>	1	
<i>nitroglycerin subl 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	1	
VERQUVO	1	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial		
<i>hydralazine hcl tabs 10mg</i>	1	
<i>hydralazine hydrochloride tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>minoxidil tabs</i>	1	
Agentes de antigout		
Agentes de antigout		
<i>allopurinol</i>	1	
<i>colchicine</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GLOPERBA	1	
<i>probenecid</i>	1	
<i>probenecid/colchicine</i>	1	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
<i>Aminosalicilatos</i>		
<i>balsalazide disodium</i>	1	
<i>mesalamine dr</i>	1	
<i>mesalamine er</i>	1	
<i>mesalamine enem, kit, supp</i>	1	
<i>sulfasalazine tabs, tbec</i>	1	
<i>Glucocorticoides</i>		
<i>budesonide er</i>	1	NEDS
<i>budesonide cpep 3mg</i>	1	
<i>budesonide foam 2mg</i>	1	
CORTIFOAM FOAM	1	
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone enem 100mg/60ml</i>	1	
<i>procto-med hc</i>	1	
<i>proctosol hc</i>	1	
<i>proctozone-hc</i>	1	
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
<i>Agentes de las enfermedades óseas metabólicas</i>		
<i>alendronate sodium</i>	1	
CALCITONIN SALMON	1	
<i>calcitonin-salmon</i>	1	
<i>calcitriol caps 0.25mcg, 0.5mcg</i>	1	
<i>calcitriol soln 1mcg/ml</i>	1	
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	1	
<i>paricalcitol</i>	1	
PROLIA	1	PA
RAYALDEE	1	NEDS
<i>risedronate sodium</i>	1	
<i>risedronate sodium dr</i>	1	
<i>teriparatide</i>	1	PA; NEDS
XGEVA	1	PA; NEDS
<i>zoledronic acid</i>	1	
Agentes del sistema nervioso central		
<i>Agentes de esclerosis múltiple</i>		
AVONEX PEN	1	NEDS
AVONEX INJ 30MCG/0.5ML	1	NEDS
BETASERON	1	NEDS
<i>dalfampridine er</i>	1	
<i>dimethyl fumarate</i>	1	
<i>fingolimod hydrochloride</i>	1	NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>glatiramer acetate inj 40mg/ml</i>	1	QL(12 ML por 28 días); NEDS
<i>glatiramer acetate inj 20mg/ml</i>	1	QL(30 ML por 30 días); NEDS
KESIMPTA	1	PA; NEDS
MAYZENT	1	NEDS
MAYZENT STARTER PACK TBPk 0.25MG	1	
MAYZENT STARTER PACK TBPk 0.25MG	1	NEDS
PLEGRIDY	1	NEDS
PLEGRIDY STARTER PACK	1	NEDS
REBIF	1	ST; NEDS
REBIF REBIDOSE	1	ST; NEDS
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	1	ST; NEDS
REBIF TITRATION PACK	1	ST; NEDS
<i>teriflunomide</i>	1	
VUMERITY	1	NEDS
ZEPOSIA	1	NEDS
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	1	NEDS
ZEPOSIA STARTER KIT	1	NEDS
Agentes de fibromialgia		
SAVELLA	1	
SAVELLA TITRATION PACK	1	
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	1	
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	1	
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	1	
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
<i>atomoxetine hydrochloride caps 10mg, 25mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 100mg, 80mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 18mg, 40mg, 60mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonidine hydrochloride er</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 20mg, 35mg</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hcl tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 15mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride cp24</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tabs 2.5mg</i>	1	
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	1	QL(90 EA por 90 días)
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride cd cpcr 10mg, 20mg, 30mg, 50mg, 60mg</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er cpcr 40mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er tb24</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er tbcr 10mg, 18mg, 20mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	1	
Sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO	1	PA; NEDS
INGREZZA	1	PA; NEDS
NUEDEXTA	1	PA
RADICAVA ORS	1	PA; NEDS
<i>riluzole</i>	1	
<i>tetrabenazine</i>	1	PA
VEOZAH	1	QL(30 EA por 30 días); PA
Agentes del trastorno del sueño		
Agentes estimulantes de insomnio		
<i>armodafinil</i>	1	PA
<i>modafinil tabs</i>	1	PA
SODIUM OXYBATE	1	PA; NEDS
Agentes somníferos		
BELSOMRA	1	
<i>eszopiclone</i>	1	
<i>flurazepam hcl</i>	1	
<i>flurazepam hydrochloride</i>	1	
<i>ramelteon</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>tasimelteon</i>	1	PA; NEDS
<i>temazepam caps 15mg, 30mg, 7.5mg</i>	1	
<i>triazolam</i>	1	
<i>zaleplon</i>	1	
<i>zolpidem tartrate tabs</i>	1	
Agentes dentales y orales		
Agentes dentales y orales		
<i>cevimeline hydrochloride</i>	1	
<i>chlorhexidine gluconate</i>	1	
<i>kourzeq</i>	1	
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	1	
<i>lidocaine viscous</i>	1	
<i>oralone dental paste</i>	1	
<i>perio gard</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	1	
<i>sf 5000 plus</i>	1	
<i>sodium fluoride 1.1</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	1	
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	1	
<i>triamcinolone acetone dental paste</i>	1	
Agentes dermatológicos		
Agentes dermatológicos, otros		
<i>calcipotriene crea, oint</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene soln</i>	1	QL(120 ML por 30 días)
<i>calcitriol oint 3mcg/gm</i>	1	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	1	
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	1	QL(200 GM por 30 días)
<i>fluorouracil crea 5%</i>	1	
<i>fluorouracil soln</i>	1	
<i>imiquimod crea</i>	1	
<i>nystatin/triamcinolone</i>	1	
<i>nystatin/triamcinolone acetone oint</i>	1	
OTEZLA TABS 20MG, 30MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>podofilox</i>	1	
PROCTOFOAM HC	1	
SANTYL	1	
<i>silver sulfadiazine</i>	1	
<i>ssd</i>	1	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
<i>acutane</i>	1	
<i>acitretin</i>	1	
<i>adapalene gel</i>	1	PA
<i>amnestem</i>	1	
<i>avita</i>	1	PA
<i>azelaic acid</i>	1	
<i>claravis</i>	1	
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide gel 2.5%; 1.2%, 5%; 1.2%</i>	1	
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	1	
<i>isotretinoin caps</i>	1	
<i>metronidazole crea 0.75%</i>	1	
<i>metronidazole gel 0.75%, 1%</i>	1	
<i>metronidazole lotn 0.75%</i>	1	
MYORISAN	1	
NEUAC	1	
<i>rosadan</i>	1	
<i>tazarotene crea, gel</i>	1	PA
<i>tretinoin microsphere</i>	1	PA
<i>tretinoin crea 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	1	PA
ZENATANE	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
<i>amcinonide crea</i>	1	
<i>ammonium lactate crea, lotn</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	1	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE CREA	1	
<i>betamethasone dipropionate lotn, oint</i>	1	
<i>betamethasone valerate crea, lotn, oint</i>	1	
<i>clobetasol propionate e</i>	1	QL(240 GM por 30 días)
CLOBETASOL PROPIONATE SHAM	1	QL(236 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate soln</i>	1	QL(200 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate crea, gel, oint</i>	1	QL(240 GM por 30 días)
<i>clodan</i>	1	QL(236 ML por 30 días)
DESONIDE CREA, OINT	1	
<i>desoximetasone crea</i>	1	
DESRX	1	
<i>fluocinolone acetonide body</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide crea 0.01%, 0.025%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide oint 0.025%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide soln 0.01%</i>	1	
<i>fluocinonide emulsified base</i>	1	
FLUOCINONIDE GEL, OINT, SOLN	1	
<i>fluocinonide crea</i>	1	
<i>fluticasone propionate crea 0.05%</i>	1	
<i>fluticasone propionate oint 0.005%</i>	1	
<i>halobetasol propionate crea, oint</i>	1	
HYDROCORTISONE BUTYRATE OINT	1	
HYDROCORTISONE VALERATE CREA	1	
<i>hydrocortisone valerate oint</i>	1	
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone lotn 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone oint 1%, 2.5%</i>	1	
<i>mometasone furoate crea 0.1%</i>	1	
<i>mometasone furoate oint 0.1%</i>	1	
<i>mometasone furoate soln 0.1%</i>	1	
<i>pimecrolimus</i>	1	
<i>prednicarbate oint</i>	1	
<i>selenium sulfide</i>	1	
<i>tacrolimus oint 0.03%, 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide crea 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide lotn 0.025%, 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide oint 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	1	
TRITOCIN	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Antiinfecciosos tópicos		
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	1	
<i>ciclopirox olamine</i>	1	
CICLOPIROX SHAM	1	
<i>ciclopirox gel, susp</i>	1	
<i>clindamycin phosphate gel 1%</i>	1	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE LOTN 1%	1	
<i>clindamycin phosphate external soln 1%</i>	1	
<i>ery</i>	1	
<i>erythromycin gel 2%</i>	1	
<i>erythromycin soln 2%</i>	1	
MENTAX	1	
<i>mupirocin crea</i>	1	QL(180 GM por 30 días)
<i>mupirocin oint</i>	1	QL(44 GM por 30 días)
SULFAMYLON CREA	1	
Pediculicidas/escabicidas		
<i>malathion</i>	1	
<i>permethrin crea</i>	1	
Agentes gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
<i>alosetron hydrochloride tabs 0.5mg</i>	1	PA
<i>alosetron hydrochloride tabs 1mg</i>	1	PA; NEDS
<i>loperamide hcl caps</i>	1	
XERMELO	1	PA; NEDS
Agentes antiestreñimiento		
<i>constulose</i>	1	
<i>enulose</i>	1	
<i>generlac</i>	1	
<i>lactulose soln 10gm/15ml</i>	1	
LINZESS	1	
<i>lubiprostone</i>	1	
MOVANTIK	1	
OSMOPREP	1	
Agentes gastrointestinales, otros		
CLENPIQ	1	
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-g</i>	1	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	1	
<i>metoclopramide hcl inj, oral soln</i>	1	
<i>metoclopramide hcl tabs 5mg</i>	1	
<i>metoclopramide hydrochloride tabs 10mg</i>	1	
<i>nitroglycerin oint 0.4%</i>	1	QL(30 GM por 30 días)
<i>opium</i>	1	
<i>opium tincture tinc 1%</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>peg-3350/electrolytes</i>	1	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	1	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	1	
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic</i>	1	
RECTIV	1	QL(30 GM por 30 días)
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	1	
<i>ursodiol caps 300mg</i>	1	
<i>ursodiol tabs</i>	1	
VOWST	1	PA; NEDS
XIFAXAN TABS 550MG	1	PA; NEDS
<i>Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)</i>		
<i>cimetidine tabs</i>	1	
<i>famotidine tabs 20mg, 40mg</i>	1	
<i>Antiespasmódicos, gastrointestinal</i>		
<i>dicyclomine hcl soln</i>	1	
<i>dicyclomine hydrochloride caps, tabs</i>	1	
<i>glycopyrrolate soln</i>	1	
<i>glycopyrrolate tabs 1mg, 2mg</i>	1	
<i>Inhibidores de la bomba de protones</i>		
DEXLANSOPRAZOLE	1	
<i>esomeprazole magnesium</i>	1	
<i>lansoprazole cpdr</i>	1	
<i>omeprazole dr cpdr 10mg</i>	1	
<i>omeprazole cpdr 20mg, 40mg</i>	1	
<i>pantoprazole sodium tbec</i>	1	
<i>rabeprazole sodium</i>	1	
<i>Protectores</i>		
<i>misoprostol</i>	1	
<i>sucrafate susp, tabs</i>	1	
Agentes genitourinarios		
<i>Agentes de hiperplasia benigna de próstata</i>		
<i>alfuzosin hcl er</i>	1	
<i>doxazosin mesylate</i>	1	
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	1	
<i>dutasteride caps</i>	1	
<i>finasteride tabs</i>	1	
<i>tadalafil tabs 2.5mg, 5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	1	
<i>terazosin hcl caps 10mg, 1mg, 5mg</i>	1	
<i>terazosin hydrochloride caps 2mg</i>	1	
<i>Agentes genitourinarios, otros</i>		
<i>acetic acid 0.25%</i>	1	
<i>bethanechol chloride tabs</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ELMIRON	1	
<i>tiopronin dr</i>	1	NEDS
Antiespasmódicos, urinario		
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	1	
GEMTESA	1	
<i>mirabegron er</i>	1	
MYRBETRIQ	1	
<i>oxybutynin chloride er</i>	1	
<i>oxybutynin chloride soln, tabs</i>	1	
<i>solifenacin succinate</i>	1	
<i>tolterodine tartrate</i>	1	
<i>tolterodine tartrate er</i>	1	
<i>tropium chloride</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>desmopressin acetate</i>	1	
GENOTROPIN	1	PA; NEDS
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG	1	PA
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1MG, 2MG	1	PA; NEDS
<i>genotropin miniquick inj 1.8mg</i>	1	PA; NEDS
INCRELEX	1	PA; NEDS
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos		
OSPHENA	1	
<i>raloxifene hydrochloride</i>	1	
Andrógenos		
<i>danazol caps</i>	1	
<i>testosterone cypionate inj 100mg/ml, 200mg/ml</i>	1	
<i>testosterone enanthate inj</i>	1	
<i>testosterone pump</i>	1	
<i>testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 25mg/2.5gm, 40.5mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	1	
Estrógenos		
<i>amabelz</i>	1	
<i>amethia</i>	1	
<i>apri</i>	1	
<i>ashlyna</i>	1	
<i>aviane</i>	1	
<i>balziva</i>	1	
<i>briellyn</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tabs 0; 0</i>	1	
<i>dotti</i>	1	
<i>drospirenone/ethinyl estradiol tabs 3mg; 0.03mg</i>	1	
<i>eluryng</i>	1	
<i>enilloring</i>	1	
<i>estradiol valerate inj</i>	1	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	1	
<i>estradiol crea, pttw, ptwk, oral tabs, vaginal tabs</i>	1	
ESTRING	1	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	1	
<i>falmina</i>	1	
<i>finzala</i>	1	
<i>fyavolv</i>	1	
<i>haloette</i>	1	
<i>iclevia</i>	1	
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	1	
IMVEXXY STARTER PACK	1	
<i>introvale</i>	1	
<i>jinteli</i>	1	
<i>joyeaux</i>	1	
<i>junel 1.5/30</i>	1	
<i>junel 1/20</i>	1	
<i>junel fe 1.5/30</i>	1	
<i>junel fe 1/20</i>	1	
<i>junel fe 24</i>	1	
<i>kariva</i>	1	
<i>kelnor 1/35</i>	1	
<i>larin 1.5/30</i>	1	
<i>larin 1/20</i>	1	
<i>larin fe 1.5/30</i>	1	
<i>larin fe 1/20</i>	1	
<i>lessina</i>	1	
<i>levonest</i>	1	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tabs 20mcg; 90mcg</i>	1	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	1	
<i>levora 0.15/30-28</i>	1	
<i>marlissa</i>	1	
<i>mibelas 24 fe</i>	1	
<i>microgestin 1.5/30</i>	1	
<i>microgestin 1/20</i>	1	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	1	
<i>microgestin fe 1/20</i>	1	
<i>necon 0.5/35-28</i>	1	
<i>nikki</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	1	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tabs 0; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 1/35</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7</i>	1	
<i>portia-28</i>	1	
PREMARIN CREA	1	
PREMARIN TABS 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	1	
PREMPHASE	1	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	1	
<i>taysofy</i>	1	
<i>tri-sprintec</i>	1	
<i>trivora-28</i>	1	
<i>turqoz</i>	1	
<i>velivet</i>	1	
<i>vyfemla</i>	1	
<i>xulane</i>	1	
<i>yuvafem</i>	1	
<i>zafemy</i>	1	
<i>zovia 1/35</i>	1	
Progestinas		
<i>camila</i>	1	
<i>deblitane</i>	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	1	
<i>errin</i>	1	
<i>heather</i>	1	
LILETTA	1	
<i>medroxyprogesterone acetate inj, tabs</i>	1	
<i>megestrol acetate susp, tabs</i>	1	
NEXPLANON	1	
<i>norethindrone acetate tabs</i>	1	
<i>progesterone caps</i>	1	
<i>sharobel</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
DEPO-MEDROL	1	
<i>dexamethasone</i>	1	
<i>dexamethasone intensol</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>dexamethasone sodium phosphate +rfid</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 100mg/10ml, 10mg/ml, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml</i>	1	
<i>fludrocortisone acetate</i>	1	
<i>hydrocortisone tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>kenalog-10</i>	1	
<i>methylprednisolone</i>	1	
<i>methylprednisolone acetate</i>	1	
<i>methylprednisolone dose pack</i>	1	
<i>prednisolone</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln 10mg/5ml, 15mg/5ml, 20mg/5ml, 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	1	
<i>prednisone</i>	1	
SOLU-CORTEF	1	
<i>triamcinolone acetonide inj 40mg/ml</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)</i>		
ADTHYZA	1	
ARMOUR THYROID	1	
<i>euthyrox</i>	1	
<i>levo-t</i>	1	
<i>levothyroxine sodium</i>	1	
<i>levoxyl</i>	1	
<i>liothyronine sodium</i>	1	
NIVA THYROID	1	
<i>np thyroid 120</i>	1	
<i>np thyroid 15</i>	1	
<i>np thyroid 30</i>	1	
<i>np thyroid 60</i>	1	
<i>np thyroid 90</i>	1	
SYNTHROID	1	
THYROID	1	
<i>unithroid</i>	1	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
<i>Agentes antitiroideos</i>		
<i>methimazole tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>propylthiouracil tabs</i>	1	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
<i>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)</i>		
<i>cabergoline</i>	1	
ELIGARD	1	
FIRMAGON INJ 80MG	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
FIRMAGON INJ 120MG/VIAL	1	NEDS
KORLYM	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>lanreotide acetate</i>	1	NEDS
<i>leuprolide acetate</i>	1	
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	1	NEDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	1	NEDS
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	1	NEDS
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	1	NEDS
<i>mifepristone</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 50mcg/ml</i>	1	
<i>octreotide acetate inj 1000mcg/ml</i>	1	NEDS
ORGOVYX	1	PA NSO; NEDS
SIGNIFOR	1	QL(60 ML por 30 días); PA; NEDS
SOMATULINE DEPOT	1	NEDS
SOMAVERT	1	PA; NEDS
SYNAREL	1	NEDS
Agentes inmunológicos		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
ARCALYST	1	PA; NEDS
BENLYSTA	1	PA; NEDS
COSENTYX	1	PA; NEDS
COSENTYX SENSOREADY PEN	1	PA; NEDS
COSENTYX UNOREADY	1	PA; NEDS
DUPIXENT	1	PA; NEDS
ORENCIA CLICKJECT	1	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 50MG/0.4ML	1	QL(1.6 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 87.5MG/0.7ML	1	QL(2.8 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 125MG/ML	1	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
OTEZLA TBPK 0	1	QL(110 EA por 365 días); PA; NEDS
RINVOQ	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
RINVOQ LQ	1	QL(360 ML por 30 días); PA; NEDS
SKYRIZI PEN	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SKYRIZI INJ 600MG/10ML	1	PA; NEDS
SKYRIZI INJ 150MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
SKYRIZI INJ 180MG/1.2ML	1	QL(1.2 ML por 28 días); PA; NEDS
SKYRIZI INJ 360MG/2.4ML	1	QL(2.4 ML por 28 días); PA; NEDS
STELARA INJ 45MG/0.5ML, 90MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
TAVNEOS	1	PA; NEDS
XELJANZ XR	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
XELJANZ SOLN	1	QL(300 ML por 30 días); PA; NEDS
XELJANZ TABS	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
XOLAIR	1	PA; NEDS
Agentes para angioedema		
BERINERT	1	PA; NEDS
HAEGARDA	1	PA; NEDS
<i>icatibant acetate</i>	1	QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS
Inmunostimulantes		
ACTIMMUNE	1	NEDS
BESREMI	1	PA NSO; NEDS
PEGASYS INJ 180MCG/ML	1	QL(4 ML por 28 días); NEDS
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INJ 10%, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; HI
CUVITRU	1	PA BvD; NEDS
FLEBOGAMMA DIF INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; HI
GAMMAGARD LIQUID INJ 10GM/100ML, 2.5GM/25ML, 20GM/200ML, 30GM/300ML, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; HI
GAMMAPLEX INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; HI
HIZENTRA	1	PA BvD; NEDS
OCTAGAM INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 1GM/20ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 2GM/20ML, 30GM/300ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; HI
PRIVIGEN	1	PA BvD; NEDS; HI
Inmunosupresores		
<i>azathioprine tabs</i>	1	PA BvD

