

2024

Tufts Health One Care
(Medicare-Medicaid Plan)

Lista de Medicamentos Cubiertos 2024

(Formulary)

Formulary ID: 24523

Vigencia: 04/01/2024

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare, sin costo alguno para usted.

H7419_RxList24_Approved



a Point32Health company

080323

LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

Tufts Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes: información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes: intérpretes capacitados e información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Health Plan a **855.393.3154**.

Si considera que Tufts Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Tufts Health Plan

Attention: Civil Rights Coordinator, Legal Dept.

1 Wellness Way
Canton, MA 02021-1166

Phone: 888.880.8699 ext. 48000, [TTY number— 866-930-9252]

Fax: 617.972.9048
Email: OCRCordinator@point32health.org

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el coordinador de derechos civiles con Tufts Health Plan está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Phone: 800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

TuftsHealthOneCare.org | **855.393.3154**

Podemos brindarle información en otros formatos, tales como Braille y letras grandes y también en diferentes idiomas si lo solicita.

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 855-393-3154 (TTY: 711), seven days a week, from 8 a.m. to 8 p.m. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con servicios gratuitos de interpretación para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para conseguir un intérprete, solo tiene que llamarnos al 855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Alguien que habla español podrá ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费口译服务，可回答您关于我们健康或药品计划的任何问题。如需口译员，敬请拨打 855-393-3154 (TTY: 711) 联系我们，服务时间为周一至周日早 8 点至晚 8 点。会讲普通话的工作人员将为您提供帮助。此服务免费。

Chinese Cantones: 我們提供免費口譯服務來回答您對我們的健康或藥物計畫的疑問。如需口譯人員，請致電 855-393-3154 (TTY: 711) 聯絡我們，營業時間一週七天，早上 8 點至晚上 8 點。將有會說粵語的人士為您提供幫助。此為免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang mga katanungan na maaaring mayroon ka tungkol sa aming plano sa kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 855-393-3154 (TTY: 711), pitong araw sa isang linggo, mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Maaaring makatulong sa iyo ang isang taong nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous mettons des services d'interprétation gratuits à votre disposition pour répondre aux questions que vous pourriez poser sur notre régime d'assurance-maladie ou de médicaments. Pour obtenir l'aide d'un interprète,appelez simplement le 855-393-3154 (TTY : 711), sept jours sur sept, de 8 a.m. à 8 p.m. Une personne parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào mà quý vị đặt ra về chương trình sức khỏe hay chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận người phiên dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 855-393-3154 (TTY: 711), bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Họ sẽ nói tiếng Việt để có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Wir stellen Ihnen einen kostenlosen Dolmetscherservice zur Verfügung, der Ihnen alle Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan beantwortet. Wenn Sie einen Dolmetscher benötigen, rufen Sie uns unter 855-393-3154 (TTY: 711) an, und zwar an sieben Tagen in der Woche von 8 bis 20 Uhr. Jemand, der Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 건강 또는 약품 플랜에 관한 문의에 답변해 드리기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역 서비스를 제공받으려면 요일에 상관 없이 오전 8시~오후 8시에 855-393-3154 (TTY: 711)로 전화해 주십시오. 한국어를 구사하는 직원이 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Russian: Мы предоставляем бесплатную услугу устного перевода, чтобы ответить на вопросы о медицинской страховке или плане получения рецептурных препаратов. Чтобы вам предоставили переводчика, позвоните по телефону 855-393-3154 (TTY: 711). Операторы принимают звонки с 8 утра до 8 вечера, без выходных. Вам поможет сотрудник, говорящий на русском языке. Это — бесплатная услуга.

Multi-language Interpreter Services

Arabic:

لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للإجابة عن أي أسئلة قد تكون لديك حول خطتنا الصحية أو الدوائية. للحصول على مترجم فوري، فقط اتصل بنا على الرقم **855-393-3154** (بالنسبة لمستخدمي الهاتف النصيـة (TTY): 711)، على مدار سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً حتى الساعة 8 مساءً. يمكن لشخص يتحدث اللغة العربية مساعدتك. هذه الخدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास नि:शुल्क दुभाषिया सेवाएँ हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 855-393-3154 (TTY: 711), पर सप्ताह के सातों दिन, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक कॉल करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है वह आपकी सहायता कर सकता है। यह एक नि:शुल्क सेवा है।

Italian: Disponiamo di servizi di interpretariato gratuito in merito al nostro piano sanitario e medicinale. Per richiedere un interprete, basta chiamare al numero 855-393-3154 (TTY: 711), 7 giorni su 7, dalle 8:00 alle 20:00. Una persona che parla italiano può aiutarla. Questo servizio è gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de intérpretes gratuitos para responder a quaisquer perguntas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou de medicamentos. Para obter um intérprete, basta contactar-nos através do número 855-393-3154 (TTY: 711), sete dias por semana, das 8h00 às 20h00. Alguém que fale português pode ajudá-lo. É um serviço gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèpretasyon gratis pou repons ak tout kesyon ou kapab genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou w kapab jwenn yon entèprèt, sèlman rele nou nan 855-393-3154 (TTY: 711), sèt jou sou sèt, sòti 8è nan maten rive 8è nan aswè. Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ap kapab ede w. Sa a se yon sèvis gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który odpowie na wszelkie pytania związane z naszym planem zdrowotnym lub dotyczącym leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, wystarczy zadzwonić do pod numer 855-393-3154 (TTY: 711); usługa jest dostępna siedem dni w tygodniu w godzinach 8:00-20:00. Osoba mówiąca po polsku udzieli Ci pomocy. Jest to usługa bezpłatna.

Japanese: 医療保険や医薬品プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご希望の方は、855-393-3154までご連絡ください (TTY: 711), 午前8時から午後8時まで、年中無休で日本語でサポートします。これは無料のサービスです。

Laotian: ເວັກເຕີມີການບໍລິການນາຍພາສາຟິກ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນການສຸຂະພາບ ຫຼື ຢ່າຊອງເວັກເຕີມ. ເພື່ອຮັບນາຍພາສາ, ພົມງານຕໍ່ທຸກໆພວກເຕີມທີ່ເປີ 855-393-3154 (TTY: 711), ໄດ້ມີຕ່າທິດ, ລາກ 8 ໂມງຊີ້ວິຫານ 8 ໂມງລະວົງ. ດ້ວຍເລີນທີ່ວ່າວາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ບໍ່ມີການບໍລິການຟິກ.

Cambodian: យើងមានសវន្ទុកបកព័ប្រជាពល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លែងដើម្បីផ្តើមរាយការសំណួរដែលអ្នកអាជីវកម្ម មំពើគោលការណ៍ ឬទីតាំងដែលអ្នកបកព័ប្រជាពល់មាត់ សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 855-393-3154 (TTY: 711) ច្បាប់ពីថ្ងៃទី 8 ត្រីក ដល់ថ្ងៃទី 8 ល្ងាច។ នរណាម្នាក់ដែលនឹងយាយភាសាខ្មែរអាជីវកម្ម នេះជាសវន្ទុកម្នាក់ដើម្បីទេនេះទេ។

Tufts Health One Care | *Lista de medicamentos cubiertos para 2024 (Formulario)*

Introducción

Este documento se llama la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocido como Lista de medicamentos). Le informa sobre cuáles de sus medicamentos de receta y medicamentos de venta sin receta médica están cubiertos por Tufts Health One Care. La Lista de medicamentos también le notifica si hay reglas especiales o restricciones en algunos de los medicamentos cubiertos por Tufts Health One Care. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Tabla de contenidos

A. Declaraciones requeridas.....	iii
B. Preguntas frecuentes (FAQ)	iv
B1. ¿Qué medicamentos de receta se encuentran en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Llamamos “Lista de medicamentos” a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> para abreviar.).....	iv
B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?.....	iv
B3. ¿Qué sucederá cuando haya un cambio en la Lista de medicamentos?	v
B4. ¿La cobertura de medicamentos tiene alguna restricción o límite, o hay que hacer algo en particular para obtener ciertos medicamentos?.....	vii
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si tengo que hacer algo para obtenerlo?	viii
B6. ¿Qué sucederá si Tufts Health One Care cambia las reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa (PA) o aprobación, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)?	viii
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?.....	viii
B8. ¿Qué pasará si el medicamento que quiero tomar no está en la Lista de medicamentos?	viii
B9. ¿Qué pasará si soy un miembro nuevo de Tufts Health One Care y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo problemas para obtener mi medicamento?	ix



Si tiene preguntas, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711),), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.

B10. ¿Puedo pedir al plan que haga una excepción para cubrir mi medicamento?	x
B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?	xi
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?	xi
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	xii
B14. ¿Qué son los medicamentos de venta sin receta médica (OTC)?	xii
B15. ¿Tufts Health One Care cubre algún producto de venta sin receta médica que no sea un medicamento?	xii
B16. ¿Tufts Health One Care cubre suministros de recetas a largo plazo?	xii
B17. ¿Puedo hacer que envíen los medicamentos de receta a mi casa desde mi farmacia local?	xii
B18. ¿Cuánto es mi copago?	xiii
B19. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	xiii
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	xiii
C1. Medicamentos agrupados por tipos de enfermedades	xv
D. Índice de medicamentos cubiertos	80

A. Declaraciones requeridas

Esta es una lista de medicamentos que los miembros pueden obtener en Tufts Health One Care.