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cyclosporine modified</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine caps 100mg, 25mg</i>	1	PA BvD
ENBREL MINI	1	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS
ENBREL SURECLICK	1	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS
ENBREL INJ 50MG/ML	1	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS
ENBREL INJ 25MG/0.5ML	1	QL(8.16 ML por 28 días); PA; NEDS
ENVARUS XR TB24 0.75MG, 1MG	1	PA BvD
ENVARUS XR TB24 4MG	1	PA BvD; NEDS
<i>everolimus tabs 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA BvD; NEDS
GENGRAF SOLN	1	PA BvD
<i>gengraf caps 100mg, 25mg</i>	1	PA BvD
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJ 0, 80MG/0.8ML	1	PA; NEDS
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	1	PA; NEDS
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	1	PA; NEDS
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	1	PA; NEDS
HUMIRA PEN INJ 80MG/0.8ML	1	QL(4 EA por 28 días); PA; NEDS
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS
HUMIRA INJ 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML, 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS
JYLAMVO	1	NEDS
<i>leflunomide</i>	1	
<i>methotrexate sodium tabs</i>	1	
<i>methotrexate sodium inj 50mg/2ml</i>	1	
<i>methotrexate sodium inj 1gm/40ml, 250mg/10ml</i>	1	PA BvD
<i>methotrexate inj 50mg/2ml</i>	1	
<i>mycophenolate mofetil caps, tabs</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil susr</i>	1	PA BvD; NEDS
<i>mycophenolic acid dr</i>	1	PA BvD
NULOJIX	1	NEDS
PEGASYS INJ 180MCG/0.5ML	1	QL(4 ML por 28 días); NEDS
PROGRAF PACK	1	PA BvD
REZUROCK	1	PA; NEDS
<i>sirolimus tabs</i>	1	PA BvD
<i>sirolimus soln</i>	1	PA BvD; NEDS
<i>tacrolimus caps 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	1	PA BvD

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TREXALL	1	
XATMEP	1	
Vacunas		
ABRYSVO	1	
ACTHIB INJ 0	1	
ADACEL	1	
AREXVY	1	
BCG VACCINE INJ 50MG	1	
BEXSERO	1	
BOOSTRIX	1	
DAPTACEL INJ 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
DENGVAXIA	1	
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	1	
ENGERIX-B	1	PA BvD
GARDASIL 9	1	
HAVRIX INJ 1440ELU/ML, 720ELU/0.5ML	1	
HEPLISAV-B	1	PA BvD
HIBERIX	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	1	
INFANRIX	1	
IPOL INACTIVATED IPV	1	
IXCHIQ	1	
IXIARO	1	
JYNNEOS	1	
KINRIX INJ 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	1	
M-M-R II	1	
MENACTRA	1	
MENQUADFI	1	
MENVEO	1	
MRESVIA	1	
PEDIARIX INJ 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	1	
PEDVAX HIB INJ 7.5MCG/0.5ML	1	
PENBRAYA	1	
PENTACEL	1	
PREHEVBRIO	1	PA BvD
PRIORIX	1	
PROQUAD	1	
QUADRACEL	1	
RABAVERT	1	
RECOMBIVAX HB	1	PA BvD
ROTARIX	1	
ROTATEQ SOLN	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SHINGRIX	1	
STAMARIL	1	
<i>tdvax</i>	1	
TENIVAC	1	
TICOVAC	1	
TRUMENBA	1	
TWINRIX	1	
TYPHIM VI	1	
VAQTA	1	
VARIVAX	1	
YF-VAX	1	
Agentes oftálmicos		
<i>Agentes oftálmicos antialérgicos</i>		
ALOCRIL	1	
<i>azelastine hcl ophthalmic soln 0.05%</i>	1	
<i>bepotastine besilate</i>	1	
<i>cromolyn sodium soln 4%</i>	1	
<i>epinastine hcl</i>	1	
<i>olopatadine hcl</i>	1	
<i>olopatadine hydrochloride soln 0.2%</i>	1	
<i>Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos</i>		
<i>betaxolol hcl</i>	1	
BETIMOL	1	
<i>carteolol hcl</i>	1	
<i>levobunolol hcl soln 0.5%</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	1	
<i>timolol maleate soln 0.25%, 0.5%</i>	1	
<i>Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros</i>		
<i>acetazolamide</i>	1	
<i>acetazolamide er</i>	1	
ALPHAGAN P SOLN 0.1%	1	
<i>apraclonidine</i>	1	
<i>brimonidine tartrate</i>	1	
<i>brinzolamide</i>	1	
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	1	
<i>methazolamide tabs</i>	1	
PHOSPHOLINE IODIDE SOLR 0.125%	1	
<i>pilocarpine hcl soln 1%, 2%, 4%</i>	1	
RHOPRESSA	1	
<i>Agentes oftálmicos, otros</i>		
<i>atropine sulfate soln 1%</i>	1	
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	1	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cyclopentolate hcl soln 2%</i>	1	
<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	1	
<i>cyclosporine emul 0.05%</i>	1	
CYSTARAN	1	NEDS
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	1	
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	1	
<i>neo-polycin</i>	1	
<i>neo-polycin hc</i>	1	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone ophthalmic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>polycin</i>	1	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	1	
RESTASIS	1	
RESTASIS MULTIDOSE	1	
ROCKLATAN	1	
SIMBRINZA	1	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	1	
TOBRADEX ST	1	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	1	
XIIDRA	1	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin</i>	1	
BESIVANCE	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride soln 0.3%</i>	1	
<i>erythromycin oint 5mg/gm</i>	1	
<i>gatifloxacin</i>	1	
<i>gentak oint</i>	1	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic soln 0.3%</i>	1	
<i>levofloxacin ophthalmic soln 1.5%</i>	1	
<i>moxifloxacin hydrochloride soln 0.5%</i>	1	
NATACYN	1	
<i>ofloxacin ophthalmic soln 0.3%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium oint 10%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium soln 10%</i>	1	
<i>tobramycin</i>	1	
<i>trifluridine</i>	1	
XDEMVY	1	PA; NEDS
ZIRGAN	1	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>bromfenac sodium soln 0.07%, 0.075%</i>	1	
BROMSITE	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic soln 0.1%</i>	1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%</i>	1	
<i>difluprednate</i>	1	
FLAREX	1	
<i>fluorometholone</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	1	
FML	1	
ILEVRO	1	
<i>ketorolac tromethamine</i>	1	
LOTEMAX OINT	1	
<i>loteprednol etabonate</i>	1	
<i>prednisolone acetate</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic soln 1%</i>	1	
PROLENSA	1	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>bimatoprost</i>	1	
<i>latanoprost soln</i>	1	
LUMIGAN	1	
<i>tafluprost</i>	1	
<i>travoprost</i>	1	
VYZULTA	1	
Agentes para la bipolaridad		
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>lithium</i>	1	
<i>lithium carbonate er</i>	1	
<i>lithium carbonate caps, tabs</i>	1	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
Agentes para dejar de fumar		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 150mg</i>	1	
NICOTROL INHALER	1	
NICOTROL NS	1	
TYRVAYA	1	
<i>varenicline starting month box</i>	1	QL(53 EA por 28 días)
<i>varenicline tartrate</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
Agentes que revierten los opioides		
<i>naloxone hcl inj 4mg/10ml</i>	1	
<i>naloxone hydrochloride liqd</i>	1	QL(4 EA por 30 días)
<i>naloxone hydrochloride inj 0.4mg/ml, 2mg/2ml, 4mg/10ml</i>	1	
OPVEE	1	QL(4 EA por 30 días)
Dependencia de opioides		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 2mg; 0.5mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 8mg; 2mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>buprenorphine hcl subl 2mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl subl 8mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 4mg; 1mg</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 8mg; 2mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
Disuasivos del alcohol/disminución del deseo		
<i>acamprosate calcium dr</i>	1	
<i>disulfiram tabs</i>	1	
<i>naltrexone hcl tabs</i>	1	
VIVITROL	1	NEDS
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
Agentes del tracto respiratorio, otros		
<i>acetylcysteine soln</i>	1	PA BvD
ANORO ELLIPTA	1	QL(180 EA por 90 días)
BEVESPI AEROSPHERE	1	QL(10.7 GM por 30 días)
BREO ELLIPTA	1	QL(180 EA por 90 días)
BREYNA	1	QL(30.9 GM por 90 días)
BREZTRI AEROSPHERE	1	QL(32.1 GM por 90 días)
BRONCHITOL	1	NEDS
COMBIVENT RESPIMAT	1	QL(24 GM por 90 días)
FASENRA PEN	1	PA; NEDS
FASENRA INJ 10MG/0.5ML	1	PA
FASENRA INJ 30MG/ML	1	PA; NEDS
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	1	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 500mcg/act; 50mcg/act</i>	1	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 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</i>	1	PA BvD
STIOLTO RESPIMAT	1	QL(12 GM por 90 días)
TRELEGY ELLIPTA	1	QL(180 EA por 90 días)
<i>wixela inhub</i>	1	QL(180 EA por 90 días)
Agentes para fibrosis pulmonar		
OFEV	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone caps</i>	1	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 534mg</i>	1	QL(135 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 267mg</i>	1	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>pirfenidone tabs 801mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS
Agentes para fibrosis quística		
CAYSTON	1	PA; NEDS
KALYDECO	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
ORKAMBI TABS	1	QL(112 EA por 28 días); PA; NEDS
ORKAMBI PACK	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
PULMOZYME	1	PA BvD; NEDS
TOBI PODHALER	1	NEDS
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS	1	PA; NEDS
<i>alyq</i>	1	PA
<i>ambrisentan</i>	1	PA; NEDS
<i>bosentan</i>	1	PA; NEDS
OPSUMIT	1	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	1	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	1	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	1	PA; NEDS
ORENITRAM TBCR 0.125MG, 0.25MG, 1MG, 2.5MG	1	PA
ORENITRAM TBCR 5MG	1	PA; NEDS
<i>sildenafil citrate tabs</i>	1	PA
<i>tadalafil tabs 20mg</i>	1	PA
TRACLEER TBSO	1	PA; NEDS
VENTAVIS	1	PA; NEDS
Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl nasal soln 0.15%</i>	1	QL(120 ML por 90 días)
<i>azelastine hydrochloride soln 0.1%</i>	1	QL(120 ML por 90 días)
<i>cyproheptadine hcl syrj</i>	1	
<i>cyproheptadine hydrochloride tabs</i>	1	
<i>desloratadine</i>	1	
<i>diphenhydramine hydrochloride inj</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl inj 25mg/ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl tabs 50mg</i>	1	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrj</i>	1	
<i>hydroxyzine hydrochloride tabs 10mg, 25mg</i>	1	
<i>hydroxyzine pamoate caps</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride tabs</i>	1	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
<i>budesonide susp 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	1	PA BvD
FLOVENT DISKUS AEPB 100MCG/BLIST	1	QL(180 EA por 90 días); ST