- ❖ Tufts Health One Care es un plan de seguro médico que tiene contrato con Medicare y MassHealth (Medicaid) para proporcionar beneficios de ambos programas a los miembros.
- ❖ El formulario y la red de farmacias o proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario.
- ❖ Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ❖ Usted siempre puede verificar la Lista de Medicamentos Cubiertos actualizada de Tufts Health One Care por internet en TuftsHealthOneCare.org o llamando al 1-855-393-3154 (TTY: 711), siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
- ❖ ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-393-3154 (TTY: 711), seven days a week, from 8 a.m. to 8 p.m. The call is free.
- ❖ Atención: Si habla español, tiene disponible los servicios de asistencia de idioma gratis. Llame al 1-855-393-3154 (TTY: 711), siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
- ❖ Puede obtener este documento gratis en otros formatos, por ejemplo, en letra grande, formatos que funcionen con tecnología de lector de pantalla, braille o audio. Llame al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
- ❖ Llame para solicitar materiales en idiomas que no sean inglés o en un formato alternativo. También puede pedir que se conserve su solicitud para futuros envíos por correo en el idioma o formato alternativo. De este modo, no será necesario que presente una solicitud individual en cada oportunidad. Puede comunicarse con Servicios para miembros para modificar su solicitud permanente de idioma o formato preferido.



Si tiene preguntas, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

Aquí encontrará las respuestas a las preguntas que pueda tener sobre esta *Lista de medicamentos cubiertos*. Para obtener más información o buscar preguntas y respuestas, usted puede leer todas las Preguntas frecuentes.

B1. ¿Qué medicamentos de receta se encuentran en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Llamamos “Lista de medicamentos” a la *Lista de medicamentos cubiertos* para abreviar.)

Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* que comienza en la página 1 son los medicamentos cubiertos por Tufts Health One Care. Los medicamentos están disponibles en las farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si tenemos un acuerdo con ellos para que pueda trabajar con nosotros y pueda proporcionarle servicios a usted. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

- Tufts Health One Care cubrirá todos los medicamentos de la Lista de medicamentos, si:
 - su médico u otro profesional autorizado dice que usted los necesita para mejorar o para seguir sano,
 - Tufts Health One Care está de acuerdo con que el medicamento es médicaamente necesario para usted, **y**
 - usted surte la receta en una farmacia de la red de Tufts Health One Care.
- En algunos casos, usted tendrá que hacer algo antes de poder obtener un medicamento (consulte la pregunta B4 de abajo).

Usted puede también consultar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en TuftsHealthOneCare.org o llamando a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?

Sí, y Tufts Health One Care debe seguir las reglas de Medicare y MassHealth cuando se realicen los cambios. Podríamos agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos durante el año.

También podríamos cambiar nuestras reglas sobre algunos medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir requerir o no requerir aprobación previa (PA) para algún medicamento. (La PA es el permiso de Tufts Health One Care antes de que usted pueda obtener un medicamento).

- Aumentar o reducir la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (llamado límite de cantidad).
- Agregar o cambiar restricciones a la terapia escalonada de un medicamento. (Terapia escalonada significa que usted podría tener que probar un medicamento antes que cubramos otro medicamento.)

Para obtener más información acerca de estas restricciones, consulte la pregunta B4.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **principio** del año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- salga al mercado un medicamento nuevo y más barato que funcione tan bien como un medicamento en la Lista de medicamentos actual, o
- nos demos cuenta de que un medicamento no es seguro, o
- un medicamento sea retirado del mercado.

Las preguntas B3 y B6 de abajo contienen más información sobre lo que sucederá cuando la Lista de medicamentos cambie.

- Usted siempre puede leer la Lista de medicamentos actualizada de Tufts Health One Care en Internet, en TuftsHealthOneCare.org.
- También puede llamar a Servicios al miembro para revisar la Lista de medicamentos actual al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

B3. ¿Qué sucederá cuando haya un cambio en la Lista de medicamentos?

Algunos cambios a la Lista de medicamentos ocurren **de inmediato**. Por ejemplo:

- **Un nuevo medicamento genérico está disponible.** A veces, sale al mercado un medicamento genérico nuevo que funciona tan bien como un medicamento que existe en la Lista de medicamentos actual. Cuando eso ocurre, podemos eliminar el medicamento de marca y añadir el nuevo medicamento genérico, pero su gasto para el medicamento nuevo seguirá siendo el mismo.

Cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, podemos también decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas de cobertura o sus límites.

- Es posible que no le informemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez realizado.



Si tiene preguntas, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.

- Usted o su proveedor pueden pedir una “excepción” de estos cambios. Le mandaremos un aviso con los pasos que puede tomar para pedir una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte la pregunta B10.
- **Un medicamento se retira del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que un medicamento que usted está tomando no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Le avisaremos del cambio si usted está tomando el medicamento. Llame a su médico u otro profesional que escribe recetas para considerar medicamentos alternativos y pedir una nueva receta.

Es posible que hagamos otros cambios que pueden afectar a los medicamentos que usted toma. Le informaremos por adelantado sobre estos cambios en la Lista de medicamentos. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA provee nuevas guías o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado y
 - Reemplazamos un medicamento de marca que está en la Lista de medicamentos actualmente o
 - Cambiamos las reglas de cobertura o los límites para el medicamento de marca.

Cuando sucedan estos cambios:

- Le informaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio en la Lista de medicamentos, o
- Le informaremos y le proporcionaremos un suministro para 30 días del medicamento luego de que usted solicite un nuevo surtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional autorizado, que pueden ayudarlo a decidir:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted puede tomar en su lugar o
- Si debe pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte la pregunta B10.

B4. ¿La cobertura de medicamentos tiene alguna restricción o límite, o hay que hacer algo en particular para obtener ciertos medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen reglas de cobertura o tienen límites de cantidad que usted puede obtener. En algunos casos, usted o su médico u otro profesional autorizado tendrán que hacer algo antes de poder obtener el medicamento. Por ejemplo:

- **Autorización previa (PA) o aprobación:** En el caso de algunos medicamentos, su médico u otro profesional deben obtener una PA por parte de Tufts Health One Care antes de hacer una receta. Tufts Health One Care podría no cubrir el medicamento si usted no consigue la aprobación.
- **Límites de cantidad:** A veces Tufts Health One Care limita la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
- **Terapia escalonada:** A veces Tufts Health One Care exige que usted siga una terapia escalonada. Esto significa que usted tendrá que probar los medicamentos para su enfermedad en un cierto orden. Usted podría tener que probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si a su médico le parece que el primer medicamento no funciona para usted, entonces cubriremos el segundo.

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

- Tiras reactivas OneTouch
- Medidores OneTouch (cantidad límite: 1 medidor por 180 días)
- Los productos Dexcom y FreeStyle Libre que Medicare considera equipos médicos duraderos (DME por sus siglas en inglés) (Requiere autorización previa.)

Para averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional, consulte las tablas que comienzan en la página 1. Usted también puede obtener más información visitando nuestro sitio web en TuftsHealthOneCare.org. Tenemos en internet documentos que explican nuestras restricciones de PA y de terapia escalonada. También puede pedirnos que le envíemos una copia.

Usted puede pedir una excepción a esos límites. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional autorizado. Él podrá ayudarlo a decidir si hay algún otro medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted puede tomar en su lugar o si tiene que pedir una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10 - B12.



Si tiene preguntas, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite TuftsHealthOneCare.org.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si tengo que hacer algo para obtenerlo?

La tabla de medicamentos de la página 2 tiene una columna llamada “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso”.

B6. ¿Qué sucederá si Tufts Health One Care cambia las reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa (PA) o aprobación, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)?

En algunos casos, le avisaremos por adelantado si agregamos o cambiamos requisitos de PA, límites de cantidad y restricciones de terapia escalonada a un medicamento. Para obtener más información sobre este aviso por adelantado y sobre las situaciones en las cuales no le notificaremos por adelantado cuando cambiemos nuestras reglas sobre medicamentos en la Lista de medicamentos, consulte la pregunta B3.

B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?

Hay dos maneras de encontrar un medicamento:

- Puede buscar por orden alfabético, por el nombre del medicamento o
- Puede buscar por enfermedad.

Para buscar **en orden alfabético**, vaya al índice de la sección Medicamentos cubiertos. Usted puede encontrarlo en la Sección D.

Para buscar **por enfermedad**, busque la sección titulada “Medicamentos agrupados por tipos de enfermedades” de la página 1. Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías, de acuerdo con el tipo de enfermedades para las que se usan como tratamiento. Por ejemplo, si usted tiene una enfermedad del corazón, debe buscar en la “Medicamentos cardiovasculares”. Ahí encontrará los medicamentos que traten enfermedades del corazón.