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
FLOVENT DISKUS AEPB 250MCG/BLIST	1	QL(720 EA por 90 días); ST
FLOVENT DISKUS AEPB 50MCG/BLIST	1	ST
<i>flunisolide soln 0.025%</i>	1	QL(150 ML por 90 días)
<i>fluticasone propionate diskus aepb 100mcg/act</i>	1	QL(180 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate diskus aepb 250mcg/act</i>	1	QL(720 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate diskus aepb 50mcg/act</i>	1	ST
<i>fluticasone propionate hfa aero 44mcg/act</i>	1	QL(63.6 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate hfa aero 110mcg/act, 220mcg/act</i>	1	QL(72 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate susp 50mcg/act</i>	1	QL(48 GM por 90 días)
<i>mometasone furoate susp 50mcg/act</i>	1	QL(102 GM por 90 días)
QVAR REDIHALER	1	QL(63.6 GM por 90 días)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium chew, pack, tabs</i>	1	
<i>zafirlukast</i>	1	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	1	QL(77.4 GM por 90 días)
INCRUSE ELLIPTA	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide inhalation soln</i>	1	PA BvD
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03%</i>	1	QL(180 ML por 90 días)
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.06%</i>	1	QL(90 ML por 90 días)
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	1	NEDS
LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	1	NEDS
SPIRIVA RESPIMAT	1	QL(12 GM por 90 días)
Broncodilatadores, simpaticomimético		
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	1	QL(108 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	1	QL(40.2 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	1	QL(51 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate syrp, tabs</i>	1	
<i>albuterol sulfate nebu</i>	1	PA BvD
<i>arformoterol tartrate</i>	1	PA BvD
<i>epinephrine inj 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	1	QL(2 EA por 1 días)
<i>formoterol fumarate nebu</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol hcl nebu</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol hydrochloride nebu 0.63mg/3ml</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol nebu</i>	1	PA BvD
PROAIR RESPICLICK	1	QL(6 EA por 90 días)
SEREVENT DISKUS	1	QL(180 EA por 90 días)
STRIVERDI RESPIMAT	1	QL(12 GM por 90 días)
Estabilizadores de mastocitos		

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cromolyn sodium nebu 20mg/2ml</i>	1	PA BvD
<i>Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias</i>		
<i>elixophyllin</i>	1	
<i>roflumilast</i>	1	
<i>theophylline er tb12, tb24</i>	1	
<i>theophylline elix</i>	1	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
<i>Agentes Terapéuticos, Misceláneos</i>		
<i>alcohol prep pads</i>	1	
<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x 5/16"</i>	1	
<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x 1/2"</i>	1	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x 12.7mm</i>	1	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	1	
<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	1	
<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	1	
<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm</i>	1	
<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	1	
<i>droplet pen needles 29gx10mm</i>	1	
<i>gauze pads 2"x2"</i>	1	
<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	1	
<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	1	
INTRALIPID	1	PA BvD
<i>levocarnitine</i>	1	
NUTRILIPID	1	PA BvD
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	1	
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	1	
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	1	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	1	
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	1	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	1	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	1	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	1	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	1	
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	1	
<i>sodium chloride 0.9%</i>	1	
<i>sterile water for irrigation</i>	1	
<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x 1/2"</i>	1	
<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	1	
Agentes óticos		
Agentes óticos		
<i>acetic acid</i>	1	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	1	
<i>ciprofloxacin soln 0.2%</i>	1	
CORTISPORIN-TC	1	
<i>flac</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01%</i>	1	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone otic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	1	
Analgésicos		
Analgésicos opioides, de acción prolongada		
<i>buprenorphine</i>	1	QL(4 EA por 28 días)
<i>fentanyl pt72 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	1	QL(10 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl er tb24 12mg, 16mg, 8mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>methadone hcl tabs</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>methadone hcl soln 5mg/5ml</i>	1	QL(1200 ML por 30 días)
<i>methadone hcl soln 10mg/5ml</i>	1	QL(600 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate er tbc</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride er</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
Analgésicos opioides, de acción rápida		
<i>acetaminophen/codeine tabs</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>acetaminophen/codeine soln</i>	1	QL(3600 ML por 30 días)
<i>butorphanol tartrate soln</i>	1	QL(7.5 ML por 30 días)
<i>codeine sulfate tabs</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>endocet tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 200mcg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen soln 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	1	QL(3600 ML por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 300mg; 10mg, 300mg; 5mg, 300mg; 7.5mg, 325mg; 10mg, 325mg; 5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydrocodone/acetaminophen tabs 325mg; 7.5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl liqd</i>	1	QL(1350 ML por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tabs 8mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydromorphone hcl tabs 2mg, 4mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate tabs</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate soln 100mg/5ml</i>	1	QL(180 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate soln 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	1	QL(900 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride conc</i>	1	QL(120 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride caps</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride soln</i>	1	QL(2400 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 20mg, 30mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 10mg, 15mg</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone/acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tabs 100mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tabs 50mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib caps</i>	1	
<i>diclofenac epolamine</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>diclofenac potassium tabs 50mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium dr</i>	1	
<i>diclofenac sodium er</i>	1	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	1	QL(960 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium external soln 1.5%</i>	1	
<i>diflunisal tabs 500mg</i>	1	
<i>ec-naproxen tbec 500mg</i>	1	
<i>etodolac er</i>	1	
<i>etodolac caps, tabs</i>	1	
<i>flurbiprofen tabs 100mg</i>	1	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofen susp</i>	1	
<i>ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin caps 25mg, 50mg</i>	1	
<i>meloxicam tabs</i>	1	
<i>nabumetone tabs</i>	1	
<i>naproxen dr tbec 375mg</i>	1	
<i>naproxen sodium cr tb24 375mg</i>	1	
<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	1	
<i>naproxen susp</i>	1	
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>naproxen tbec 500mg</i>	1	
<i>oxaprozin tabs</i>	1	
<i>piroxicam caps</i>	1	
<i>salsalate tabs</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sulindac tabs</i>	1	
Anestésicos		
Anestésicos locales		
<i>glydo</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl jelly</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl prsy</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl inj 0.5%, 1.5%, 2%, 4%</i>	1	
<i>lidocaine hydrochloride external soln</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hydrochloride inj 1%, 2%</i>	1	
<i>lidocaine/prilocaine crea</i>	1	QL(60 GM por 30 días)
<i>lidocaine oint 5%</i>	1	QL(100 GM por 30 días)
<i>lidocaine ptch 5%</i>	1	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>premium lidocaine</i>	1	QL(100 GM por 30 días)
Ansiolíticos		
Ansiolíticos, otros		
<i>bupirone hcl tabs 15mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tabs 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam</i>	1	
<i>alprazolam er</i>	1	
<i>clorazepate dipotassium tabs</i>	1	
<i>diazepam intensol</i>	1	
<i>diazepam soln, tabs</i>	1	
<i>lorazepam intensol</i>	1	
<i>lorazepam tabs</i>	1	
<i>oxazepam</i>	1	
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin sulfate inj 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	1	HI
ARIKAYCE	1	PA; NEDS
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride inj 1.2mg/ml; 0.9%, 1.6mg/ml; 0.9%, 1mg/ml; 0.9%, 2mg/ml; 0.9%</i>	1	HI
<i>gentamicin sulfate crea 0.1%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate inj 40mg/ml</i>	1	HI
<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	1	
<i>isotonic gentamicin inj 0.8mg/ml; 0.9%</i>	1	HI
<i>neomycin sulfate</i>	1	
<i>streptomycin sulfate inj 1gm</i>	1	NEDS
<i>tobramycin sulfate inj 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml</i>	1	HI
Antibacterianos, otros		
<i>aztreonam inj 1gm</i>	1	HI
<i>aztreonam inj 2gm</i>	1	NEDS; HI

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clindacin-p</i>	1	
<i>clindamycin hcl caps 300mg</i>	1	
<i>clindamycin hydrochloride caps 150mg, 75mg</i>	1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	1	
<i>clindamycin phosphate crea 2%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate inj 9000mg/60ml, 900mg/6ml</i>	1	HI
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	1	
<i>colistimethate sodium</i>	1	NEDS; HI
<i>daptomycin</i>	1	NEDS; HI
<i>daptomycin/sodium chloride</i>	1	HI
IMPAVIDO	1	NEDS
<i>linezolid tabs</i>	1	
<i>linezolid susr</i>	1	NEDS
<i>linezolid inj 600mg/300ml</i>	1	HI
<i>methenamine hippurate</i>	1	
<i>methenamine mandelate tabs 0.5gm, 1gm</i>	1	
<i>metronidazole vaginal</i>	1	
<i>metronidazole inj 500mg/100ml</i>	1	HI
<i>metronidazole tabs 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	1	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	1	
NUVESSA	1	
<i>tigecycline</i>	1	NEDS
<i>tinidazole</i>	1	
<i>trimethoprim tabs</i>	1	
<i>vancomycin hcl inj 0.9%; 1gm/200ml, 100gm, 10gm</i>	1	HI
<i>vancomycin hydrochloride caps</i>	1	
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INJ 1GM	1	HI
<i>vancomycin hydrochloride inj 1.75gm, 2gm</i>	1	
<i>vancomycin hydrochloride inj 1.25gm, 1.5gm, 500mg, 5gm, 750mg</i>	1	HI
<i>vancomycin inj 0.9%; 500mg/100ml, 0.9%; 750mg/150ml</i>	1	HI
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefaclor caps</i>	1	
<i>cefaclor susr 125mg/5ml, 375mg/5ml</i>	1	
<i>cefadroxil caps, susr</i>	1	
<i>cefazolin sodium/dextrose inj 1gm; 4%, 2gm; 3%</i>	1	HI
<i>cefazolin sodium inj 10gm, 1gm/50ml; 4%, 1gm, 2gm, 500mg</i>	1	HI
<i>cefazolin inj 2gm/100ml; 4%, 2gm, 3gm</i>	1	HI
<i>cefdinir</i>	1	
<i>cefepime</i>	1	HI
<i>cefepime hydrochloride inj 2gm</i>	1	HI
<i>cefepime/dextrose</i>	1	HI
<i>cefixime</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefotetan inj 1gm, 2gm</i>	1	HI
<i>cefoxitin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	HI
<i>cefpodoxime proxetil</i>	1	
<i>cefprozil</i>	1	
<i>ceftazidime inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	1	HI
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	1	HI
<i>ceftriaxone sodium inj 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	1	HI
<i>ceftriaxone/dextrose inj 1gm; 3.74%</i>	1	HI
<i>cefuroxime axetil tabs</i>	1	
<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm, 750mg</i>	1	HI
<i>cephalexin</i>	1	
<i>tazicef inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	1	HI
TEFLARO	1	NEDS; HI
Betalactámico, penicilinas		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	1	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	1	
<i>amoxicillin chew 125mg, 250mg</i>	1	
<i>amoxicillin caps, susr, tabs</i>	1	
<i>ampicillin sodium inj</i>	1	HI
<i>ampicillin-sulbactam inj 10gm; 5gm, 1gm; 0.5gm</i>	1	HI
<i>ampicillin/sulbactam inj 2gm; 1gm</i>	1	HI
<i>ampicillin caps 500mg</i>	1	
BICILLIN L-A INJ 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	1	
<i>dicloxacillin sodium</i>	1	
<i>nafcillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	HI
<i>oxacillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	HI
<i>penicillin g potassium in iso-osmotic dextrose inj 0; 20000unit/ml</i>	1	HI
<i>penicillin g potassium inj 20000000unit, 5000000unit</i>	1	HI
PENICILLIN G SODIUM	1	NEDS; HI
<i>penicillin v potassium</i>	1	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	1	HI
ZOSYN INJ 5%; 4GM/100ML; 0.5GM/100ML	1	HI
Carbapenemas		
<i>ertapenem</i>	1	HI
<i>ertapenem sodium</i>	1	HI
<i>imipenem/cilastatin</i>	1	HI
<i>meropenem</i>	1	HI
Macrólidos		
<i>azithromycin pack, susr, tabs</i>	1	
<i>azithromycin inj 500mg</i>	1	HI
<i>clarithromycin er</i>	1	
<i>clarithromycin susr, tabs</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