B8. ¿Qué pasará si el medicamento que quiero tomar no está en la Lista de medicamentos?

Si usted no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos, llame a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. y pregunte por él. Si se entera de que Tufts Health One Care no cubrirá el medicamento, usted puede hacer lo siguiente:

- Pedir a Servicios al miembro una lista de medicamentos similares al que quiere tomar. Luego, muestre la lista a su médico u otro profesional autorizado. Este podrá recetarle un medicamento similar al de la Lista de medicamentos que usted quiere tomar. o

- Pedir al plan de salud que haga una excepción para cubrir su medicamento. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10 - B12.

B9. ¿Qué pasará si soy un miembro nuevo de Tufts Health One Care y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo problemas para obtener mi medicamento?

Podemos ayudarle. Podríamos cubrir su medicamento temporalmente con un suministro de 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días que usted sea miembro de Tufts Health One Care. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional autorizado. Él podrá ayudarlo a decidir si hay algún otro medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted puede tomar en su lugar o si tiene que pedir una excepción.

Si su receta es para menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionarle hasta un máximo de 30 días de medicamento.

Cubriremos un suministro de 30 días de su medicamento si:

- usted está tomando algún medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o
- las reglas del plan de salud no le permiten obtener la cantidad recetada por su profesional autorizado o
- el medicamento requiere PA de Tufts Health One Care o
- usted toma algún medicamento que forma parte de una restricción de terapia escalonada.

Si está tomando un medicamento que Tufts Health One Care no considera como medicamento de la Parte D, usted tendrá derecho a obtener un suministro único del medicamento para 72 horas. Puede encontrar más información sobre cómo obtener un suministro temporal de un medicamento en el Capítulo 5 de su *Manual del miembro*.

Si usted está en un hogar para personas de la tercera edad u otro centro de cuidado a largo plazo, y necesita un medicamento que no está en la Lista de medicamentos o si no puede obtener fácilmente el medicamento que necesita, podemos ayudarle. Si usted ha estado en el plan por más de 90 días, vive en una institución de cuidado a largo plazo y necesita su suministro de inmediato:

- Le cubriremos un suministro 31 días del medicamento que necesite (a menos que tenga una receta para menos días), aunque sea o no sea un nuevo miembro de Tufts Health One Care.
- Esto es adicional al suministro temporal durante sus primeros 90 días que sea un miembro de Tufts Health One Care.



Si tiene preguntas, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.

Por esta vez, el surtido temporal del medicamento sin cobertura le da tiempo de conversar sobre un plan de transición con el médico. Su médico también puede solicitar una excepción a la cobertura del medicamento no cubierto basado en la revisión de la necesidad médica luego del proceso estándar de excepción indicado anteriormente.

Tal como se mencionó anteriormente, el surtido temporal será, por lo general, un suministro de hasta 31 días, pero se podría extender para darles tiempo a usted y al médico para administrar las complejidades de múltiples medicamentos o cuando existan circunstancias especiales. Usted puede solicitar una receta transitoria llamando al departamento de servicios para miembros de Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), siete días de la semana, de 8 a.m. 8 p.m.

B10. ¿Puedo pedir al plan que haga una excepción para cubrir mi medicamento?

Sí. Usted puede pedirle a Tufts Health One Care que haga una excepción para cubrir su medicamento si no está en la Lista de medicamentos.

Usted también puede pedirnos un cambio a las reglas de su medicamento.

- Por ejemplo, Tufts Health One Care podría limitar la cantidad que cubriremos de un medicamento. Si su medicamento tiene un límite, usted puede pedirnos que quitemos el límite y que cubramos más.
- Otros ejemplos: Usted puede pedirnos que quitemos las restricciones de terapia escalonada o los requisitos de PA.
- Cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
- Llame al médico o a otra persona que emite la receta para conversar sobre medicamentos alternativos y solicitar una nueva receta.
- Añadimos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado y
 - Reemplazamos un medicamento de marca que está actualmente en la Lista de medicamentos ○
 - Cambiamos las reglas o los límites de la cobertura del medicamento de marca.

Cuando se produzcan estos cambios,

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

Esto le dará tiempo para conversar con el médico u otra persona que emite la receta. 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. Consulte la pregunta B10 para obtener más información sobre las excepciones.

B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?

Para pedir una excepción, llame a Servicios al miembro. Servicios al miembro trabajará con usted y su proveedor para ayudarle a pedir una excepción. También puede consultar el Capítulo 9 del *Manual del miembro* para obtener más información sobre excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

Antes que nada, debemos recibir una declaración de su proveedor apoyando su pedido de excepción. Para presentar una solicitud, su proveedor o usted puede solicitar una excepción de cobertura por correo, fax, comunicándose con Servicios para Miembros o enviando una solicitud a través del sitio web de Tufts Health One Care.

Correo:

Tufts Health Plan
ATTN: Pharmacy Utilization Management Department
1 Wellness Way
Canton, MA 02021

Fax: 617-673-0956

Servicios para Miembros: 1-855-393-3154 (TTY: 711) los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

Sitio web de Tufts Health One Care: TuftsHealthOneCare.org

Tras recibir una declaración de su profesional autorizado apoya su petición de una excepción, le comunicaremos nuestra decisión al respecto en un plazo de 72 horas.

Si usted o su profesional autorizado piensan que su salud podría deteriorarse si tiene que esperar 72 horas para obtener una decisión, entonces usted puede pedir una excepción acelerada (una decisión más rápida). Si su profesional autorizado apoya su petición, le daremos una decisión a más tardar 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su profesional autorizado.



Si tiene preguntas, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite TuftsHealthOneCare.org.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están hechos con los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente cuestan menos que los medicamentos de marca y no tienen marcas tan conocidas. Los medicamentos genéricos son aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

Tufts Health One Care cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

B14. ¿Qué son los medicamentos de venta sin receta médica (OTC)?

OTC quiere decir “medicamentos de venta sin receta médica”. Tufts Health One Care cubre algunos medicamentos de venta sin receta médica cuando son recetados por su proveedor.

Usted puede leer la Lista de medicamentos de Tufts Health One Care para averiguar qué medicamentos de venta sin receta médica están cubiertos.

B15. ¿Tufts Health One Care cubre algún producto de venta sin receta médica que no sea un medicamento?

Tufts Health One Care cubre algunos productos de venta sin receta médica que no son medicamentos cuando son recetados por su proveedor.

Ejemplos de productos de venta sin receta médica que no son medicamentos incluyen gasas y suplementos vitamínicos.

Usted puede leer la Lista de medicamentos de Tufts Health One Care para averiguar qué productos de venta sin receta médica que no son medicamentos están cubiertos.

B16. ¿Tufts Health One Care cubre suministros de recetas a largo plazo?

- **Programas de pedidos por correo.** Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite obtener suministros de sus medicamentos de receta de hasta 90 días, enviados directamente a su hogar. No se aplicará un copago al suministro para 90 días ni para un mes.
- **Programas de farmacias minoristas de 90 días.** Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer un suministro de hasta 90 días de medicamentos de receta cubiertos. No se aplicará un copago al suministro para 90 días ni para un mes.

B17. ¿Puedo hacer que envíen los medicamentos de receta a mi casa desde mi farmacia local?

Es posible que su farmacia local pueda enviar su medicamento de receta a su casa. Usted puede llamar a su farmacia para verificar si le ofrecen entrega a domicilio.

B18. ¿Cuánto es mi copago?

Los miembros de Tufts Health One Care no tienen copagos por medicamentos de receta y medicamentos de venta sin receta médica (OTC), siempre y cuando el miembro siga las reglas del plan.

B19. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra Lista de medicamentos.

- Los medicamentos de Nivel 1 son medicamentos vacunos.
- Los medicamentos de nivel 2 son medicamentos genéricos.
- Los medicamentos de nivel 3 son medicamentos de marca.
- Los medicamentos de nivel 4 son medicamentos de venta libre cubierto por MassHealth.

Tenga en cuenta lo siguiente: Ninguno de los niveles tiene copago.

C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La siguiente lista de medicamentos cubiertos le da información sobre los medicamentos cubiertos por Tufts Health One Care. Si usted tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 80. El índice alfabético enumera todos los medicamentos cubiertos por Tufts Health One Care.

La primera columna de la tabla contiene el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están escritos en mayúsculas (p. ej.: ENTRESTO) y los medicamentos genéricos están escritos en cursivas minúsculas (p. ej.: lisinopril).

La información de la columna titulada “medidas necesarias, restricciones o límites de uso” le indica si Tufts Health One Care tiene alguna regla para cubrir su medicamento.

Nota: El símbolo “EC” (Enhanced Coverage) junto a un medicamento significa que el medicamento no es un “Medicamento de la Parte D”. La cantidad que usted paga cuando surta una receta de este medicamento no cuenta en el costo total de sus medicamentos (o sea, la cantidad que usted paga no le ayuda para cumplir con los requisitos para la cobertura catastrófica).