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

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>diazepam rectal gel</i>	1	
<i>divalproex sodium dr</i>	1	
<i>divalproex sodium er</i>	1	
<i>divalproex sodium csdr</i>	1	
<i>gabapentin caps, soln</i>	1	
<i>gabapentin tabs 600mg, 800mg</i>	1	
LIBERVANT	1	QL(10 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elix 20mg/5ml</i>	1	
<i>phenobarbital tabs 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	1	
<i>pregabalin</i>	1	
<i>primidone tabs</i>	1	
SYMPAZAN FILM 5MG	1	
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	1	NEDS
<i>tiagabine hydrochloride</i>	1	
VALTOCO 10 MG DOSE	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 15 MG DOSE	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 20 MG DOSE	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 5 MG DOSE	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>vigabatrin</i>	1	NEDS
<i>vigadrone</i>	1	NEDS
<i>vigpoder</i>	1	NEDS
ZTALMY	1	PA NSO; NEDS
Agentes para los canales de sodio		
APTIOM	1	
<i>carbamazepine er</i>	1	
<i>carbamazepine chew, susp, tabs</i>	1	
<i>epitol</i>	1	
<i>lacosamide inj, oral soln</i>	1	
LACOSAMIDE TABS 100MG, 150MG	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>lacosamide tabs 200mg, 50mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxcarbazepine</i>	1	
<i>phenytek</i>	1	
<i>phenytoin sodium extended</i>	1	
<i>phenytoin chew, susp</i>	1	
<i>rufinamide susp</i>	1	NEDS
<i>rufinamide tabs 200mg</i>	1	
<i>rufinamide tabs 400mg</i>	1	NEDS
XCOPRI TABS	1	NEDS
XCOPRI TBPk 0	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XCOPRI TBPk 0	1	NEDS
ZONISADE	1	
<i>zonisamide</i>	1	
Anticonvulsivos, otros		
BRIVIACT SOLN, TABS	1	NEDS
EPIDIOLEX	1	PA NSO; NEDS
EPRONTIA	1	
<i>felbamate</i>	1	
FINTEPLA	1	PA NSO; NEDS
FYCOMPA	1	
<i>lamotrigine er</i>	1	
<i>lamotrigine odt</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	1	
<i>lamotrigine chew, tabs</i>	1	
<i>levetiracetam er</i>	1	
<i>levetiracetam oral soln, tabs</i>	1	
<i>levetiracetam inj 500mg/5ml</i>	1	
NAYZILAM	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
<i>roweepra tabs 500mg</i>	1	
SPRITAM	1	
<i>subvenite</i>	1	
<i>subvenite starter kit/blue</i>	1	
<i>subvenite starter kit/green</i>	1	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	1	
<i>topiramate csp, tabs</i>	1	
<i>valproic acid</i>	1	
Antidepresivos		
Antidepresivos, otros		
AUVELITY	1	
<i>bupropion hcl tabs 100mg</i>	1	
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 100mg, 150mg, 200mg</i>	1	
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tb24 150mg, 300mg</i>	1	
<i>bupropion hydrochloride tabs 75mg</i>	1	
<i>mirtazapine odt</i>	1	
<i>mirtazapine tabs</i>	1	
ZURZUVAE CAPS 30MG	1	QL(14 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
ZURZUVAE CAPS 20MG, 25MG	1	QL(28 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
Inhibidores de la monoaminoxidasa		
EMSAM	1	ST NSO; NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
MARPLAN	1	
<i>phenelzine sulfate</i>	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	1	
Tricíclicos		
<i>amitriptyline hcl tabs 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	1	
<i>amitriptyline hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 50mg</i>	1	
<i>amoxapine</i>	1	
<i>clomipramine hydrochloride</i>	1	
<i>desipramine hydrochloride</i>	1	
<i>doxepin hcl caps 75mg</i>	1	
<i>doxepin hcl conc</i>	1	
<i>doxepin hydrochloride caps 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>imipramine hcl tabs 25mg, 50mg</i>	1	
<i>imipramine hydrochloride tabs 10mg</i>	1	
<i>nortriptyline hcl caps 25mg, 75mg</i>	1	
<i>nortriptyline hcl soln</i>	1	
<i>nortriptyline hydrochloride caps 10mg, 50mg</i>	1	
<i>protriptyline hcl</i>	1	
<i>trimipramine maleate caps</i>	1	
Antidepressants		
SSRIs/SNRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hydrobromide</i>	1	
<i>desvenlafaxine er</i>	1	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20MG, 60MG	1	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 30MG, 40MG	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hcl</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride cpep 20mg, 60mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride cpep 30mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate</i>	1	
FETZIMA	1	ST NSO
FETZIMA TITRATION PACK	1	ST NSO
<i>fluoxetine dr</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride</i>	1	
<i>fluvoxamine maleate</i>	1	
<i>nefazodone hydrochloride</i>	1	
<i>paroxetine hcl</i>	1	
<i>paroxetine hydrochloride</i>	1	
<i>sertraline hcl</i>	1	
<i>sertraline hydrochloride</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride</i>	1	
TRINTELLIX	1	
<i>venlafaxine hcl er</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	1	
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	1	
VIIBRYD STARTER PACK	1	
<i>vilazodone hydrochloride</i>	1	
Antieméticos		
Adyuvantes para terapia emetogénica		
<i>aprepitant caps 0, 40mg, 80mg</i>	1	PA BvD
<i>aprepitant caps 125mg</i>	1	PA BvD; NEDS
<i>dronabinol</i>	1	PA BvD
<i>granisetron hydrochloride tabs</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl soln</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl tabs 24mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hydrochloride tabs</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron odt tbdp 4mg, 8mg</i>	1	PA BvD
Antieméticos, otros		
<i>meclizine hcl tabs</i>	1	
<i>prochlorperazine edisylate inj 10mg/2ml</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate tabs</i>	1	
<i>prochlorperazine supp 25mg</i>	1	
<i>promethazine hcl inj</i>	1	
<i>promethazine hcl tabs 12.5mg</i>	1	
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	1	
<i>promethazine hydrochloride tabs 25mg, 50mg</i>	1	
<i>scopolamine</i>	1	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
DAPSONE TABS	1	
<i>rifabutin</i>	1	
Antituberculosos		
<i>ethambutol hydrochloride</i>	1	
<i>isoniazid syr, tabs</i>	1	
PRIFTIN	1	
<i>pyrazinamide tabs</i>	1	
<i>rifampin caps, inj</i>	1	
SIRTURO	1	PA; NEDS
TRECTOR	1	
Antimicóticos		
Antimicóticos		
ABELCET	1	PA
<i>amphotericin b</i>	1	PA
<i>amphotericin b liposome</i>	1	PA; NEDS
<i>clotrimazole</i>	1	
<i>econazole nitrate</i>	1	
<i>fluconazole</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	1	
<i>flucytosine</i>	1	NEDS
<i>griseofulvin microsize</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	1	
<i>itraconazole</i>	1	
<i>ketoconazole sham, tabs</i>	1	
<i>ketoconazole crea</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>klayesta</i>	1	
<i>micafungin</i>	1	
<i>miconazole 3</i>	1	
<i>naftifine hcl</i>	1	
<i>naftifine hydrochloride</i>	1	
<i>nyamyc</i>	1	
<i>nystatin</i>	1	
<i>nystop</i>	1	
<i>posaconazole</i>	1	NEDS
<i>posaconazole dr</i>	1	NEDS
<i>terbinafine hcl</i>	1	QL(42 EA por 42 días)
<i>terconazole</i>	1	
<i>voriconazole tabs</i>	1	
<i>voriconazole susr</i>	1	NEDS
<i>voriconazole inj</i>	1	PA; NEDS
Antineoplásicos		
Agentes alquilantes		
<i>cyclophosphamide caps, tabs</i>	1	PA BvD
GLEOSTINE CAPS 100MG, 10MG, 40MG	1	
LEUKERAN	1	NEDS
MATULANE	1	NEDS
VALCHLOR	1	NEDS
Agentes antiangiogénicos		
<i>lenalidomide</i>	1	PA NSO; NEDS
POMALYST	1	PA NSO; NEDS
REVLIMID	1	PA NSO; NEDS
THALOMID	1	NEDS
Antiandrogénicos		
<i>abiraterone acetate</i>	1	PA NSO; NEDS
<i>bicalutamide</i>	1	
ERLEADA	1	PA NSO; NEDS
<i>flutamide</i>	1	
<i>nilutamide</i>	1	NEDS
NUBEQA	1	PA NSO; NEDS
XTANDI	1	PA NSO; NEDS
Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco		
DARZALEX	1	NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
OPDIVO	1	NEDS
YERVOY	1	NEDS
Antiestrógenos/modificadores		
EMCYT	1	NEDS
ORSERDU	1	PA NSO; NEDS
SOLTAMOX	1	NEDS
<i>tamoxifen citrate tabs</i>	1	
<i>toremifene citrate</i>	1	NEDS
Antimetabolitos		
DROXIA	1	
<i>hydroxyurea caps</i>	1	
<i>mercaptopurine tabs</i>	1	
PURIXAN	1	NEDS
TABLOID	1	
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA	1	PA NSO; NEDS
<i>bortezomib inj 1mg, 2.5mg</i>	1	
<i>bortezomib inj 3.5mg/1.4ml, 3.5mg</i>	1	NEDS
DOCETAXEL INJ 160MG/8ML	1	
<i>docetaxel inj 20mg/ml, 80mg/4ml</i>	1	
IBRANCE TABS 100MG, 125MG, 75MG	1	PA NSO; NEDS
INREBIC	1	PA NSO; NEDS
IWILFIN	1	PA NSO; NEDS
KISQALI FEMARA 200 DOSE	1	PA NSO; NEDS
KISQALI FEMARA 400 DOSE	1	PA NSO; NEDS
KISQALI FEMARA 600 DOSE	1	PA NSO; NEDS
<i>leucovorin calcium tabs</i>	1	
LONSURF	1	PA NSO; NEDS
LYSODREN	1	NEDS
OGSIVEO	1	PA NSO; NEDS
OJEMDA	1	PA NSO; NEDS
ONUREG	1	PA NSO; NEDS
<i>paclitaxel inj 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml, 30mg/5ml</i>	1	
SYNRIBO	1	NEDS
TRUSELTIQ	1	PA NSO; NEDS
VONJO	1	PA NSO; NEDS
ZOLINZA	1	PA NSO; NEDS
Complementos del tratamiento		
MESNEX TABS	1	NEDS
Inhibidores de enzimas		
KYPROLIS	1	NEDS
Inhibidores de la aromataasa, tercera generación		
<i>anastrozole tabs</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>exemestane</i>	1	
<i>letrozole</i>	1	
<i>Inhibidores moleculares dirigidos</i>		
ALECENSA	1	PA NSO; NEDS
ALUNBRIG	1	PA NSO; NEDS
AUGTYRO	1	PA NSO; NEDS
AYVAKIT	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BALVERSA	1	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPS 50MG	1	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPS 100MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BOSULIF TABS 100MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BOSULIF TABS 400MG, 500MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BRAFTOVI CAPS 75MG	1	PA NSO; NEDS
BRUKINSA	1	PA NSO; NEDS
CABOMETYX	1	PA NSO; NEDS
CALQUENCE	1	PA NSO; NEDS
CAPRELSA TABS 300MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
CAPRELSA TABS 100MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
COMETRIQ	1	PA NSO; NEDS
COPIKTRA	1	PA NSO; NEDS
COTELLIC	1	PA NSO; NEDS
DAURISMO	1	PA NSO; NEDS
ERIVEDGE	1	PA NSO; NEDS
<i>erlotinib hydrochloride tabs 150mg, 25mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); NEDS
<i>erlotinib hydrochloride tabs 100mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); NEDS
<i>everolimus tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>everolimus tbso 2mg, 3mg, 5mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
EXKIVITY	1	PA NSO; NEDS
FOTIVDA	1	PA NSO; NEDS
FRUZAQLA	1	PA NSO; NEDS
GAVRETO	1	PA NSO; NEDS
<i>gefitinib</i>	1	PA NSO; NEDS
GILOTRIF	1	PA NSO; NEDS
IBRANCE CAPS 100MG, 125MG, 75MG	1	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ICLUSIG	1	PA NSO; NEDS
IDHIFA	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>imatinib mesylate</i>	1	NEDS
IMBRUVICA	1	PA NSO; NEDS
INLYTA	1	PA NSO; NEDS
INQOVI	1	PA NSO; NEDS
JAKAFI	1	PA NSO; NEDS
JAYPIRCA	1	PA NSO; NEDS
KISQALI	1	PA NSO; NEDS
KOSELUGO	1	PA NSO; NEDS
KRAZATI	1	PA NSO; NEDS
<i>lapatinib ditosylate</i>	1	QL(180 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS
LORBRENA	1	PA NSO; NEDS
LUMAKRAS	1	PA NSO; NEDS
LYNPARZA TABS	1	PA NSO; NEDS
LYTGOBI	1	PA NSO; NEDS
MEKINIST	1	PA NSO; NEDS
MEKTOVI	1	PA NSO; NEDS
NERLYNX	1	PA NSO; NEDS
NINLARO	1	PA NSO; NEDS
ODOMZO	1	PA NSO; NEDS
OJJAARA	1	PA NSO; NEDS
<i>pazopanib hydrochloride</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
PEMAZYRE	1	PA NSO; NEDS
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS
QINLOCK	1	PA NSO; NEDS
RETEVMO CAPS	1	PA NSO; NEDS
RETEVMO TABS 120MG, 160MG	1	PA NSO; NEDS
RETEVMO TABS 80MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RETEVMO TABS 40MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
REZLIDHIA	1	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK	1	PA NSO; NEDS
RUBRACA	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
RYDAPT	1	PA NSO; NEDS
SCSEMBLIX TABS 20MG, 40MG	1	PA NSO; NEDS
SCSEMBLIX TABS 100MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib</i>	1	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib tosylate</i>	1	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
SPRYCEL	1	PA NSO; NEDS
STIVARGA	1	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sunitinib malate</i>	1	PA NSO; NEDS
TABRECTA	1	PA NSO; NEDS
TAFINLAR	1	PA NSO; NEDS
TAGRISSO	1	PA NSO; NEDS
TALZENNA	1	PA NSO; NEDS
TASIGNA	1	PA NSO; NEDS
TAZVERIK	1	PA NSO; NEDS
TEPMETKO	1	PA NSO; NEDS
TIBSOVO	1	PA NSO; NEDS
TRUQAP	1	PA NSO; NEDS
TUKYSA	1	PA NSO; NEDS
TURALIO	1	PA NSO; NEDS
VANFLYTA	1	PA NSO; NEDS
VENCLEXTA STARTING PACK	1	PA NSO; NEDS
VENCLEXTA TABS 10MG, 50MG	1	PA NSO
VENCLEXTA TABS 100MG	1	PA NSO; NEDS
VERZENIO	1	PA NSO; NEDS
VITRAKVI	1	PA NSO; NEDS
VIZIMPRO	1	PA NSO; NEDS
XALKORI	1	PA NSO; NEDS
XOSPATA	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	1	PA NSO; NEDS
ZEJULA	1	PA NSO; NEDS
ZELBORAF	1	PA NSO; NEDS
ZYDELIG	1	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZYKADIA TABS	1	PA NSO; NEDS
Retinoides		
<i>bexarotene caps</i>	1	NEDS
<i>bexarotene gel</i>	1	PA NSO; NEDS
PANRETIN	1	NEDS
<i>tretinoin caps 10mg</i>	1	NEDS
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole tabs</i>	1	
<i>ivermectin tabs</i>	1	
<i>praziquantel tabs</i>	1	
Antiprotozoico		
<i>atovaquone</i>	1	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	1	
<i>chloroquine phosphate tabs</i>	1	
COARTEM	1	QL(24 EA por 3 días)
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 200mg</i>	1	
<i>mefloquine hcl</i>	1	
<i>nitazoxanide</i>	1	
<i>pentamidine isethionate inj</i>	1	
<i>pentamidine isethionate inhalation solr</i>	1	PA BvD
<i>primaquine phosphate tabs</i>	1	
<i>pyrimethamine tabs</i>	1	NEDS
<i>quinine sulfate caps 324mg</i>	1	PA
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		
<i>chlorpromazine hcl tabs</i>	1	
<i>chlorpromazine hydrochloride conc, tabs</i>	1	
<i>fluphenazine decanoate inj</i>	1	
<i>fluphenazine hcl conc</i>	1	
<i>fluphenazine hcl tabs 1mg</i>	1	
<i>fluphenazine hydrochloride elix, inj</i>	1	
<i>fluphenazine hydrochloride tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>haloperidol decanoate inj</i>	1	
<i>haloperidol lactate</i>	1	
<i>haloperidol conc, tabs</i>	1	
<i>loxapine</i>	1	
<i>molindone hydrochloride</i>	1	
<i>perphenazine tabs</i>	1	
<i>pimozide</i>	1	
<i>thioridazine hcl tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>thiothixene caps 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>trifluoperazine hcl tabs 10mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>trifluoperazine hydrochloride tabs 1mg</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Resistente al tratamiento		
<i>clozapine odt</i>	1	
<i>clozapine tabs 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
VERSACLOZ	1	NEDS
Segunda generación/atípico		
ABILIFY ASIMTUFII	1	NEDS
ABILIFY MAINTENA	1	NEDS
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT TBPk 10MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
ABILIFY MYCITE STARTER KIT TBPk 15MG, 20MG, 2MG, 30MG, 5MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>aripiprazole</i>	1	
<i>aripiprazole odt</i>	1	
ARISTADA	1	NEDS
ARISTADA INITIO	1	NEDS
<i>asenapine maleate sl</i>	1	ST NSO
CAPLYTA	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
FANAPT	1	ST NSO; NEDS
FANAPT TITRATION PACK	1	ST NSO
INVEGA HAFYERA	1	NEDS
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	1	
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	1	NEDS
INVEGA TRINZA	1	NEDS
<i>lurasidone hydrochloride tabs 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tabs 80mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI	1	PA NSO; NEDS
NUPLAZID CAPS	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
NUPLAZID TABS 10MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>olanzapine</i>	1	
<i>olanzapine odt</i>	1	
<i>paliperidone er</i>	1	
PERSERIS	1	NEDS
<i>quetiapine fumarate tabs 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg</i>	1	
<i>quetiapine fumarate tabs 25mg, 50mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
REXULTI	1	NEDS
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG, 25MG	1	
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG, 50MG	1	NEDS
<i>risperidone</i>	1	
<i>risperidone er inj 12.5mg, 25mg</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>risperidone er inj 37.5mg, 50mg</i>	1	NEDS
<i>risperidone odt</i>	1	
SECUADO	1	NEDS
VRAYLAR CPPK	1	
VRAYLAR CAPS	1	NEDS
<i>ziprasidone hcl</i>	1	
<i>ziprasidone mesylate</i>	1	
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	1	
ZYPREXA RELPREVV INJ 300MG, 405MG	1	NEDS
Antivírico		
<i>Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)</i>		
APTIVUS CAPS	1	NEDS
<i>atazanavir</i>	1	
<i>atazanavir sulfate caps 300mg</i>	1	
<i>darunavir</i>	1	NEDS
EVOTAZ	1	NEDS
<i>fosamprenavir calcium</i>	1	NEDS
LEXIVA SUSP	1	
<i>lopinavir/ritonavir</i>	1	
NORVIR PACK, SOLN	1	
PREZCOBIX	1	NEDS
PREZISTA SUSP	1	NEDS
PREZISTA TABS 75MG	1	
PREZISTA TABS 150MG	1	NEDS
REYATAZ PACK	1	NEDS
<i>ritonavir</i>	1	
SYMTUZA	1	NEDS
VIRACEPT TABS 250MG	1	
VIRACEPT TABS 625MG	1	NEDS
<i>Agentes anti-VIH, otros</i>		
FUZEON	1	NEDS
<i>maraviroc tabs 300mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); NEDS
<i>maraviroc tabs 150mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); NEDS
RUKOBIA	1	NEDS
SELZENTRY SOLN	1	QL(1800 ML por 30 días)
SELZENTRY TABS 25MG	1	
SELZENTRY TABS 75MG	1	NEDS
SUNLENCA TBPK	1	NEDS
TYBOST	1	
<i>Agentes anticitomegalovirus (CMV)</i>		
<i>cidofovir</i>	1	NEDS
LIVTENCITY	1	PA; NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PREVYMIS TABS	1	PA; NEDS
<i>valganciclovir</i>	1	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	1	NEDS
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl caps, soln, tabs</i>	1	
<i>oseltamivir phosphate caps, susr</i>	1	
RELENZA DISKHALER	1	
<i>rimantadine hydrochloride</i>	1	
XOFLUZA TBPk 40MG, 80MG	1	QL(1 EA por 7 días)
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET	1	PA; NEDS
<i>ribavirin caps</i>	1	
<i>ribavirin tabs 200mg</i>	1	
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	1	PA; NEDS
VOSEVI	1	PA; NEDS
Agentes antiherpéticos		
<i>acyclovir sodium inj 50mg/ml</i>	1	PA
<i>acyclovir caps, susp, tabs</i>	1	
<i>famciclovir tabs</i>	1	
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	1	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY	1	NEDS
DOVATO	1	NEDS
GENVOYA	1	NEDS
ISENTRESS HD	1	QL(60 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS PACK	1	
ISENTRESS TABS	1	QL(120 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS CHEW 100MG	1	QL(180 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS CHEW 25MG	1	QL(720 EA por 30 días)
JULUCA	1	NEDS
STRIBILD	1	NEDS
TIVICAY PD	1	
TIVICAY TABS 10MG	1	
TIVICAY TABS 25MG, 50MG	1	NEDS
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
COMPLERA	1	NEDS
DELSTRIGO	1	NEDS
EDURANT	1	NEDS
<i>efavirenz</i>	1	
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	NEDS
<i>etravirine</i>	1	NEDS
INTELENCE TABS 25MG	1	
<i>nevirapine</i>	1	
<i>nevirapine er</i>	1	
PIFELTRO	1	NEDS
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir</i>	1	
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	1	
CIMDUO	1	NEDS
DESCOVY	1	NEDS
<i>emtricitabine</i>	1	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	1	NEDS
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg; 300mg</i>	1	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg; 150mg, 133mg; 200mg</i>	1	NEDS
EMTRIVA SOLN	1	
<i>lamivudine/zidovudine</i>	1	
<i>lamivudine soln 10mg/ml</i>	1	
<i>lamivudine tabs 150mg, 300mg</i>	1	
ODEFSEY	1	NEDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	
TRIUMEQ	1	NEDS
TRIUMEQ PD	1	
TRIZIVIR	1	NEDS
VIREAD POWD	1	NEDS
VIREAD TABS 150MG, 200MG, 250MG	1	NEDS
<i>zidovudine</i>	1	
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil</i>	1	
<i>entecavir</i>	1	
<i>lamivudine tabs 100mg</i>	1	
VEMLIDY	1	NEDS
Antivirales, agentes de coronavirus		
LAGEVRIO	1	QL(40 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK 150MG; 100MG	1	QL(20 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK 150MG; 100MG	1	QL(30 EA por 5 días)
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Aglutinantes de potasio		
LOKELMA	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powd</i>	1	
<i>sps</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET	1	NEDS
<i>deferasirox tabs</i>	1	
<i>deferasirox pack</i>	1	NEDS
<i>deferasirox tbso 125mg</i>	1	
<i>deferasirox tbso 250mg, 500mg</i>	1	NEDS
<i>penicillamine tabs</i>	1	NEDS
<i>trientine hydrochloride</i>	1	NEDS
Quelantes de fosfato		
<i>calcium acetate caps</i>	1	
<i>calcium acetate tabs 667mg</i>	1	
<i>sevelamer carbonate</i>	1	
VELPHORO	1	NEDS
Reemplazo de electrolitos/minerales		
AMINOSYN II INJ 107.6MEQ/L; 1490MG/100ML; 1527MG/100ML; 1050MG/100ML; 1107MG/100ML; 750MG/100ML; 450MG/100ML; 990MG/100ML; 1500MG/100ML; 1575MG/100ML; 258MG/100ML; 405MG/100ML; 447MG/100ML; 1083MG/100ML; 795MG/100ML; 50MEQ/L; 600MG/100ML; 300MG/100ML; 750MG/100ML	1	PA BvD
AMINOSYN-PF 7% INJ 32.5MEQ/L; 490MG/100ML; 861MG/100ML; 370MG/100ML; 576MG/100ML; 270MG/100ML; 220MG/100ML; 534MG/100ML; 831MG/100ML; 475MG/100ML; 125MG/100ML; 300MG/100ML; 570MG/100ML; 347MG/100ML; 50MG/100ML; 360MG/100ML; 125MG/100ML; 44MG/100ML; 452MG/100ML	1	PA BvD
<i>carglumic acid</i>	1	PA; NEDS
CLINIMIX 6/5	1	PA BvD
CLINIMIX 8/10	1	PA BvD
CLINIMIX E 8/10	1	PA BvD
<i>dextrose 10%</i>	1	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	1	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	1	
<i>dextrose 50%</i>	1	
<i>dextrose 70%</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>dextrose/sodium chloride</i>	1	
<i>effer-k tbeF 25meq</i>	1	
<i>k-prime</i>	1	
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 10meq/l; 0.45%</i>	1	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	1	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 20meq/l; 0.45%</i>	1	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 20meq/l; 0.9%</i>	1	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 40meq/l; 0.45%</i>	1	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	1	
<i>klor-con</i>	1	
<i>klor-con 10</i>	1	
<i>klor-con 8</i>	1	
<i>klor-con m10</i>	1	
<i>klor-con m15</i>	1	
<i>klor-con m20</i>	1	
<i>klor-con/ef</i>	1	
<i>lactated ringers inj 3meq/l; 109meq/l; 28meq/l; 4meq/l; 130meq/l</i>	1	
<i>magnesium sulfate inj 50%</i>	1	
PLENAMINE	1	PA BvD
<i>potassium chloride er</i>	1	
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride inj 5%; 10meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.225%, 5%; 20meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.9%, 5%; 30meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	1	
<i>potassium chloride pack, oral soln</i>	1	
<i>potassium chloride inj 10meq/50ml, 20meq/50ml, 2meq/ml</i>	1	
<i>potassium citrate er</i>	1	
PREMASOL INJ 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	1	PA BvD
PROSOL	1	PA BvD
<i>sodium chloride 0.45% inj</i>	1	
<i>sodium chloride inj 0.9%, 2.5meq/ml, 3%, 4meq/ml, 5%</i>	1	
TRAVASOL INJ 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 500MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	1	PA BvD