- Además, si recibe Ayuda adicional para pagar sus recetas, usted no recibirá ninguna Ayuda adicional para pagar estos medicamentos. Para obtener más información sobre Ayuda adicional, consulte la información del recuadro de abajo.



Si tiene preguntas, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite TuftsHealthOneCare.org.

Ayuda adicional es un programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a reducir sus gastos en medicamentos de receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. Ayuda adicional también se llama “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

- Estos medicamentos tienen reglas diferentes para las apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos alguna decisión que hayamos tomado sobre su cobertura y que la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted quiere ya no está cubierto por Medicare o MassHealth.
- Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar.
- Si en algún momento tiene una pregunta, llame a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede enterarse de cómo apelar una decisión en el Capítulo 9 del *Manual del miembro*.

C1. Medicamentos agrupados por tipos de enfermedades

Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías, de acuerdo con el tipo de enfermedades para las que se usan como tratamiento. Por ejemplo, si usted tiene una enfermedad del corazón, debe buscar en la categoría Medicamentos cardiovasculares. Ahí encontrará los medicamentos que traten enfermedades del corazón.

Estos son los significados de los códigos usados en la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso”:

QL (por sus siglas en inglés) = Límite de cantidad: Esto limita el suministro del medicamento que usted puede obtener.

NEDS (por sus siglas en inglés) = Medicamento suministrado sin extensión: Para poder reducir los costos de los medicamentos, ciertos medicamentos de alto costo se limitarán a una cantidad de 30 días por receta.

PA (por sus siglas en inglés) = Autorización previa (aprobación): usted debe tener aprobación del plan antes de poder obtener este medicamento.

PA BvD (por sus siglas en inglés) = Estos medicamentos necesitan una autorización previa para determinar la cobertura adecuada según Medicare Parte B o Parte D.

PA NSO (por sus siglas en inglés) = La restricción de autorización previa solo aplica si es un miembro nuevo o si ha tomado este medicamento antes.

SP (por sus siglas en inglés) = Disponible a través de un proveedor designado especial de farmacia. Usted tiene la opción de obtener este medicamento a través de un proveedor de farmacia de especialidades. Estas farmacias se especializan en suministrar una cantidad selecta de medicamentos directamente a nuestros miembros. Proveen entrega gratuita a su domicilio, apoyo educacional 24/7 por teléfono, apoyo de enfermeras y farmacéuticos y colaborarán estrechamente con su médico. Los medicamentos incluyen, pero no se limitan, a medicamentos usados en el tratamiento de la esclerosis múltiple, hepatitis C, artritis reumatoide y cánceres tratados con medicamentos administrados por vía oral.

ST (por sus siglas en inglés) = Terapia escalonada: usted tiene que probar otro medicamento, antes de poder utilizar este.

ST NSO = La terapia escalonada se aplica solo para nuevos ingresos: La restricción de autorización previa de terapia escalonada solo se aplica si usted es un miembro nuevo o no ha tomado este medicamento antes.



Si tiene preguntas, llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite TuftsHealthOneCare.org.

Medicamentos agrupados por tipos de enfermedades

Agentes antiinfecciosos.....	2
Agentes antineoplásicos	9
Agentes de piel y membranas mucosas.....	16
Agentes del sistema nervioso central	16
Agentes del tracto respiratorio	30
Agentes dentales.....	32
Agentes diagnósticos.....	32
Agentes para la piel y las membranas mucosas	32
Agentes terapéuticos variados.....	32
Agentes terapéuticos varios.....	34
Anestésicos locales.....	38
Antagonistas de metales pesados	38
Antihistamínicos.....	38
Antitoxinas, inmunoglobulinas, toxoides y vacunas.....	39
Ayudas farmacéuticas	40
Blood Formation,Coagulation & Thrombosis.....	40
Componentes dorados	42
Enzimas	42
Equilibrio de agua, electrolítico y calórico	42
Hormonas y sustitutos sintéticos	46
Hormones and Synthetic Substitutes.....	54
Medicamentos autónomos	54
Medicamentos cardiovasculares.....	57
Medicamentos gastrointestinales.....	61
Preparaciones para ojos, oídos, nariz y garganta	66
Recursos	69
Relajantes musculares suaves.....	70
Skin and Mucous Membrane Preparations.....	70
Vitamina	76
Vitaminas	77

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
Agentes antiinfecciosos		
Antibacterianos		
<i>amikacin sulfate inj 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	2	
<i>amoxicillin chew 125mg, 250mg</i>	2	
<i>amoxicillin caps, susr, tabs</i>	2	
<i>ampicillin sodium inj</i>	2	
<i>ampicillin-sulbactam inj 10gm; 5gm, 1gm; 0.5gm</i>	2	
<i>ampicillin/sulbactam inj 2gm; 1gm</i>	2	
<i>ampicillin caps 500mg</i>	2	
ARIKAYCE	3	PA; NEDS
AUGMENTIN SUSR 125MG/5ML; 31.25MG/5ML	3	
AVYCAZ	3	NEDS
<i>azithromycin pack, susr, tabs</i>	2	
<i>azithromycin inj 500mg</i>	2	
<i>aztreonam inj 1gm</i>	2	
<i>aztreonam inj 2gm</i>	2	NEDS
BAXDELA TABS	3	NEDS
BICILLIN C-R INJ 300000UNIT/ML; 300000UNIT/ML, 900000UNIT/2ML; 300000UNIT/2ML	3	
BICILLIN L-A INJ 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	3	
CAYSTON	3	PA; NEDS
<i>cefaclor caps</i>	2	
<i>cefaclor susr 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml</i>	2	
<i>cefadroxil</i>	2	
<i>cefazolin sodium/dextrose inj 1gm; 4%, 2gm; 3%</i>	2	
<i>cefazolin sodium inj 10gm, 1gm/50ml; 4%, 1gm, 2gm, 500mg</i>	2	
<i>cefazolin inj 2gm/100ml; 4%, 2gm, 3gm</i>	2	
<i>cefdinir</i>	2	
<i>cefeprizine</i>	2	
<i>cefeprizine hydrochloride inj 2gm</i>	2	
<i>cefeprizine/dextrose</i>	2	
<i>cefixime</i>	2	
<i>cefotetan inj 1gm, 2gm</i>	2	
<i>cefoxitin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	2	
<i>cefpodoxime proxetil</i>	2	
<i>ceftazidime</i>	2	
<i>ceftazidime inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	2	
<i>ceftazidime iso-osmotic dextrose</i>	2	
<i>ceftazidime iso-osmotic dextrose inj 1gm; 3.74%</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefuroxime axetil tabs</i>	2	
<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm, 750mg</i>	2	
<i>cephalexin</i>	2	
<i>ciprofloxacin hcl tabs 100mg, 750mg</i>	2	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tabs 250mg, 500mg</i>	2	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	2	
<i>ciprofloxacin susr 500mg/5ml, 5gm/100ml</i>	2	
<i>clarithromycin er</i>	2	
<i>clarithromycin susr, tabs</i>	2	
<i>clindamycin hcl caps 300mg</i>	2	
<i>clindamycin hydrochloride caps 150mg, 75mg</i>	2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	2	
<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	2	
<i>clindamycin phosphate inj 300mg/2ml, 600mg/4ml, 9000mg/60ml, 900mg/6ml</i>	2	
<i>colistimethate sodium inj</i>	2	NEDS
DALVANCE	3	
<i>daptomycin</i>	2	
<i>daptomycin/sodium chloride</i>	2	
<i>demeclacycline hcl tabs</i>	2	
<i>dicloxacillin sodium</i>	2	
DIFICID	3	NEDS
DOXY 100	3	
<i>doxycycline</i>	2	
<i>doxycycline hyclate dr tbec 100mg, 150mg, 200mg, 50mg, 75mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate caps, inj, tabs</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate caps, tabs</i>	2	
<i>ertapenem</i>	2	
<i>erythromycin base tabs</i>	2	
<i>erythromycin dr</i>	2	
<i>erythromycin ethylsuccinate susr, tabs</i>	2	
<i>erythromycin cpep 250mg</i>	2	
FIRVANQ	3	
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride inj 1.2mg/ml; 0.9%, 1.6mg/ml; 0.9%, 1mg/ml; 0.9%, 2mg/ml; 0.9%</i>	2	
<i>gentamicin sulfate inj 40mg/ml</i>	2	
<i>imipenem/cilastatin</i>	2	
<i>isotonic gentamicin inj 0.8mg/ml; 0.9%</i>	2	
<i>levofloxacin in d5w</i>	2	
<i>levofloxacin inj 25mg/ml</i>	2	
<i>levofloxacin oral soln 25mg/ml</i>	2	
<i>levofloxacin tabs 250mg, 500mg, 750mg</i>	2	
<i>linezolid tabs</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>linezolid susr</i>	2	NEDS
<i>linezolid inj 600mg/300ml</i>	2	
<i>meropenem</i>	2	
<i>minocycline hcl caps 75mg</i>	2	
<i>minocycline hcl tabs</i>	2	
<i>minocycline hydrochloride caps 100mg, 50mg</i>	2	
<i>monodoxine nl caps 100mg</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride tabs 400mg</i>	2	
<i>nafcillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	2	
<i>neomycin sulfate tabs</i>	2	
NUZYRA TABS	3	NEDS
<i>ofloxacin tabs 300mg, 400mg</i>	2	
<i>oxacillin sodium inj 1.5gm/50ml; 1gm/50ml, 10gm, 1gm, 2gm, 300mg/50ml; 2gm/50ml</i>	2	
<i>penicillin g potassium in iso-osmotic dextrose</i>	2	
<i>penicillin g potassium inj 20000000unit, 5000000unit</i>	2	
<i>penicillin g sodium</i>	2	NEDS
<i>penicillin v potassium</i>	2	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	2	
SIVEXTRO TABS	3	NEDS
<i>streptomycin sulfate inj 1gm</i>	2	
<i>sulfadiazine tabs</i>	2	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	2	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim susp, tabs</i>	2	
<i>sulfasalazine tabs, tbec</i>	2	
SUPRAX CHEW	3	
SUPRAX SUSR 500MG/5ML	3	
<i>tazicef inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	2	
TEFLARO	3	NEDS
<i>tetracycline hydrochloride caps</i>	2	
TOBI PODHALER	3	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>tobramycin sulfate inj 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml</i>	2	
<i>tobramycin nebu 300mg/4ml, 300mg/5ml</i>	2	PA BvD; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>vancomycin hcl inj 0.9%; 1gm/200ml, 100gm, 10gm</i>	2	
<i>vancomycin hydrochloride caps, oral solr</i>	2	
<i>vancomycin hydrochloride inj 1.25gm, 1.5gm, 1gm, 500mg, 5gm, 750mg</i>	2	
<i>vancomycin inj 0.9%; 500mg/100ml, 0.9%; 750mg/150ml</i>	2	
VIBRAMYCIN SYRP	3	
XENLETA TABS	3	NEDS