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TROPHAMINE INJ 0.54GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.32GM/100ML; 0; 0; 0.5GM/100ML; 0.36GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.82GM/100ML; 1.4GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.34GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.68GM/100ML; 0.38GM/100ML; 5MEQ/L; 0.025GM/100ML; 0.42GM/100ML; 0.2GM/100ML; 0.24GM/100ML; 0.78GM/100ML	1	PA BvD
Vitaminas		
<i>prenatal tabs 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 inj, oral soln</i>	1	
<i>aminocaproic acid tabs 500mg</i>	1	
<i>tranexamic acid tabs</i>	1	
Agentes modificadores de plaquetas		
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	1	
BRILINTA	1	
CABLIVI	1	NEDS
<i>cilostazol</i>	1	
<i>clopidogrel</i>	1	
DOPTELET	1	PA; NEDS
<i>prasugrel hydrochloride</i>	1	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate</i>	1	
ELIQUIS	1	
ELIQUIS STARTER PACK	1	
<i>enoxaparin sodium</i>	1	
<i>fondaparinux sodium inj 2.5mg/0.5ml</i>	1	
<i>fondaparinux sodium inj 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	1	NEDS
FRAGMIN INJ 10000UNIT/4ML, 2500UNIT/0.2ML, 5000UNIT/0.2ML	1	
FRAGMIN INJ 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNIT/0.72ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	1	NEDS
<i>heparin sodium/d5w inj 5%; 40unit/ml</i>	1	
<i>heparin sodium inj 10000unit/ml, 1000unit/ml, 20000unit/ml, 5000unit/0.5ml, 5000unit/ml</i>	1	
<i>jantoven</i>	1	
<i>warfarin sodium tabs</i>	1	
XARELTO STARTER PACK	1	
XARELTO TABS	1	
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
MOZOBIL	1	NEDS
NEULASTA	1	NEDS
NEULASTA ONPRO KIT	1	NEDS
<i>plerixafor</i>	1	NEDS
PROCRIT INJ 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	1	
PROCRIT INJ 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	1	NEDS
PROMACTA	1	PA; NEDS
RETACRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	1	
RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	1	NEDS
UDENYCA	1	NEDS
UDENYCA ONBODY	1	NEDS
ZARXIO	1	NEDS
Reguladores de la glucemia		
<i>Agentes antidiabéticos</i>		
<i>acarbose tabs</i>	1	
BYDUREON BCISE	1	PA
BYETTA	1	PA
<i>glimepiride tabs 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
<i>glipizide er</i>	1	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glipizide tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>glyburide micronized</i>	1	
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glyburide tabs 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
GLYXAMBI	1	
JANUMET	1	
JANUMET XR	1	
JANUVIA	1	
JENTADUETO	1	
JENTADUETO XR	1	
<i>metformin hydrochloride er tb24 500mg, 750mg</i>	1	
<i>metformin hydrochloride soln</i>	1	
<i>metformin hydrochloride tabs 1000mg, 500mg, 850mg</i>	1	
<i>miglitol</i>	1	
MOUNJARO	1	PA
<i>nateglinide</i>	1	
OZEMPIC	1	PA
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	1	
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	1	
<i>pioglitazone hcl tabs 45mg</i>	1	
<i>pioglitazone hydrochloride tabs 15mg, 30mg</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>repaglinide</i>	1	
RYBELSUS	1	PA
<i>saxagliptin hydrochloride</i>	1	
<i>saxagliptin hydrochloride/metformin hydrochloride er</i>	1	
SYMLINPEN 120	1	NEDS
SYMLINPEN 60	1	NEDS
SYNJARDY	1	
SYNJARDY XR	1	
TRADJENTA	1	
TRULICITY	1	PA
XIGDUO XR	1	
<i>Agentes antiglucémicos</i>		
BAQSIMI ONE PACK	1	
BAQSIMI TWO PACK	1	
<i>diazoxide susp</i>	1	
GLUCAGEN HYPOKIT	1	
GLUCAGON EMERGENCY KIT	1	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	1	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	1	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	1	
GVOKE KIT	1	
GVOKE PFS	1	
<i>Insulinas</i>		
HUMALOG	1	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	1	
HUMALOG KWIKPEN	1	
HUMALOG MIX 50/50	1	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	1	
HUMALOG MIX 75/25	1	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	1	
HUMULIN 70/30	1	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	1	
HUMULIN N	1	
HUMULIN N KWIKPEN	1	
HUMULIN R	1	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	1	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	1	
INSULIN LISPRO	1	
LANTUS	1	
LANTUS SOLOSTAR	1	
LEVEMIR FLEXTOUCH	1	
NOVOLIN 70/30	1	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NOVOLIN N	1	
NOVOLIN N FLEXPEN	1	
NOVOLIN R	1	
NOVOLIN R FLEXPEN	1	
NOVOLOG	1	
NOVOLOG FLEXPEN	1	
NOVOLOG MIX 70/30	1	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	1	
NOVOLOG PENFILL	1	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	1	
TOUJEO SOLOSTAR	1	
TRESIBA	1	
TRESIBA FLEXTOUCH	1	
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	1	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
<i>betaine anhydrous</i>	1	NEDS
CHOLBAM	1	PA; NEDS
CREON	1	
<i>cromolyn sodium conc 100mg/5ml</i>	1	
CYSTAGON	1	
<i>dichlorphenamide</i>	1	PA; NEDS
ENDARI	1	NEDS
<i>l-glutamine</i>	1	NEDS
<i>miglustat</i>	1	PA; NEDS
<i>nitisinone</i>	1	PA; NEDS
PROLASTIN-C	1	PA; NEDS
PYRUKYND	1	PA; NEDS
PYRUKYND TAPER PACK	1	PA; NEDS
REVCOVI	1	NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	1	PA; NEDS
<i>sodium phenylbutyrate</i>	1	NEDS
SUCRAID	1	NEDS
WELIREG	1	PA NSO; NEDS
YARGESA	1	PA; NEDS
ZENPEP	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

D. Índice de Medicamentos Cubiertos

Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	50
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	50
ABELCET	40
ABILIFY ASIMTUFII	47
ABILIFY MAINTENA	47
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	47
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	47
<i>abiraterone acetate</i>	41
ABRYSVO	23
<i>acamprosate calcium dr</i>	27
<i>acarbose</i>	54
<i>accutane</i>	12
<i>acebutolol hydrochloride</i>	4
<i>acetaminophen/codeine</i>	31
<i>acetazolamide</i>	24
<i>acetazolamide er</i>	24
<i>acetic acid</i>	31
<i>acetic acid 0.25%</i>	15
<i>acetylcysteine</i>	27
<i>acitretin</i>	12
ACTHIB	23
ACTIMMUNE	21
<i>acyclovir</i>	49
<i>acyclovir sodium</i>	49
ADACEL	23
<i>adapalene</i>	12
<i>adefovir dipivoxil</i>	50
ADEMPAS	28
ADTHYZA	19
AIMOVIG	3
AKEEGA	42
<i>albendazole</i>	46
<i>albuterol sulfate</i>	29
<i>albuterol sulfate hfa</i>	29
<i>alcohol prep pads</i>	30
ALECENSA	43
<i>alendronate sodium</i>	9
<i>alfuzosin hcl er</i>	15
<i>aliskiren</i>	5
<i>allopurinol</i>	8
ALOCRIIL	24
<i>alosetron hydrochloride</i>	14

Nombre del medicamento	Página
ALPHAGAN P	24
<i>alprazolam</i>	33
<i>alprazolam er</i>	33
ALUNBRIG	43
<i>alyq</i>	28
<i>amabelz</i>	16
<i>amantadine hcl</i>	49
<i>ambrisentan</i>	28
<i>amcinonide</i>	13
<i>amethia</i>	16
<i>amikacin sulfate</i>	33
<i>amiloride hcl</i>	8
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	5
<i>aminocaproic acid</i>	53
AMINOSYN II	51
AMINOSYN-PF 7%	51
<i>amiodarone hydrochloride</i>	6
<i>amitriptyline hcl</i>	39
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	39
<i>amlodipine besylate</i>	5
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	5
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	5
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	5
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	5
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	5
<i>ammonium lactate</i>	13
<i>amnesteam</i>	12
<i>amoxapine</i>	39
<i>amoxicillin</i>	35
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	35
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	35
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	10
<i>amphotericin b</i>	40
<i>amphotericin b liposome</i>	40
<i>ampicillin</i>	35
<i>ampicillin sodium</i>	35
<i>ampicillin/sulbactam</i>	35
<i>ampicillin-sulbactam</i>	35
<i>anagrelide hydrochloride</i>	53
<i>anastrozole</i>	42
ANORO ELLIPTA	27
<i>apraclonidine</i>	24
<i>aprepitant</i>	40
<i>apri</i>	16

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
APTIOM	37	BALVERSA	43
APTIVUS	48	<i>balziva</i>	16
ARCALYST	20	BAQSIMI ONE PACK	55
AREXVY	23	BAQSIMI TWO PACK	55
<i>arformoterol tartrate</i>	29	BCG VACCINE	23
ARIKAYCE	33	<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x</i>	30
<i>aripiprazole</i>	47	<i>1/2"</i>	
<i>aripiprazole odt</i>	47	<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x</i>	30
ARISTADA	47	<i>5/16"</i>	
ARISTADA INITIO	47	<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x</i>	30
<i>armodafinil</i>	11	<i>12.7mm</i>	
ARMOUR THYROID	19	<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	30
<i>asenapine maleate sl</i>	47	<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	30
<i>ashlyna</i>	16	<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	30
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	53	<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x</i>	30
<i>atazanavir</i>	48	<i>12.7mm</i>	
<i>atazanavir sulfate</i>	48	BELSOMRA	11
<i>atenolol</i>	4	<i>benazepril hcl</i>	8
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	5	<i>benazepril hydrochloride</i>	8
<i>atomoxetine</i>	10	<i>benazepril</i>	5
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	10	<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	
<i>atorvastatin calcium</i>	7	BENLYSTA	20
<i>atovaquone</i>	46	<i>benztropine mesylate</i>	4
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	46	<i>bepotastine besilate</i>	24
<i>atropine sulfate</i>	24	BERINERT	21
ATROVENT HFA	29	BESIVANCE	25
AUGTYRO	43	BESREMI	21
AUSTEDO	11	<i>betaine anhydrous</i>	56
AUVELITY	38	BETAMETHASONE DIPROPIONATE	13
<i>aviane</i>	16	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	13
<i>avita</i>	12	<i>betamethasone valerate</i>	13
AVONEX	9	BETASERON	9
AVONEX PEN	9	<i>betaxolol hcl</i>	24
AYVAKIT	43	<i>bethanechol chloride</i>	15
<i>azathioprine</i>	21	BETIMOL	24
<i>azelaic acid</i>	12	BEVESPI AEROSPHERE	27
<i>azelastine hcl</i>	24	<i>bexarotene</i>	46
<i>azelastine hcl</i>	28	BEXSERO	23
<i>azelastine hydrochloride</i>	28	<i>bicalutamide</i>	41
<i>azithromycin</i>	35	BICILLIN L-A	35
<i>aztreonam</i>	33	BIKTARVY	49
<i>bacitracin</i>	25	<i>bimatoprost</i>	26
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	24	<i>bisoprolol fumarate</i>	4
<i>baclofen</i>	3	<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	5
<i>balsalazide disodium</i>	9	BIVIGAM	21

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
BOOSTRIX	23	<i>calcitriol</i>	9
<i>bortezomib</i>	42	<i>calcitriol</i>	12
<i>bosentan</i>	28	<i>calcium acetate</i>	51
BOSULIF	43	CALQUENCE	43
BRAFTOVI	43	<i>camila</i>	18
BREO ELLIPTA	27	<i>candesartan cilexetil</i>	6
BREYNA	27	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	5
BREZTRI AEROSPHERE	27	CAPLYTA	47
<i>briellyn</i>	16	CAPRELSA	43
BRILINTA	53	<i>captopril</i>	8
<i>brimonidine tartrate</i>	24	<i>carbamazepine</i>	37
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	24	<i>carbamazepine er</i>	37
<i>brinzolamide</i>	24	<i>carbidopa</i>	4
BRIVIACT	38	<i>carbidopa/levodopa</i>	4
<i>bromfenac</i>	25	<i>carbidopa/levodopa er</i>	4
<i>bromfenac sodium</i>	26	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	4
<i>bromocriptine mesylate</i>	4	<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	4
BROMSITE	26	<i>carglumic acid</i>	51
BRONCHITOL	27	<i>carteolol hcl</i>	24
BRUKINSA	43	<i>cartia xt</i>	5
<i>budesonide</i>	9	<i>carvedilol</i>	4
<i>budesonide</i>	28	CAYSTON	28
<i>budesonide er</i>	9	<i>cefaclor</i>	34
<i>bumetanide</i>	8	<i>cefadroxil</i>	34
<i>buprenorphine</i>	31	<i>cefazolin</i>	34
<i>buprenorphine hcl</i>	27	<i>cefazolin sodium</i>	34
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	26	<i>cefazolin sodium/dextrose</i>	34
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	27	<i>cefdinir</i>	34
<i>bupropion hcl</i>	38	<i>cefepime</i>	34
<i>bupropion hydrochloride</i>	38	<i>cefepime hydrochloride</i>	34
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	26	<i>cefepime/dextrose</i>	34
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	38	<i>cefixime</i>	34
<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	38	<i>cefotetan</i>	35
<i>bupirone hcl</i>	33	<i>cefoxitin sodium</i>	35
<i>bupirone hydrochloride</i>	33	<i>cefpodoxime proxetil</i>	35
<i>butorphanol tartrate</i>	31	<i>cefprozil</i>	35
BYDUREON BCISE	54	<i>ceftazidime</i>	35
BYETTA	54	<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	35
<i>cabergoline</i>	19	<i>ceftriaxone sodium</i>	35
CABLIVI	53	<i>ceftriaxone/dextrose</i>	35
CABOMETYX	43	<i>cefuroxime axetil</i>	35
<i>calcipotriene</i>	12	<i>cefuroxime sodium</i>	35
CALCITONIN SALMON	9	<i>celecoxib</i>	32
<i>calcitonin-salmon</i>	9	<i>cephalexin</i>	35
		<i>cevimeline hydrochloride</i>	11

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
CHEMET	51	<i>clonazepam</i>	36
<i>chlorhexidine gluconate</i>	11	<i>clonazepam odt</i>	36
<i>chloroquine phosphate</i>	46	<i>clonidine</i>	6
<i>chlorpromazine hcl</i>	46	<i>clonidine hydrochloride</i>	6
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	46	<i>clonidine hydrochloride er</i>	10
<i>chlorthalidone</i>	8	<i>clopidogrel</i>	53
CHOLBAM	56	<i>clorazepate dipotassium</i>	33
<i>cholestyramine</i>	7	<i>clotrimazole</i>	40
<i>cholestyramine light</i>	7	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	12
CICLOPIROX	14	<i>clozapine</i>	47
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	14	<i>clozapine odt</i>	47
<i>ciclopirox olamine</i>	14	COARTEM	46
<i>cidofovir</i>	48	<i>codeine sulfate</i>	31
<i>cilostazol</i>	53	<i>colchicine</i>	8
CIMDUO	50	<i>colestipol hcl</i>	7
<i>cimetidine</i>	15	<i>colistimethate sodium</i>	34
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	9	COMBIVENT RESPIMAT	27
<i>ciprofloxacin</i>	31	COMETRIQ	43
<i>ciprofloxacin</i>	36	COMPLERA	49
<i>ciprofloxacin hcl</i>	36	<i>constulose</i>	14
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	25	COPIKTRA	43
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	36	CORLANOR	5
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	36	CORTIFOAM	9
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	31	CORTISPORIN-TC	31
<i>citalopram hydrobromide</i>	39	COSENTYX	20
<i>claravis</i>	12	COSENTYX SENSOREADY PEN	20
<i>clarithromycin</i>	35	COSENTYX UNOREADY	20
<i>clarithromycin er</i>	35	COTELLIC	43
CLENPIQ	14	CREON	56
<i>clindacin-p</i>	34	<i>cromolyn sodium</i>	24
<i>clindamycin hcl</i>	34	<i>cromolyn sodium</i>	30
<i>clindamycin hydrochloride</i>	34	<i>cromolyn sodium</i>	56
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	34	<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	30
<i>clindamycin phosphate</i>	14	CUVITRU	21
<i>clindamycin phosphate</i>	34	<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	56
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	12	<i>cyclopentolate hcl</i>	25
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	12	<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	25
CLINIMIX 6/5	51	<i>cyclophosphamide</i>	41
CLINIMIX 8/10	51	<i>cyclosporine</i>	22
CLINIMIX E 8/10	51	<i>cyclosporine</i>	25
<i>clobazam</i>	36	<i>cyclosporine modified</i>	22
CLOBETASOL PROPIONATE	13	<i>cyproheptadine hcl</i>	28
<i>clobetasol propionate e</i>	13	<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	28
<i>clodan</i>	13	CYSTAGON	56
<i>clomipramine hydrochloride</i>	39	CYSTARAN	25

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>dabigatran etexilate</i>	53	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	51
<i>dalfampridine er</i>	9	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	51
<i>danazol</i>	16	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	51
<i>dantrolene sodium</i>	3	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	51
DAPSONE	40	<i>dextrose 50%</i>	51
DAPTACEL	23	<i>dextrose 70%</i>	51
<i>daptomycin</i>	34	<i>dextrose/sodium chloride</i>	52
<i>daptomycin/sodium chloride</i>	34	DIACOMIT	36
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	16	<i>diazepam</i>	33
<i>darunavir</i>	48	<i>diazepam intensol</i>	33
DARZALEX	41	<i>diazepam rectal gel</i>	37
DAURISMO	43	<i>diazoxide</i>	55
<i>deblitane</i>	18	<i>dichlorphenamide</i>	56
<i>deferasirox</i>	51	<i>diclofenac epolamine</i>	32
DELSTRIGO	49	<i>diclofenac potassium</i>	32
DENGVAXIA	23	<i>diclofenac sodium</i>	12
DEPO-MEDROL	18	<i>diclofenac sodium</i>	26
DEPO-SUBQ PROVERA 104	18	<i>diclofenac sodium</i>	32
DESCOVY	50	<i>diclofenac sodium dr</i>	32
<i>desipramine hydrochloride</i>	39	<i>diclofenac sodium er</i>	32
<i>desloratadine</i>	28	<i>dicloxacillin sodium</i>	35
<i>desmopressin acetate</i>	16	<i>dicyclomine hcl</i>	15
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	17	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	15
DESONIDE	13	DIFICID	36
<i>desoximetasone</i>	13	<i>diflunisal</i>	32
DESRX	13	<i>difluprednate</i>	26
<i>desvenlafaxine er</i>	39	<i>digitek</i>	6
<i>dexamethasone</i>	18	<i>digoxin</i>	6
<i>dexamethasone intensol</i>	18	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	3
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	19	<i>diltiazem hcl</i>	5
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	26	<i>diltiazem hcl cd</i>	5
<i>dexamethasone sodium phosphate + rfid</i>	19	<i>diltiazem hcl er</i>	5
DEXLANSOPRAZOLE	15	<i>diltiazem hydrochloride</i>	5
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	10	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	5
<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	10	<i>dilt-xr</i>	5
<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	10	<i>dimethyl fumarate</i>	9
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	10	<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	28
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	10	<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed</i>	23
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	10	<i>pediatric</i>	
<i>dextrose 10%</i>	51	<i>disulfiram</i>	27
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	51	<i>divalproex sodium</i>	37
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	51	<i>divalproex sodium dr</i>	37
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	51	<i>divalproex sodium er</i>	37
<i>dextrose 5%</i>	51	DOCETAXEL	42
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	51	DOFETILIDE	7

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>donepezil hcl</i>	3	<i>emtricitabine</i>	50
<i>donepezil hydrochloride</i>	3	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	50
DOPTELET	53	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	50
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	25	EMTRIVA	50
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	24	<i>enalapril maleate</i>	8
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate</i>	25	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>pf</i>		ENBREL	22
<i>dotti</i>	17	ENBREL MINI	22
DOVATO	49	ENBREL SURECLICK	22
<i>doxazosin mesylate</i>	15	ENDARI	56
<i>doxepin hcl</i>	39	<i>endocet</i>	31
<i>doxepin hydrochloride</i>	39	ENGERIX-B	23
DOXY 100	36	<i>enilloring</i>	17
<i>doxycycline</i>	36	<i>enoxaparin sodium</i>	53
<i>doxycycline hyclate</i>	36	<i>entacapone</i>	4
<i>doxycycline monohydrate</i>	36	<i>entecavir</i>	50
DRIZALMA SPRINKLE	39	ENTRESTO	6
<i>dronabinol</i>	40	<i>enulose</i>	14
<i>droplet pen needles 29gx10mm</i>	30	ENVARSUS XR	22
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	17	EPIDIOLEX	38
DROXIA	42	<i>epinastine hcl</i>	24
<i>droxidopa</i>	6	<i>epinephrine</i>	29
<i>duloxetine hcl</i>	39	<i>epitol</i>	37
<i>duloxetine hydrochloride</i>	39	<i>eplerenone</i>	6
DUPIXENT	20	EPRONTIA	38
<i>dutasteride</i>	15	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	3
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	15	ERIVEDGE	43
<i>ec-naproxen</i>	32	ERLEADA	41
<i>econazole nitrate</i>	40	<i>erlotinib hydrochloride</i>	43
EDURANT	49	<i>errin</i>	18
<i>efavirenz</i>	49	<i>ertapenem</i>	35
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	49	<i>ertapenem sodium</i>	35
<i>fumarate</i>		<i>ery</i>	14
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil</i>	50	<i>erythromycin</i>	14
<i>fumarate</i>		<i>erythromycin</i>	25
<i>effe-k</i>	52	<i>erythromycin</i>	36
ELIGARD	19	<i>erythromycin dr</i>	36
ELIQUIS	53	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	36
ELIQUIS STARTER PACK	53	<i>escitalopram oxalate</i>	39
<i>elixophyllin</i>	30	<i>esomeprazole magnesium</i>	15
ELMIRON	16	<i>estradiol</i>	17
<i>eluryng</i>	17	<i>estradiol valerate</i>	17
EMCYT	42	<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	17
EMGALITY	3	ESTRING	17
EMSAM	38	<i>eszopiclone</i>	11

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>ethacrynic acid</i>	8	<i>flucytosine</i>	41
<i>ethambutol hydrochloride</i>	40	<i>fludrocortisone acetate</i>	19
<i>ethosuximide</i>	36	<i>flunisolide</i>	29
<i>etodolac</i>	32	<i>fluocinolone acetonide</i>	13
<i>etodolac er</i>	32	<i>fluocinolone acetonide</i>	31
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	17	<i>fluocinolone acetonide body</i>	13
<i>etravirine</i>	50	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	13
<i>euthyrox</i>	19	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	13
<i>everolimus</i>	22	FLUOCINONIDE	13
<i>everolimus</i>	43	<i>fluocinonide emulsified base</i>	13
EVOTAZ	48	<i>fluorometholone</i>	26
<i>exemestane</i>	43	<i>fluorouracil</i>	12
EXKIVITY	43	<i>fluoxetine dr</i>	39
<i>ezetimibe</i>	7	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	39
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	7	<i>fluphenazine decanoate</i>	46
<i>falmina</i>	17	<i>fluphenazine hcl</i>	46
<i>famciclovir</i>	49	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	46
<i>famotidine</i>	15	<i>flurazepam hcl</i>	11
FANAPT	47	<i>flurazepam hydrochloride</i>	11
FANAPT TITRATION PACK	47	<i>flurbiprofen</i>	32
FARXIGA	8	<i>flurbiprofen sodium</i>	26
FASENRA	27	<i>flutamide</i>	41
FASENRA PEN	27	<i>fluticasone propionate</i>	13
<i>felbamate</i>	38	<i>fluticasone propionate</i>	29
<i>felodipine er</i>	5	<i>fluticasone propionate diskus</i>	29
<i>fenofibrate</i>	7	<i>fluticasone propionate hfa</i>	29
<i>fenofibrate micronized</i>	7	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	27
<i>fenofibric acid dr</i>	7	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	27
<i>fentanyl</i>	31	<i>fluvastatin</i>	7
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	31	<i>fluvastatin sodium er</i>	7
FETZIMA	39	<i>flvoxamine maleate</i>	39
FETZIMA TITRATION PACK	39	FML	26
<i>finasteride</i>	15	<i>fondaparinux sodium</i>	53
<i> fingolimod hydrochloride</i>	9	<i>formoterol fumarate</i>	29
FINTEPLA	38	<i>fosamprenavir calcium</i>	48
<i>finzala</i>	17	<i>fosinopril sodium</i>	8
FIRMAGON	19	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>flac</i>	31	FOTIVDA	43
FLAREX	26	FRAGMIN	53
FLEBOGAMMA DIF	21	FRUZAQLA	43
<i>flecainide acetate</i>	7	<i>furosemide</i>	8
FLOLIPID	7	FUZEON	48
FLOVENT DISKUS	28	<i>fyavolv</i>	17
<i>fluconazole</i>	40	FYCOMPA	38
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	41	<i>gabapentin</i>	37

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>galantamine hydrobromide</i>	3	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	41
<i>galantamine hydrobromide er</i>	3	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	10
GAMMAGARD LIQUID	21	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	55
GAMMAPLEX	21	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	55
GARDASIL 9	23	GVOKE KIT	55
<i>gatifloxacin</i>	25	GVOKE PFS	55
<i>gauze pads 2"x2"</i>	30	HAEGARDA	21
<i>gavilyte-c</i>	14	<i>halobetasol propionate</i>	13
<i>gavilyte-g</i>	14	<i>haloette</i>	17
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	14	<i>haloperidol</i>	46
GAVRETO	43	<i>haloperidol decanoate</i>	46
<i>gefitinib</i>	43	<i>haloperidol lactate</i>	46
<i>gemfibrozil</i>	7	HAVRIX	23
GEMTESA	16	<i>heather</i>	18
<i>generlac</i>	14	<i>heparin sodium</i>	53
GENGRAF	22	<i>heparin sodium/d5w</i>	53
GENOTROPIN	16	HEPLISAV-B	23
GENOTROPIN MINIQUICK	16	HIBERIX	23
<i>gentak</i>	25	HIZENTRA	21
<i>gentamicin sulfate</i>	25	HUMALOG	55
<i>gentamicin sulfate</i>	33	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	55
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	33	HUMALOG KWIKPEN	55
GENVOYA	49	HUMALOG MIX 50/50	55
GILOTRIF	43	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	55
<i>glatiramer acetate</i>	10	HUMALOG MIX 75/25	55
GLEOSTINE	41	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	55
<i>glimepiride</i>	54	HUMIRA	22
<i>glipizide</i>	54	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	22
<i>glipizide er</i>	54	DISEASE STARTER PACK	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	54	HUMIRA PEN	22
GLOPERBA	9	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	22
GLUCAGEN HYPOKIT	55	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	22
GLUCAGON EMERGENCY KIT	55	STARTER PACK	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	55	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	22
LOW BLOOD SUGAR		HUMULIN 70/30	55
<i>glyburide</i>	54	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	55
<i>glyburide micronized</i>	54	HUMULIN N	55
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	54	HUMULIN N KWIKPEN	55
<i>glycopyrrolate</i>	15	HUMULIN R	55
<i>glydo</i>	33	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	55
GLYXAMBI	54	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	55
<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	30	<i>hydralazine hcl</i>	8
<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	30	<i>hydralazine hydrochloride</i>	8
<i>granisetron hydrochloride</i>	40	<i>hydrochlorothiazide</i>	8
<i>griseofulvin microsize</i>	41	<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	31