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
XIFAXAN TABS 200MG	3	
XIFAXAN TABS 550MG	3	PA; NEDS
ZERBAXA	3	NEDS
ZOSYN INJ 1GM/50ML; 2GM/50ML; 0.25GM/50ML, 5%; 3GM/50ML; 0.375GM/50ML, 5%; 4GM/100ML; 0.5GM/100ML	3	
Antihelmínticos		
<i>albendazole tabs</i>	2	NEDS
<i>ivermectin tabs 3mg</i>	2	
<i>praziquantel tabs</i>	2	
REESES PINWORM MEDICINE SUSP 144MG/ML	4	EC
Antiinfecciosos urinarios		
<i>fosfomycin tromethamine</i>	2	
<i>methenamine hippurate</i>	2	
<i>methenamine mandelate tabs 0.5gm, 1gm</i>	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	2	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrys</i> tals	2	
<i>trimethoprim tabs</i>	2	
Antimicobacterianos		
<i>dapsone tabs</i>	2	
<i>ethambutol hydrochloride</i>	2	
<i>isoniazid syrp, tabs</i>	2	
PASER	3	
PRIFTIN	3	
<i>pyrazinamide tabs</i>	2	
<i>rifabutin</i>	2	
<i>rifampin caps, inj</i>	2	
SIRTURO	3	PA; NEDS
TRECATOR	3	
Antimicóticos		
ABELCET	3	PA
<i>amphotericin b liposome</i>	2	PA; NEDS
<i>amphotericin b inj</i>	2	PA
<i>caspofungin acetate inj 70mg</i>	2	
<i>caspofungin acetate inj 50mg</i>	2	NEDS
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	2	
<i>fluconazole susr, tabs</i>	2	
<i>flucytosine caps</i>	2	NEDS
<i>griseofulvin microsize</i>	2	
<i>griseofulvin ultramicrosize tabs 125mg, 250mg</i>	2	
<i>itraconazole caps, soln</i>	2	
<i>ketoconazole tabs 200mg</i>	2	
<i>micafungin inj 100mg</i>	2	
<i>micafungin inj 50mg</i>	2	NEDS

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
NOXAFIL PACK, SUSP	3	NEDS
<i>nystatin susp 100000unit/ml</i>	2	
<i>nystatin tabs 500000unit</i>	2	
<i>posaconazole dr</i>	2	NEDS
<i>posaconazole susp</i>	2	NEDS
<i>terbinafine hcl tabs</i>	2	QL(42 EA por 42 días)
<i>voriconazole tabs</i>	2	
<i>voriconazole susr</i>	2	NEDS
<i>voriconazole inj</i>	2	PA; NEDS
Antiprotozoarios		
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	2	
<i>atovaquone susp</i>	2	NEDS
BENZNIDAZOLE	3	
<i>chloroquine phosphate tabs</i>	2	
COARTEM	3	QL(24 EA por 3 días)
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 200mg</i>	2	
IMPAVIDO	3	NEDS
<i>mefloquine hcl</i>	2	
<i>metronidazole caps 375mg</i>	2	
<i>metronidazole inj 500mg/100ml</i>	2	
<i>metronidazole tabs 250mg, 500mg</i>	2	
<i>nitazoxanide tabs</i>	2	
<i>paromomycin sulfate caps</i>	2	
<i>pentamidine isethionate inj</i>	2	
<i>pentamidine isethionate inhalation solr</i>	2	PA BvD
<i>primaquine phosphate tabs</i>	2	
<i>pyrimethamine tabs</i>	2	
<i>quinine sulfate caps 324mg</i>	2	PA
SOLOSEC	3	
<i>tinidazole tabs</i>	2	
Antivirales		
<i>abacavir</i>	2	
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	2	
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	2	NEDS
<i>acyclovir sodium inj 50mg/ml</i>	2	PA
<i>acyclovir caps 200mg</i>	2	
<i>acyclovir susp 200mg/5ml</i>	2	
<i>acyclovir tabs 400mg, 800mg</i>	2	
<i>adefovir dipivoxil</i>	2	
APTIVUS CAPS	3	NEDS
<i>atazanavir</i>	2	
<i>atazanavir sulfate caps 300mg</i>	2	
BIKTARVY	3	NEDS

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cidofovir</i>	2	NEDS
CIMDUO	3	NEDS
COMPLERA	3	NEDS
<i>darunavir</i>	2	NEDS
DELSTRIGO	3	
DESCOVY	3	NEDS
DOVATO	3	NEDS
EDURANT	3	NEDS
<i>efavirenz</i>	2	
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	2	NEDS
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	2	NEDS
<i>emtricitabine</i>	2	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	2	NEDS
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg; 300mg</i>	2	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg; 150mg, 133mg; 200mg</i>	2	NEDS
EMTRIVA SOLN	3	
<i>entecavir</i>	2	
EPCLUSA	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>etravirine tabs 100mg</i>	2	
<i>etravirine tabs 200mg</i>	2	NEDS
EVOTAZ	3	NEDS
<i>famciclovir tabs</i>	2	
<i>fosamprenavir calcium</i>	2	NEDS
FUZEON	3	NEDS
GENVOYA	3	NEDS
HARVONI PACK	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HARVONI TABS 90MG; 400MG	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
INTELENCE TABS 25MG	3	
ISENTRESS HD	3	QL(60 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS PACK	3	
ISENTRESS TABS	3	QL(120 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS CHEW 100MG	3	QL(180 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS CHEW 25MG	3	QL(720 EA por 30 días)
JULUCA	3	NEDS
LAGEVRIO	3	QL(40 EA por 5 días)

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lamivudine</i>	2	
<i>lamivudine/zidovudine</i>	2	
LEXIVA SUSP	3	
LIVTENCITY	3	PA; NEDS
<i>lopinavir/ritonavir</i>	2	
maraviroc tabs 300mg	2	QL(120 EA por 30 días); NEDS
maraviroc tabs 150mg	2	QL(60 EA por 30 días); NEDS
MAVYRET	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>nevirapine</i>	2	
<i>nevirapine er</i>	2	
NORVIR PACK, SOLN	3	
ODEFSEY	3	NEDS
<i>oseltamivir phosphate caps, susr</i>	2	
PAXLOVID TBPK 150MG; 100MG	3	QL(20 EA por 5 días); \$0 Copay
PAXLOVID TBPK 150MG; 100MG	3	QL(30 EA por 5 días); \$0 Copay
PEGASYS	3	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP-Optum Specialty
PIFELTRO	3	NEDS
PREVYMIS TABS	3	PA; NEDS
PREZCOBIX	3	NEDS
PREZISTA SUSP	3	NEDS
PREZISTA TABS 75MG	3	
PREZISTA TABS 150MG, 600MG, 800MG	3	NEDS
RELENZA DISKHALER	3	
REYATAZ PACK	3	NEDS
<i>ribavirin caps</i>	2	SP-Optum Specialty
<i>ribavirin tabs 200mg</i>	2	SP-Optum Specialty
<i>rimantadine hydrochloride</i>	2	
<i>ritonavir</i>	2	
RUKOBIA	3	NEDS
SELZENTRY SOLN	3	QL(1800 ML por 30 días)
SELZENTRY TABS 25MG	3	
SELZENTRY TABS 75MG	3	NEDS
STRIBILD	3	NEDS
SUNLENCA TBPK	3	NEDS
SYMTUZA	3	NEDS
TEMIXYS	3	NEDS

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	2	
TIVICAY PD	3	
TIVICAY TABS 10MG	3	
TIVICAY TABS 25MG, 50MG	3	NEDS
TRIUMEQ	3	NEDS
TRIUMEQ PD	3	NEDS
TRIZIVIR	3	NEDS
<i>valacyclovir hydrochloride tabs</i>	2	
<i>valganciclovir</i>	2	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	2	NEDS
VEMLIDY	3	NEDS
VIRACEPT TABS 250MG	3	
VIRACEPT TABS 625MG	3	NEDS
VIREAD POWD	3	NEDS
VIREAD TABS 150MG, 200MG, 250MG	3	NEDS
VOSEVI	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XOFLUZA TBPK 40MG, 80MG	3	QL(1 EA por 7 días)
XOFLUZA TBPK 20MG	3	QL(2 EA por 7 días)
<i>zidovudine</i>	2	
Agentes antineoplásicos		
Agentes antineoplásicos		
<i>abiraterone acetate</i>	2	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
AKEEGA	3	PA NSO; NEDS
ALECENSA	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ALUNBRIG	3	PA NSO; NEDS
AUGTYRO	3	PA NSO; NEDS
AYVAKIT	3	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BALVERSA	3	PA NSO; NEDS
BESREMI	3	PA NSO; NEDS
<i>bexarotene caps 75mg</i>	2	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bicalutamide</i>	2	
<i>bortezomib inj 1mg, 2.5mg</i>	2	
<i>bortezomib inj 3.5mg/1.4ml, 3.5mg</i>	2	NEDS
BOSULIF CAPS 50MG	3	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPS 100MG	3	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
BOSULIF TABS 100MG	3	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BOSULIF TABS 400MG, 500MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BRAFTOVI	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BRUKINSA	3	PA NSO; NEDS
CABOMETYX	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
CALQUENCE TABS	3	PA NSO; NEDS
CALQUENCE CAPS	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
CAPRELSA TABS 300MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
CAPRELSA TABS 100MG	3	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
COMETRIQ	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
COPIKTRA	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
COTELLIC	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>cyclophosphamide tabs</i>	2	PA BvD
<i>cyclophosphamide caps</i>	2	PA BvD; SP-Optum Specialty
DARZALEX	3	NEDS
DAURISMO	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>docetaxel</i>	2	
DROXIA	3	
EMCYT	3	
ERIVEDGE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ERLEADA TABS 240MG	3	PA NSO; NEDS
ERLEADA TABS 60MG	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>erlotinib hydrochloride tabs 150mg, 25mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días); NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>erlotinib hydrochloride tabs 100mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días); NEDS; SP-Optum Specialty
<i>everolimus tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>everolimus tbs 2mg, 3mg, 5mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
EXKIVITY	3	PA NSO; NEDS
<i>flutamide</i>	2	
FOTIVDA	3	PA NSO; NEDS
FRUZAQLA	3	PA NSO; NEDS
GAVRETO	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>gefitinib</i>	2	PA NSO; NEDS
GILOTrif	3	PA NSO; NEDS
GLEOSTINE	3	
<i>hydroxyurea</i>	2	
IBRANCE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ICLUSIG	3	PA NSO; NEDS
IDHIFA	3	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>imatinib mesylate</i>	2	NEDS; SP-Optum Specialty
IMBRUVICA SUSP	3	PA NSO; NEDS
IMBRUVICA CAPS, TABS	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INLYTA	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INQOVI	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INREBIC	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INTRON A	3	SP-Optum Specialty
IRESSA	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
IWLIFIN	3	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
JAKAFI	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
JAYPIRCA	3	PA NSO; NEDS
JYLAMVO	3	PA BvD
KISQALI	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KOSELUGO	3	PA NSO; NEDS
KRAZATI	3	PA NSO; NEDS
KYPROLIS	3	NEDS
<i>lapatinib ditosylate</i>	2	QL(180 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>lenalidomide caps 2.5mg, 20mg</i>	2	PA NSO; NEDS
<i>lenalidomide caps 10mg, 15mg, 25mg, 5mg</i>	2	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LEUKERAN	3	
LONSURF	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LORBRENA	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LUMAKRAS TABS 320MG	3	PA NSO; NEDS
LUMAKRAS TABS 120MG	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYNPARZA	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYSODREN	3	
LYTGOBI	3	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
MATULANE	3	NEDS
MEKINIST SOLR	3	PA NSO; NEDS
MEKINIST TABS	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
MEKTOVI	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>mercaptopurine</i>	2	
<i>methotrexate</i>	2	PA BvD
<i>methotrexate sodium</i>	2	PA BvD
NERLYNX	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>nilutamide</i>	2	NEDS
NINLARO	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
NUBEQA	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ODOMZO	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
OGSIVEO	3	PA NSO; NEDS
OJJAARA	3	PA NSO; NEDS
ONUREG	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
OPDIVO	3	NEDS
ORSERDU	3	PA NSO; NEDS
<i>paclitaxel</i>	2	
<i>pazopanib hydrochloride</i>	2	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
PEMAZYRE	3	PA NSO; NEDS
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
POMALYST	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PURIXAN	3	NEDS
QINLOCK	3	PA NSO; NEDS
RETEVMO	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
REVLIMID	3	PA NSO; NEDS
REZLIDHIA	3	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK PACK	3	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
ROZLYTREK CAPS	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RUBRACA	3	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RYDAPT	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
SCEMBLIX	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>sorafenib</i>	2	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib tosylate</i>	2	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
SPRYCEL	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
STIVARGA	3	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>sunitinib malate</i>	2	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
SYNRIBO	3	NEDS
TABLOID	3	SP-Optum Specialty
TABRECTA	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAFINLAR TBSO	3	PA NSO; NEDS
TAFINLAR CAPS	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAGRISSO	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TALZENNA CAPS 0.1MG, 0.35MG	3	PA NSO; NEDS
TALZENNA CAPS 0.25MG, 0.5MG, 0.75MG, 1MG	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TASIGNA	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAZVERIK	3	PA NSO; NEDS
TEPMETKO	3	PA NSO; NEDS
TIBSOVO	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>tretinoïn caps 10mg</i>	2	NEDS; SP-Optum Specialty
TREXALL	3	PA BvD
TRUQAP	3	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
TRUSELTIQ	3	PA NSO; NEDS
TUKYSA	3	PA NSO; NEDS
TURALIO	3	PA NSO; NEDS
VANFLYTA	3	PA NSO; NEDS
VENCLEXTA STARTING PACK	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 100MG	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 10MG, 50MG	3	PA NSO; SP-Optum Specialty
VERZENIO	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VITRAKVI	3	PA NSO; NEDS
VIZIMPRO	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VONJO	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VOTRIENT	3	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
WELIREG	3	PA NSO; NEDS
XALKORI CPSP	3	PA NSO; NEDS
XALKORI CAPS	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XATMEP	3	PA BvD
XOSPATA	3	PA NSO; NEDS
XPOVIO	3	PA NSO; NEDS
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	3	PA NSO; NEDS
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	3	PA NSO; NEDS
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	3	PA NSO; NEDS
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	3	PA NSO; NEDS
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	3	PA NSO; NEDS
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	3	PA NSO; NEDS
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	3	PA NSO; NEDS
XTANDI	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
YERVOY	3	NEDS
YONSA	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZEJULA TABS	3	PA NSO; NEDS
ZEJULA CAPS	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
ZELBORAF	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZOLINZA	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZYDELIG	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZYKADIA	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes de piel y membranas mucosas		
<i>Agentes antiinflamatorios</i>		
CORTIFOAM	3	
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	2	
<i>kourzeq</i>	2	
<i>Agentes de la membrana mucosa y de la piel, varios</i>		
CAPSAICIN CREA 0.075%, 0.1%	4	EC
CAPSAICIN PTCH 0.025%	4	EC
<i>nitroglycerin oint 0.4%</i>	2	QL(30 GM por 30 días)
<i>podofilox gel 0.5%</i>	2	
<i>Antiinfecciosos</i>		
IODINE TINCTURE MILD	4	EC
<i>klayesta</i>	2	
MICONAZOLE NITRATE	4	EC
MONISTAT 3	4	EC
<i>naftifine hydrochloride gel 1%</i>	2	
<i>Antipruriginosos y Anestésicos Locales</i>		
glydo	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl jelly</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl prsy 2%</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hydrochloride prsy 2%</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
PROCTOFOAM HC	3	
<i>Emolientes, Demulcentes y Protectores</i>		
LANSINOH LANOLIN NIPPLE	4	EC
Agentes del sistema nervioso central		
<i>Agentes anorexígenos y estimulantes respiratorios y del sistema nervioso central (CNS)</i>		
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	2	
<i>armodafinil</i>	2	PA
<i>dexamethylphenidate hcl er cp24 20mg, 35mg</i>	2	
<i>dexamethylphenidate hcl tabs 10mg, 5mg</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dexamphetamine hydrochloride er cp24 10mg, 15mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	2	
<i>dexamphetamine hydrochloride cp24</i>	2	
<i>dexamphetamine hydrochloride tabs 2.5mg</i>	2	
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	2	
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	2	
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	2	PA
<i>methamphetamine hcl</i>	2	PA
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride cd cpcr 10mg, 20mg, 30mg, 50mg, 60mg</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride er cpcr 40mg</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride er tb24, tbcr</i>	2	
<i>modafinil tabs</i>	2	PA
SUNOSI	3	PA
VYVANSE	3	PA
Agentes antijaquecosos		
AIMOVIG	3	QL(1 ML por 30 días); PA
<i>almotriptan</i>	2	
<i>eletriptan hydrobromide</i>	2	
EMGALITY INJ 120MG/ML	3	QL(2 ML por 30 días); PA
EMGALITY INJ 100MG/ML	3	QL(3 ML por 30 días); PA
<i>frovatriptan succinate</i>	2	
<i>naratriptan hcl</i>	2	
NURTEC	3	PA
<i>rizatriptan benzoate</i>	2	
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	2	
<i>sumatriptan succinate refill inj 6mg/0.5ml</i>	2	
<i>sumatriptan succinate inj, tabs</i>	2	
<i>sumatriptan soln</i>	2	
UBRELVY	3	PA
<i>zolmitriptan odt</i>	2	
<i>zolmitriptan tabs</i>	2	
<i>zolmitriptan soln 5mg</i>	2	
Agentes antimanicacos		
<i>lithium</i>	2	
<i>lithium carbonate er</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lithium carbonate caps, tabs</i>	2	
Agentes antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl caps, soln, tabs</i>	2	
<i>benztropine mesylate tabs</i>	2	
<i>bromocriptine mesylate caps, tabs</i>	2	
<i>cabergoline</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa er</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	2	
<i>carbidopa tabs</i>	2	
EMSAM	3	ST NSO; NEDS
<i>entacapone</i>	2	
GOCOVRI	3	PA
INBRIJA	3	NEDS
KYNMOBI	3	NEDS
NEUPRO	3	QL(30 EA por 30 días)
ONGENTYS	3	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2	
<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	2	
<i>rasagiline mesylate tabs</i>	2	
<i>ropinirole er</i>	2	
<i>ropinirole hcl tabs 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	2	
<i>ropinirole hydrochloride tabs 0.25mg, 3mg</i>	2	
RYTARY	3	
<i>selegiline hcl caps, tabs</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hcl soln</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	2	
Agentes de fibromialgia		
SAVELLA	3	
SAVELLA TITRATION PACK	3	
Agentes del sistema nervioso central, varios		
<i>acamprosate calcium dr</i>	2	
<i>atomoxetine hydrochloride caps 10mg, 25mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 100mg, 80mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 18mg, 40mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
EXSERVAN	3	NEDS
<i>guanfacine er tb24 2mg</i>	2	QL(90 EA por 90 días)