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	31	INTRALIPID	30
<i>hydrocortisone</i>	9	<i>introvale</i>	17
<i>hydrocortisone</i>	13	INVEGA HAFYERA	47
<i>hydrocortisone</i>	19	INVEGA SUSTENNA	47
HYDROCORTISONE BUTYRATE	13	INVEGA TRINZA	47
HYDROCORTISONE VALERATE	13	IPOL INACTIVATED IPV	23
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	31	<i>ipratropium bromide</i>	29
<i>hydromorphone hcl</i>	31	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	27
<i>hydromorphone hcl er</i>	31	<i>irbesartan</i>	6
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	46	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>hydroxyurea</i>	42	ISENTRESS	49
<i>hydroxyzine hcl</i>	28	ISENTRESS HD	49
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	28	<i>isoniazid</i>	40
<i>hydroxyzine pamoate</i>	28	<i>isosorbide dinitrate</i>	8
IBRANCE	42	<i>isosorbide mononitrate</i>	8
IBRANCE	43	<i>isosorbide mononitrate er</i>	8
<i>ibu</i>	32	<i>isotonic gentamicin</i>	33
<i>ibuprofen</i>	32	<i>isotretinoin</i>	12
<i>icatibant acetate</i>	21	<i>itraconazole</i>	41
<i>iclevia</i>	17	<i>ivabradine hydrochloride</i>	6
ICLUSIG	44	<i>ivermectin</i>	46
<i>icosapent ethyl</i>	7	IWILFIN	42
IDHIFA	44	IXCHIQ	23
ILEVRO	26	IXIARO	23
<i>imatinib mesylate</i>	44	JAKAFI	44
IMBRUVICA	44	<i>jantoven</i>	53
<i>imipenem/cilastatin</i>	35	JANUMET	54
<i>imipramine hcl</i>	39	JANUMET XR	54
<i>imipramine hydrochloride</i>	39	JANUVIA	54
<i>imiquimod</i>	12	JARDIANCE	8
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	23	JAYPIRCA	44
IMPAVIDO	34	JENTADUETO	54
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	17	JENTADUETO XR	54
IMVEXXY STARTER PACK	17	<i>jinteli</i>	17
INCRELEX	16	<i>joyeaux</i>	17
INCRUSE ELLIPTA	29	JULUCA	49
<i>indapamide</i>	8	<i>junel 1.5/30</i>	17
<i>indomethacin</i>	32	<i>junel 1/20</i>	17
INFANRIX	23	<i>junel fe 1.5/30</i>	17
INGREZZA	11	<i>junel fe 1/20</i>	17
INLYTA	44	<i>junel fe 24</i>	17
INQOVI	44	JYLAMVO	22
INREBIC	42	JYNNEOS	23
INSULIN LISPRO	55	KALYDECO	28
INTELENCE	50	<i>kariva</i>	17

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	52	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	38
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	52	<i>lanreotide acetate</i>	20
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%</i>	52	<i>lansoprazole</i>	15
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	52	LANTUS	55
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	52	LANTUS SOLOSTAR	55
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	52	<i>lapatinib ditosylate</i>	44
<i>kelnor 1/35</i>	17	<i>larin 1.5/30</i>	17
<i>kenalog-10</i>	19	<i>larin 1/20</i>	17
KERENDIA	6	<i>larin fe 1.5/30</i>	17
KESIMPTA	10	<i>larin fe 1/20</i>	17
<i>ketoconazole</i>	41	<i>latanoprost</i>	26
<i>ketorolac tromethamine</i>	26	<i>leflunomide</i>	22
KINRIX	23	<i>lenalidomide</i>	41
KISQALI	44	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	44
KISQALI FEMARA 200 DOSE	42	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	44
KISQALI FEMARA 400 DOSE	42	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	44
KISQALI FEMARA 600 DOSE	42	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	44
<i>klayesta</i>	41	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	44
<i>klor-con</i>	52	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	44
<i>klor-con 10</i>	52	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	44
<i>klor-con 8</i>	52	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	44
<i>klor-con m10</i>	52	<i>lessina</i>	17
<i>klor-con m15</i>	52	<i>letrozole</i>	43
<i>klor-con m20</i>	52	<i>leucovorin calcium</i>	42
<i>klor-con/ef</i>	52	LEUKERAN	41
KORLYM	20	<i>leuprolide acetate</i>	20
KOSELUGO	44	<i>levalbuterol</i>	29
<i>kourzeq</i>	11	<i>levalbuterol hcl</i>	29
<i>k-prime</i>	52	<i>levalbuterol hydrochloride</i>	29
KRAZATI	44	LEVEMIR FLEXTOUCH	55
KYNMOBI	4	<i>levetiracetam</i>	38
KYPROLIS	42	<i>levetiracetam er</i>	38
<i>labetalol hydrochloride</i>	4	<i>levobunolol hcl</i>	24
<i>lacosamide</i>	37	<i>levocarnitine</i>	30
<i>lactated ringers</i>	52	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	28
<i>lactulose</i>	14	<i>levofloxacin</i>	25
LAGEVRIO	50	<i>levofloxacin</i>	36
<i>lamivudine</i>	50	<i>levofloxacin in d5w</i>	36
<i>lamivudine</i>	50	<i>levonest</i>	17
<i>lamivudine/zidovudine</i>	50	<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	17
<i>lamotrigine</i>	38	<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	17
<i>lamotrigine er</i>	38	<i>levora 0.15/30-28</i>	17
<i>lamotrigine odt</i>	38	<i>levo-t</i>	19
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	38	<i>levothyroxine sodium</i>	19
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	38	<i>levoxyl</i>	19

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
LEXIVA	48	LYSODREN	42
<i>l-glutamine</i>	56	LYTGOBI	44
LIBERVANT	37	<i>magnesium sulfate</i>	52
<i>lidocaine</i>	33	<i>malathion</i>	14
<i>lidocaine hcl</i>	33	<i>maraviroc</i>	48
<i>lidocaine hcl jelly</i>	33	<i>marlissa</i>	17
<i>lidocaine hydrochloride</i>	33	MARPLAN	39
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	11	MATULANE	41
<i>lidocaine viscous</i>	11	<i>matzim la</i>	5
<i>lidocaine/prilocaine</i>	33	MAVYRET	49
LILETTA	18	MAYZENT	10
<i>linezolid</i>	34	MAYZENT STARTER PACK	10
LINZESS	14	<i>meclizine hcl</i>	40
<i>liothyronine sodium</i>	19	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	18
<i>lisinopril</i>	8	<i>mefloquine hcl</i>	46
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>megestrol acetate</i>	18
<i>lithium</i>	26	MEKINIST	44
<i>lithium carbonate</i>	26	MEKTOVI	44
<i>lithium carbonate er</i>	26	<i>meloxicam</i>	32
LIVTENCITY	48	<i>memantine hcl titration pak</i>	3
LOKELMA	50	<i>memantine hydrochloride</i>	3
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	29	<i>memantine hydrochloride er</i>	3
LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	29	MENACTRA	23
LONSURF	42	MENQUADFI	23
<i>loperamide hcl</i>	14	MENTAX	14
<i>lopinavir/ritonavir</i>	48	MENVEO	23
<i>lorazepam</i>	33	<i>mercaptopurine</i>	42
<i>lorazepam intensol</i>	33	<i>meropenem</i>	35
LORBRENA	44	<i>mesalamine</i>	9
<i>losartan potassium</i>	6	<i>mesalamine dr</i>	9
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>mesalamine er</i>	9
LOTEMAX	26	MESNEX	42
<i>loteprednol etabonate</i>	26	<i>metformin hydrochloride</i>	54
<i>lovastatin</i>	7	<i>metformin hydrochloride er</i>	54
<i>loxapine</i>	46	<i>methadone hcl</i>	31
<i>lubiprostone</i>	14	<i>methazolamide</i>	24
LUMAKRAS	44	<i>methenamine hippurate</i>	34
LUMIGAN	26	<i>methenamine mandelate</i>	34
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	20	<i>methimazole</i>	19
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	20	<i>methotrexate</i>	22
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	20	<i>methotrexate sodium</i>	22
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	20	<i>methsuximide</i>	36
<i>lurasidone hydrochloride</i>	47	<i>methylphenidate hydrochloride</i>	10
LYBALVI	47	<i>methylphenidate hydrochloride cd</i>	10
LYNPARZA	44	<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	11

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	11	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	36
<i>methylprednisolone</i>	19	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	25
<i>methylprednisolone acetate</i>	19	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	36
<i>methylprednisolone dose pack</i>	19	MOZOBIL	54
<i>metoclopramide hcl</i>	14	MRESVIA	23
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	14	MULTAQ	7
<i>metolazone</i>	8	<i>mupirocin</i>	14
<i>metoprolol succinate er</i>	4	<i>mycophenolate mofetil</i>	22
<i>metoprolol tartrate</i>	4	<i>mycophenolic acid dr</i>	22
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	6	MYORISAN	12
<i>metronidazole</i>	12	MYRBETRIQ	16
<i>metronidazole</i>	34	<i>nabumetone</i>	32
<i>metronidazole vaginal</i>	34	<i>nadolol</i>	4
<i>metyrosine</i>	6	<i>nafcillin sodium</i>	35
<i>mexiletine hcl</i>	7	<i>naftifine hcl</i>	41
<i>mibelas 24 fe</i>	17	<i>naftifine hydrochloride</i>	41
<i>micafungin</i>	41	<i>naloxone hcl</i>	26
<i>miconazole 3</i>	41	<i>naloxone hydrochloride</i>	26
<i>microgestin 1.5/30</i>	17	<i>naltrexone hcl</i>	27
<i>microgestin 1/20</i>	17	NAMZARIC	3
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	17	<i>naproxen</i>	32
<i>microgestin fe 1/20</i>	17	<i>naproxen dr</i>	32
<i>midodrine hcl</i>	6	<i>naproxen sodium</i>	32
<i>mifepristone</i>	20	<i>naproxen sodium cr</i>	32
<i>miglitol</i>	54	<i>naratriptan hcl</i>	3
<i>miglustat</i>	56	NATACYN	25
<i>minocycline hcl</i>	36	<i>nateglinide</i>	54
<i>minocycline hydrochloride</i>	36	NAYZILAM	38
<i>minoxidil</i>	8	<i>nebivolol hydrochloride</i>	4
<i>mirabegron er</i>	16	<i>necon 0.5/35-28</i>	17
<i>mirtazapine</i>	38	<i>nefazodone hydrochloride</i>	39
<i>mirtazapine odt</i>	38	<i>neomycin sulfate</i>	33
<i>misoprostol</i>	15	<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	25
M-M-R II	23	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	25
<i>modafinil</i>	11	<i>one</i>	
<i>moexipril hcl</i>	8	<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	25
<i>molindone hydrochloride</i>	46	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	25
<i>mometasone furoate</i>	13	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	31
<i>mometasone furoate</i>	29	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	25
<i>mondoxylene nl</i>	36	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	31
<i>montelukast sodium</i>	29	<i>neo-polycin</i>	25
<i>morphine sulfate</i>	32	<i>neo-polycin hc</i>	25
<i>morphine sulfate er</i>	31	NERLYNX	44
MOUNJARO	54	NEUAC	12
MOVANTIK	14		

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
NEULASTA	54	<i>np thyroid 15</i>	19
NEULASTA ONPRO KIT	54	<i>np thyroid 30</i>	19
<i>nevirapine</i>	50	<i>np thyroid 60</i>	19
<i>nevirapine er</i>	50	<i>np thyroid 90</i>	19
NEXPLANON	18	NUBEQA	41
<i>niacin er</i>	7	NUEDEXTA	11
NICOTROL INHALER	26	NULOJIX	22
NICOTROL NS	26	NUPLAZID	47
<i>nifedipine er</i>	5	NURTEC	3
<i>nikki</i>	17	NUTRILIPID	30
<i>nilutamide</i>	41	NUVESSA	34
<i>nimodipine</i>	5	<i>nyamyc</i>	41
NINLARO	44	<i>nystatin</i>	41
<i>nitazoxanide</i>	46	<i>nystatin/triamcinolone</i>	12
<i>nitisinone</i>	56	<i>nystatin/triamcinolone acetamide</i>	12
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	34	<i>nystop</i>	41
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	34	OCTAGAM	21
<i>nitroglycerin</i>	8	<i>octreotide acetate</i>	20
<i>nitroglycerin</i>	14	ODEFSEY	50
<i>nitroglycerin transdermal</i>	8	ODOMZO	44
NIVA THYROID	19	OFEV	27
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	18	<i>ofloxacin</i>	25
<i>norethindrone acetate</i>	18	<i>ofloxacin</i>	31
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	18	OGSIVEO	42
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	18	OJEMDA	42
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	18	OJJAARA	44
<i>nortrel 1/35</i>	18	<i>olanzapine</i>	47
<i>nortrel 7/7/7</i>	18	<i>olanzapine odt</i>	47
<i>nortriptyline hcl</i>	39	<i>olmesartan medoxomil</i>	6
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	39	<i>olmesartan</i>	6
NORVIR	48	<i>medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	
NOVOLIN 70/30	55	<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	6
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	55	<i>olopatadine hcl</i>	24
NOVOLIN N	56	<i>olopatadine hydrochloride</i>	24
NOVOLIN N FLEXPEN	56	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	7
NOVOLIN R	56	<i>omeprazole</i>	15
NOVOLIN R FLEXPEN	56	<i>omeprazole dr</i>	15
NOVOLOG	56	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	30
NOVOLOG FLEXPEN	56	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	30
NOVOLOG MIX 70/30	56	OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	30
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	56	OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	30
FLEXPEN		OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	30
NOVOLOG PENFILL	56	KIT (GEN 3)	
<i>np thyroid 120</i>	19	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	30
		OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	30

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	30	<i>paclitaxel</i>	42
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	30	<i>paliperidone er</i>	47
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	30	PANRETIN	46
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	30	<i>pantoprazole sodium</i>	15
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	30	<i>paricalcitol</i>	9
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	30	<i>paroxetine hcl</i>	39
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	30	<i>paroxetine hydrochloride</i>	39
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	30	PAXLOVID	50
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	30	<i>pazopanib hydrochloride</i>	44
<i>ondansetron hcl</i>	40	PEDIARIX	23
<i>ondansetron hydrochloride</i>	40	PEDVAX HIB	23
<i>ondansetron odt</i>	40	<i>peg-3350/electrolytes</i>	15
ONUREG	42	<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	15
OPDIVO	42	<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	15
<i>opium</i>	14	<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na</i>	15
<i>opium tincture</i>	14	<i>ascorbate/ascorbic</i>	
OPSUMIT	28	PEGASYS	21
OPVEE	26	PEGASYS	22
<i>oralone dental paste</i>	11	PEMAZYRE	44
ORENCIA	20	PENBRAYA	23
ORENCIA CLICKJECT	20	<i>penicillamine</i>	51
ORENITRAM	28	<i>penicillin g potassium</i>	35
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	28	<i>penicillin g potassium in iso-osmotic</i>	35
1		<i>dextrose</i>	
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	28	PENICILLIN G SODIUM	35
2		<i>penicillin v potassium</i>	35
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	28	PENTACEL	23
3		<i>pentamidine isethionate</i>	46
ORGOVYX	20	<i>pentoxifylline er</i>	6
ORKAMBI	28	<i>perindopril erbumine</i>	8
ORSERDU	42	<i>perio gard</i>	11
<i>oseltamivir phosphate</i>	49	<i>permethrin</i>	14
OSMOPREP	14	<i>perphenazine</i>	46
OSPHENA	16	PERSERIS	47
OTEZLA	12	<i>phenelzine sulfate</i>	39
OTEZLA	20	<i>phenobarbital</i>	37
<i>oxacillin sodium</i>	35	<i>phenytek</i>	37
<i>oxaprozin</i>	32	<i>phenytoin</i>	37
<i>oxazepam</i>	33	<i>phenytoin sodium extended</i>	37
<i>oxcarbazepine</i>	37	PHOSPHOLINE IODIDE	24
<i>oxybutynin chloride</i>	16	PIFELTRO	50
<i>oxybutynin chloride er</i>	16	<i>pilocarpine hcl</i>	24
<i>oxycodone hydrochloride</i>	32	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	11
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	32	<i>pimecrolimus</i>	13
OZEMPIC	54	<i>pimozide</i>	46

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>pindolol</i>	4	PREMPHASE	18
<i>pioglitazone hcl</i>	54	<i>prenatal</i>	53
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	54	<i>prevalite</i>	7
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	54	PREVYMIS	49
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	54	PREZCOBIX	48
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	35	PREZISTA	48
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	44	PRIFTIN	40
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	44	<i>primaquine phosphate</i>	46
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	44	<i>primidone</i>	37
<i>pirfenidone</i>	27	PRIORIX	23
<i>piroxicam</i>	32	PRIVIGEN	21
<i>pitavastatin calcium</i>	7	PROAIR RESPICLICK	29
PLEGRIDY	10	<i>probenecid</i>	9
PLEGRIDY STARTER PACK	10	<i>probenecid/colchicine</i>	9
PLENAMINE	52	<i>prochlorperazine</i>	40
<i>plerixafor</i>	54	<i>prochlorperazine edisylate</i>	40
<i>podofilox</i>	12	<i>prochlorperazine maleate</i>	40
<i>polycin</i>	25	PROCRIT	54
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	25	PROCTOFOAM HC	12
POMALYST	41	<i>procto-med hc</i>	9
<i>portia-28</i>	18	<i>proctosol hc</i>	9
<i>posaconazole</i>	41	<i>proctozone-hc</i>	9
<i>posaconazole dr</i>	41	<i>progesterone</i>	18
<i>potassium chloride</i>	52	PROGRAF	22
<i>potassium chloride er</i>	52	PROLASTIN-C	56
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride</i>	52	PROLENSA	26
<i>potassium citrate er</i>	52	PROLIA	9
PRALUENT	7	PROMACTA	54
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	4	<i>promethazine hcl</i>	40
<i>prasugrel hydrochloride</i>	53	<i>promethazine hydrochloride</i>	40
<i>pravastatin sodium</i>	7	<i>promethazine hydrochloride plain</i>	40
<i>praziquantel</i>	46	<i>propafenone hcl</i>	7
<i>prazosin hydrochloride</i>	4	<i>propafenone hydrochloride er</i>	7
<i>prednicarbate</i>	13	<i>propranolol hcl</i>	4
<i>prednisolone</i>	19	<i>propranolol hcl er</i>	4
<i>prednisolone acetate</i>	26	<i>propranolol hydrochloride</i>	5
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	19	<i>propranolol hydrochloride er</i>	5
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	26	<i>propylthiouracil</i>	19
<i>prednisone</i>	19	PROQUAD	23
<i>pregabalin</i>	37	PROSOL	52
PREHEVBRIO	23	<i>protriptyline hcl</i>	39
PREMARIN	18	PULMOZYME	28
PREMASOL	52	PURIXAN	42
<i>premium lidocaine</i>	33	<i>pyrazinamide</i>	40
		<i>pyridostigmine bromide</i>	4

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>pyridostigmine bromide er</i>	4	<i>rifabutin</i>	40
<i>pyrimethamine</i>	46	<i>rifampin</i>	40
PYRUKYND	56	<i>riluzole</i>	11
PYRUKYND TAPER PACK	56	<i>rimantadine hydrochloride</i>	49
QINLOCK	44	RINVOQ	20
QUADRACEL	23	RINVOQ LQ	20
<i>quetiapine fumarate</i>	47	<i>risedronate sodium</i>	9
<i>quinapril hydrochloride</i>	8	<i>risedronate sodium dr</i>	9
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	6	RISPERDAL CONSTA	47
<i>quinidine gluconate cr</i>	7	<i>risperidone</i>	47
<i>quinidine sulfate</i>	7	<i>risperidone er</i>	47
<i>quinine sulfate</i>	46	<i>risperidone odt</i>	48
QVAR REDIHALER	29	<i>ritonavir</i>	48
RABAVERT	23	<i>rivastigmine tartrate</i>	3
<i>rabeprazole sodium</i>	15	<i>rivastigmine transdermal system</i>	3
RADICAVA ORS	11	<i>rizatRIPTAN benzoate</i>	3
<i>raloxifene hydrochloride</i>	16	<i>rizatRIPTAN benzoate odt</i>	3
<i>ramelteon</i>	11	ROCKLATAN	25
<i>ramipril</i>	8	<i>roflumilast</i>	30
<i>ranolazine er</i>	6	<i>ropinirole er</i>	4
<i>rasagiline mesylate</i>	4	<i>ropinirole hcl</i>	4
RAYALDEE	9	<i>ropinirole hydrochloride</i>	4
REBIF	10	<i>rosadan</i>	12
REBIF REBIDOSE	10	<i>rosuvastatin calcium</i>	7
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	10	ROTARIX	23
REBIF TITRATION PACK	10	ROTATEQ	23
RECOMBIVAX HB	23	<i>roweepra</i>	38
RECTIV	15	ROZLYTREK	45
RELENZA DISKHALER	49	RUBRACA	45
<i>repaglinide</i>	55	<i>rufinamide</i>	37
REPATHA	7	RUKOBIA	48
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	7	RYBELSUS	55
REPATHA SURECLICK	7	RYDAPT	45
RESTASIS	25	<i>salsalate</i>	32
RESTASIS MULTIDOSE	25	SANTYL	12
RETACRIT	54	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	56
RETEVMO	44	SAVELLA	10
REVCovi	56	SAVELLA TITRATION PACK	10
REVLIMID	41	<i>saxagliptin hydrochloride</i>	55
REXULTI	47	<i>saxagliptin hydrochloride/metformin</i>	55
REYATAZ	48	<i>hydrochloride er</i>	
REZLIDHIA	45	SCEMBLIX	45
REZUROCK	22	<i>scopolamine</i>	40
RHOPRESSA	24	SECUADO	48
<i>ribavirin</i>	49	<i>selegiline hcl</i>	4

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>selenium sulfide</i>	13	<i>sps</i>	50
SELZENTRY	48	<i>ssd</i>	12
SEREVENT DISKUS	29	STAMARIL	24
<i>sertraline hcl</i>	39	STELARA	21
<i>sertraline hydrochloride</i>	39	<i>sterile water for irrigation</i>	30
<i>sevelamer carbonate</i>	51	STIOLTO RESPIMAT	27
<i>sf 5000 plus</i>	11	STIVARGA	45
<i>sharobel</i>	18	<i>streptomycin sulfate</i>	33
SHINGRIX	24	STRIBILD	49
SIGNIFOR	20	STRIVERDI RESPIMAT	29
<i>sildenafil citrate</i>	28	<i>subvenite</i>	38
<i>silver sulfadiazine</i>	12	<i>subvenite starter kit/blue</i>	38
SIMBRINZA	25	<i>subvenite starter kit/green</i>	38
<i>simvastatin</i>	7	<i>subvenite starter kit/orange</i>	38
<i>sirolimus</i>	22	SUCRAID	56
SIRTURO	40	<i>sucrafate</i>	15
SKYRIZI	21	<i>sulfacetamide sodium</i>	25
SKYRIZI PEN	20	<i>sulfacetamide sodium</i>	36
<i>sodium chloride</i>	52	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	25
<i>sodium chloride 0.45%</i>	52	<i>phosphate</i>	
<i>sodium chloride 0.9%</i>	30	<i>sulfadiazine</i>	36
<i>sodium fluoride 1.1</i>	11	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	36
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	12	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	36
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	12	SULFAMYLON	14
SODIUM OXYBATE	11	<i>sulfasalazine</i>	9
<i>sodium phenylbutyrate</i>	56	<i>sulindac</i>	33
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	50	<i>sumatriptan</i>	3
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	15	<i>sumatriptan succinate</i>	3
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	49	<i>sumatriptan succinate refill</i>	3
<i>solifenacin succinate</i>	16	<i>sunitinib malate</i>	45
SOLTAMOX	42	SUNLENCA	48
SOLU-CORTEF	19	SYMLINPEN 120	55
SOMATULINE DEPOT	20	SYMLINPEN 60	55
SOMAVERT	20	SYMPAZAN	37
<i>sorafenib</i>	45	SYMTUZA	48
<i>sorafenib tosylate</i>	45	SYNAREL	20
<i>sorine</i>	7	SYNJARDY	55
<i>sotalol hcl</i>	7	SYNJARDY XR	55
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	7	SYNRIBO	42
SPIRIVA RESPIMAT	29	SYNTHROID	19
<i>spironolactone</i>	6	TABLOID	42
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	6	TABRECTA	45
SPRITAM	38	<i>tacrolimus</i>	13
SPRYCEL	45	<i>tacrolimus</i>	22
		<i>tadalafil</i>	15

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>tadalafil</i>	28	THYROID	19
TAFINLAR	45	<i>tiadylt er</i>	5
<i>tafluprost</i>	26	<i>tiagabine hydrochloride</i>	37
TAGRISO	45	TIBSOVO	45
TALZENNA	45	TICOVAC	24
<i>tamoxifen citrate</i>	42	<i>tigecycline</i>	34
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	15	<i>timolol maleate</i>	3
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	18	<i>timolol maleate</i>	24
TASIGNA	45	<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	24
<i>tasimelton</i>	11	<i>tinidazole</i>	34
TAVNEOS	21	<i>tiopronin dr</i>	16
<i>taysofy</i>	18	TIVICAY	49
<i>tazarotene</i>	12	TIVICAY PD	49
<i>tazicef</i>	35	<i>tizanidine hcl</i>	3
<i>taztia xt</i>	5	<i>tizanidine hydrochloride</i>	3
TAZVERIK	45	TOBI PODHALER	28
<i>tdvax</i>	24	TOBRADEX ST	25
<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"</i>	30	<i>tobramycin</i>	25
TEFLARO	35	<i>tobramycin sulfate</i>	33
TEKTRUNA HCT	6	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	25
<i>telmisartan</i>	6	<i>tolterodine tartrate</i>	16
<i>telmisartan/amlodipine</i>	6	<i>tolterodine tartrate er</i>	16
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>topiramate</i>	38
<i>temazepam</i>	11	<i>toremifene citrate</i>	42
TENIVAC	24	<i>torse mide</i>	8
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	50	TOUJEO MAX SOLOSTAR	56
TEPMETKO	45	TOUJEO SOLOSTAR	56
<i>terazosin hcl</i>	15	TRACLEER	28
<i>terazosin hydrochloride</i>	15	TRADJENTA	55
<i>terbinafine hcl</i>	41	<i>tramadol hydrochloride</i>	32
<i>terconazole</i>	41	<i>tramadol hydrochloride er</i>	31
<i>teriflunomide</i>	10	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	32
<i>teriparatide</i>	9	<i>trandolapril</i>	8
<i>testosterone</i>	16	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	6
<i>testosterone cypionate</i>	16	<i>tranexamic acid</i>	53
<i>testosterone enanthate</i>	16	<i>tranylcypro mine sulfate</i>	39
<i>testosterone pump</i>	16	TRAVASOL	52
<i>tetrabenazine</i>	11	<i>travoprost</i>	26
<i>tetracycline hydrochloride</i>	36	<i>trazodone hydrochloride</i>	39
THALOMID	41	TRECTOR	40
<i>theophylline</i>	30	TRELEGY ELLIPTA	27
<i>theophylline er</i>	30	TRESIBA	56
<i>thioridazine hcl</i>	46	TRESIBA FLEXTOUCH	56
<i>thiothixene</i>	46	<i>tretinoin</i>	12
		<i>tretinoin</i>	46

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>tretinoin microsphere</i>	12	VALCHLOR	41
TREXALL	23	<i>valganciclovir</i>	49
<i>triamcinolone acetonide</i>	13	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	49
<i>triamcinolone acetonide</i>	19	<i>valproic acid</i>	38
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	12	<i>valsartan</i>	6
<i>triamterene</i>	8	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	6	VALTOCO 10 MG DOSE	37
<i>triazolam</i>	11	VALTOCO 15 MG DOSE	37
<i>trientine hydrochloride</i>	51	VALTOCO 20 MG DOSE	37
<i>trifluoperazine hcl</i>	46	VALTOCO 5 MG DOSE	37
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	46	<i>vancomycin</i>	34
<i>trifluridine</i>	25	<i>vancomycin hcl</i>	34
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	4	<i>vancomycin hydrochloride</i>	34
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	4	VANFLYTA	45
<i>trimethoprim</i>	34	VAQTA	24
<i>trimipramine maleate</i>	39	<i>varenicline starting month box</i>	26
TRINTELLIX	39	<i>varenicline tartrate</i>	26
<i>tri-sprintec</i>	18	VARIVAX	24
TRITOCIN	13	<i>velivet</i>	18
TRIUMEQ	50	VELPHORO	51
TRIUMEQ PD	50	VEMLIDY	50
<i>trivora-28</i>	18	VENCLEXTA	45
TRIZIVIR	50	VENCLEXTA STARTING PACK	45
TROPHAMINE	53	<i>venlafaxine hcl er</i>	39
<i>tropium chloride</i>	16	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	40
<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x 1/2"</i>	31	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	40
<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	31	VENTAVIS	28
TRULICITY	55	VEOZAH	11
TRUMENBA	24	<i>verapamil hcl</i>	5
TRUQAP	45	<i>verapamil hcl er</i>	5
TRUSELTIQ	42	<i>verapamil hcl sr</i>	5
TUKYSA	45	<i>verapamil hydrochloride</i>	5
TURALIO	45	<i>verapamil hydrochloride er</i>	5
<i>turqoz</i>	18	VERQUVO	8
TWINRIX	24	VERSACLOZ	47
TYBOST	48	VERZENIO	45
TYPHIM VI	24	VIBRAMYCIN	36
TYRVAYA	26	<i>vigabatrin</i>	37
UBRELVY	3	<i>vigadrone</i>	37
UDENYCA	54	<i>vigpoder</i>	37
UDENYCA ONBODY	54	VIIBRYD STARTER PACK	40
<i>unithroid</i>	19	<i>vilazodone hydrochloride</i>	40
<i>ursodiol</i>	15	VIRACEPT	48
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	49	VIREAD	50
		VITRAKVI	45

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
VIVITROL	27	ZENPEP	56
VIZIMPRO	45	ZEPOSIA	10
VONJO	42	ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	10
<i>voriconazole</i>	41	ZEPOSIA STARTER KIT	10
VOSEVI	49	<i>zidovudine</i>	50
VOWST	15	<i>ziprasidone hcl</i>	48
VRAYLAR	48	<i>ziprasidone mesylate</i>	48
VUMERITY	10	ZIRGAN	25
<i>vyfemla</i>	18	<i>zoledronic acid</i>	9
VYZULTA	26	ZOLINZA	42
<i>warfarin sodium</i>	53	<i>zolpidem tartrate</i>	11
WELIREG	56	ZONISADE	38
<i>wixela inhub</i>	27	<i>zonisamide</i>	38
XALKORI	45	ZOSYN	35
XARELTO	53	<i>zovia 1/35</i>	18
XARELTO STARTER PACK	53	ZTALMY	37
XATMEP	23	ZURZUVAE	38
XCOPRI	37	ZYDELIG	45
XDEMVI	25	ZYKADIA	46
XELJANZ	21	ZYPREXA RELPREVV	48
XELJANZ XR	21		
XERMELO	14		
XGEVA	9		
XIFAXAN	15		
XIGDUO XR	55		
XIIDRA	25		
XOFLUZA	49		
XOLAIR	21		
XOSPATA	45		
XPOVIO	45		
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	45		
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	45		
XTANDI	41		
<i>xulane</i>	18		
YARGESA	56		
YERVOY	42		
YF-VAX	24		
<i>yuvafem</i>	18		
<i>zafemy</i>	18		
<i>zafirlukast</i>	29		
<i>zaleplon</i>	11		
ZARXIO	54		
ZEJULA	45		
ZELBORAF	45		
ZENATANE	12		

ID de formulario: 25503, Versión: 6, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 08/19/2024

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 19 de agosto de 2024.

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