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>guanfacine hydrochloride tb24 1mg, 3mg, 4mg</i>	2	QL(90 EA por 90 días)
<i>memantine hcl titration pak</i>	2	
<i>memantine hydrochloride er</i>	2	
<i>memantine hydrochloride soln, tabs</i>	2	
NAMZARIC	3	
NOURIANZ	3	QL(30 EA por 30 días); NEDS
NUEDEXTA	3	PA
RADICAVA ORS	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RADICAVA ORS STARTER KIT	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RELYVRI	3	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>riluzole</i>	2	
<i>sodium oxybate</i>	2	PA; NEDS
Agentes psicoterapéuticos		
ABILIFY ASIMTUFII	3	NEDS
ABILIFY MAINTENA	3	NEDS
ABILIFY MYCITE	3	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	3	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	3	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>amitriptyline hcl tabs 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	2	
<i>amitriptyline hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 50mg</i>	2	
<i>amoxapine</i>	2	
APLENZIN TB24 174MG, 348MG	3	ST NSO
APLENZIN TB24 522MG	3	ST NSO; NEDS
<i>ariPIPrazole</i>	2	
<i>ariPIPrazole odt</i>	2	
ARISTADA	3	NEDS
ARISTADA INITIO	3	NEDS
<i>asenapine maleate sl</i>	2	ST NSO
AUVELITY	3	
<i>bupropion hcl tabs 100mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride tabs 75mg</i>	2	
CAPLYTA	3	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>chlordiazepoxide/amitriptyline</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>chlorpromazine hcl tabs</i>	2	
<i>chlorpromazine hydrochloride conc, tabs</i>	2	
<i>citalopram hydrobromide</i>	2	
<i>clomipramine hydrochloride</i>	2	
<i>clozapine odt</i>	2	
<i>clozapine tabs 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>desipramine hydrochloride</i>	2	
<i>desvenlafaxine er</i>	2	
<i>doxepin hcl caps 75mg</i>	2	
<i>doxepin hcl conc</i>	2	
<i>doxepin hydrochloride caps 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>doxepin hydrochloride tabs 3mg, 6mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20MG, 60MG	3	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 30MG, 40MG	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hcl cpep 40mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride cpep 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride cpep 30mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate soln, tabs</i>	2	
FANAPT	3	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK	3	ST NSO
FETZIMA	3	ST NSO
FETZIMA TITRATION PACK	3	ST NSO
<i>fluoxetine dr</i>	2	
<i>fluoxetine hydrochloride caps, soln, tabs</i>	2	
<i>fluphenazine decanoate inj</i>	2	
<i>fluphenazine hcl conc, inj</i>	2	
<i>fluphenazine hcl tabs 1mg</i>	2	
<i>fluphenazine hydrochloride elix</i>	2	
<i>fluphenazine hydrochloride tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	2	
<i>fluvoxamine maleate</i>	2	
<i>fluvoxamine maleate er</i>	2	
<i>haloperidol decanoate inj</i>	2	
<i>haloperidol lactate</i>	2	
<i>haloperidol conc, tabs</i>	2	
<i>imipramine hcl tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>imipramine hydrochloride tabs 10mg</i>	2	
<i>imipramine pamoate</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
INVEGA HAFYERA	3	NEDS
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	3	
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	3	NEDS
INVEGA TRINZA	3	NEDS
<i>loxapine</i>	2	
<i>lurasidone hydrochloride tabs 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tabs 80mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI	3	PA NSO; NEDS
MARPLAN	3	
<i>mirtazapine odt</i>	2	
<i>mirtazapine tabs</i>	2	
<i>molindone hydrochloride</i>	2	
<i>nefazodone hydrochloride</i>	2	
<i>nortriptyline hcl caps 25mg, 75mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl soln</i>	2	
<i>nortriptyline hydrochloride caps 10mg, 50mg</i>	2	
NUPLAZID CAPS	3	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
NUPLAZID TABS 10MG	3	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>olanzapine</i>	2	
<i>olanzapine odt</i>	2	
<i>olanzapine/fluoxetine</i>	2	
<i>paliperidone er</i>	2	
<i>paroxetine</i>	2	
<i>paroxetine hcl er</i>	2	
<i>paroxetine hcl tabs 30mg, 40mg</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride susp</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride tabs 10mg, 20mg</i>	2	
<i>perphenazine/amitriptyline</i>	2	
<i>perphenazine tabs</i>	2	
PERSERIS	3	NEDS
<i>phenelzine sulfate tabs</i>	2	
<i>pimozide</i>	2	
<i>prochlorperazine edisylate inj 10mg/2ml, 50mg/10ml</i>	2	
<i>prochlorperazine maleate tabs</i>	2	
<i>prochlorperazine supp 25mg</i>	2	
<i>protriptyline hcl</i>	2	
<i>quetiapine fumarate er</i>	2	
<i>quetiapine fumarate tabs 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>quetiapine fumarate tabs 25mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
REXULTI	3	NEDS
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG	3	
RISPERDAL CONSTA INJ 25MG, 37.5MG, 50MG	3	NEDS
<i>risperidone</i>	2	
<i>risperidone er inj 12.5mg</i>	2	
<i>risperidone er inj 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	2	NEDS
<i>risperidone odt</i>	2	
SECUADO	3	NEDS
<i>sertraline hcl conc</i>	2	
<i>sertraline hcl tabs 50mg</i>	2	
<i>sertraline hydrochloride tabs 100mg, 25mg</i>	2	
<i>thioridazine hcl tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>thiothixene caps 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	2	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	2	
<i>trazodone hydrochloride</i>	2	
<i>trifluoperazine hcl tabs 10mg, 2mg, 5mg</i>	2	
<i>trifluoperazine hydrochloride tabs 1mg</i>	2	
<i>trimipramine maleate caps</i>	2	
TRINTELLIX	3	
<i>venlafaxine besylate er</i>	2	
<i>venlafaxine hcl er tb24 37.5mg</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	2	
VERSACLOZ	3	NEDS
VIIBRYD STARTER PACK	3	
<i>vilazodone hydrochloride</i>	2	
VRAYLAR CPPK	3	
VRAYLAR CAPS	3	NEDS
<i>ziprasidone hcl</i>	2	
<i>ziprasidone mesylate</i>	2	
ZURZUVAE CAPS 30MG	3	QL(14 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
ZURZUVAE CAPS 20MG, 25MG	3	QL(28 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	3	
ZYPREXA RELPREVV INJ 300MG, 405MG	3	NEDS
A nalgésicos y antípiréticos		
ACETAMINOPHEN ER 8 HOUR ARTHRITIS PAIN	4	EC
ACETAMINOPHEN EXTRA STRENGTH TABS	4	EC
<i>acetaminophen/codeine tabs</i>	2	QL(240 EA por 30 días)

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acetaminophen/codeine soln</i>	2	QL(3600 ML por 30 días)
ACETAMINOPHEN SOLN 160MG/5ML	4	EC
ACETAMINOPHEN SUPP 120MG, 650MG	4	EC
ACETAMINOPHEN SUSP 650MG/20.3ML	4	EC
ACETAMINOPHEN TABS 325MG	4	EC
ASPIRIN EC TBEC 81MG	4	EC
ASPIRIN REGULAR STRENGTH	4	EC
ASPIRIN SUPP 300MG	4	EC
BELBUCA	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 2mg; 0.5mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 8mg; 2mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl subl 2mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl subl 8mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 4mg; 1mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 8mg; 2mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine ptwk</i>	2	QL(4 EA por 28 días)
<i>butorphanol tartrate soln</i>	2	QL(7.5 ML por 30 días)
<i>celecoxib caps</i>	2	
CHEWABLE ACETAMINOPHEN CHILDRENS	4	EC
CHILDRENS APAP CHEW	4	EC
<i>codeine sulfate tabs</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>diclofenac epolamine</i>	2	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>diclofenac potassium tabs 50mg</i>	2	
<i>diclofenac sodium dr</i>	2	
<i>diclofenac sodium er</i>	2	
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>	2	
<i>diflunisal tabs 500mg</i>	2	
<i>endocet tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>etodolac er</i>	2	
<i>etodolac caps, tabs</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 200mcg</i>	2	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	2	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>fentanyl citrate tabs</i>	2	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>fentanyl pt72 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	2	QL(10 EA por 30 días)
FEVERALL INFANTS	4	EC
FEVERALL JUNIOR STRENGTH	4	EC
<i>flurbiprofen tabs 100mg</i>	2	
GNP IBUPROFEN CHILDRENS	4	EC
GNP IBUPROFEN INFANTS	4	EC
GNP NAPROXEN	4	EC
GOODSENSE ASPIRIN CHEW, TABS	4	EC
GOODSENSE IBUPROFEN CHILDRENS SUSP	4	EC
GOODSENSE IBUPROFEN INFANTS	4	EC
HM NAPROXEN SODIUM CAPS	4	EC
<i>hydrocodone bitartrate er t24a</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen soln 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	2	QL(3600 ML por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 300mg; 10mg, 300mg; 5mg, 300mg; 7.5mg, 325mg; 10mg, 325mg; 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydrocodone/acetaminophen tabs 325mg; 7.5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydrocodone/ibuprofen tabs 10mg; 200mg, 5mg; 200mg, 7.5mg; 200mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl er tb24 12mg, 16mg, 8mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl liqd</i>	2	QL(1350 ML por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tabs 8mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tabs 2mg, 4mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hydrochloride er tb24 32mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>ibu</i>	2	
IBUPROFEN CAPS	4	EC
<i>ibuprofen susp</i>	2	
IBUPROFEN TABS 200MG	4	EC
<i>ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	2	
<i>indomethacin er</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>indomethacin caps 25mg, 50mg</i>	2	
<i>ketoprofen er cp24 200mg</i>	2	
<i>ketoprofen caps 25mg, 50mg</i>	2	
LAZANDA SOLN 400MCG/ACT	3	QL(15 EA por 30 días); PA; NEDS
LAZANDA SOLN 100MCG/ACT	3	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>levorphanol tartrate tabs</i>	2	QL(240 EA por 30 días); NEDS
LIQUID ACETAMINOPHEN	4	EC
MAPAP CAPS	4	EC
<i>meclofenamate sodium caps</i>	2	
<i>mefenamic acid caps</i>	2	
<i>meloxicam caps, tabs</i>	2	
MENSTRUAL PAIN RELIEF MULTI-SYMPOTOM MAXIMUM STRENGTH	4	EC
<i>methadone hcl tabs</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>methadone hcl soln 5mg/5ml</i>	2	QL(1200 ML por 30 días)
<i>methadone hcl soln 10mg/5ml</i>	2	QL(600 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate er cp24, tbcr</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate tabs</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate soln 20mg/ml</i>	2	QL(180 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate soln 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	2	QL(900 ML por 30 días)
<i>nabumetone tabs</i>	2	
<i>naproxen sodium cr</i>	2	
<i>naproxen sodium er tb24 375mg</i>	2	
<i>naproxen sodium er tb24 500mg</i>	2	NEDS
<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	2	
<i>naproxen sodium tb24 750mg</i>	2	
<i>naproxen susp, tbec</i>	2	
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg, 500mg</i>	2	
<i>oxaprozin tabs</i>	2	
<i>oxycodone hcl er t12a 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxycodone hcl er t12a 15mg, 30mg, 60mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oxycodone hydrochloride er t12a 10mg, 20mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride conc</i>	2	QL(120 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride caps</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride soln</i>	2	QL(2400 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 20mg, 30mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 10mg, 15mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone/acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
OXYCONTIN T12A	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxymorphone hydrochloride</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>oxymorphone hydrochloride er tb12 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxymorphone hydrochlorideer</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
PAIN RELIEF EXTRA STRENGTH/ADULT	4	EC
<i>piroxicam caps</i>	2	
<i>pregabalin er</i>	2	
<i>salsalate tabs</i>	2	
SUBSYS	3	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>sulindac tabs</i>	2	
TENSION HEADACHE	4	EC
<i>tramadol hcl er cp24 100mg, 200mg, 300mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>tramadol hcl er tb24</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride er</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tabs 100mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tabs 50mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
TRI-BUFFERED ASPIRIN TABS 325MG; 35MG; 40MG; 0; 0	4	EC
Ansiolíticos, sedantes e hipnóticos		
ACETAMINOPHEN PM EXTRA STRENGTH	4	EC
<i>alprazolam er</i>	2	
<i>alprazolam odt</i>	2	
<i>alprazolam tabs</i>	2	
BELSOMRA	3	
<i>buspirone hcl tabs 15mg</i>	2	
<i>buspirone hydrochloride tabs 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	2	
<i>clorazepate dipotassium tabs</i>	2	
DAYVIGO	3	
<i>diazepam intensol</i>	2	
<i>diazepam rectal gel</i>	2	
<i>diazepam soln, tabs</i>	2	
<i>estazolam</i>	2	
<i>eszopiclone</i>	2	
<i>flurazepam hcl</i>	2	
<i>flurazepam hydrochloride</i>	2	
HETLIOZ LQ	3	PA; NEDS
<i>hydroxyzine hcl inj 25mg/ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl tabs 50mg</i>	2	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrp</i>	2	
<i>hydroxyzine hydrochloride tabs 10mg, 25mg</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate caps</i>	2	
<i>lorazepam intensol</i>	2	
<i>lorazepam tabs</i>	2	
NIGHTTIME SLEEP AID TABS 25MG	4	EC
<i>oxazepam</i>	2	
<i>phenobarbital elix 20mg/5ml</i>	2	
<i>phenobarbital tabs 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	2	
<i>ramelteon</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
SLEEP AID LIQD, TABS	4	EC
SLEEP-AID CAPS 50MG	4	EC
<i>tasimelteon</i>	2	PA; NEDS
<i>temazepam</i>	2	
<i>triazolam</i>	2	
<i>zaleplon</i>	2	
<i>zolpidem tartrate er</i>	2	
<i>zolpidem tartrate subl, tabs</i>	2	
Antagonistas opiáceos		
<i>naloxone hcl inj 2mg/2ml, 4mg/10ml</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>naloxone hydrochloride liqd</i>	2	QL(4 EA por 30 días)
<i>naloxone hydrochloride inj 0.4mg/ml, 4mg/10ml</i>	2	
<i>naltrexone hcl tabs</i>	2	
OPVEE	3	QL(4 EA por 30 días)
VIVITROL	3	NEDS
Anticonvulsivos		
APTIOM	3	
BRIVIACT SOLN, TABS	3	NEDS
<i>carbamazepine er</i>	2	
<i>carbamazepine chew, susp, tabs</i>	2	
CELONTIN CAPS 300MG	3	
<i>clobazam susp</i>	2	
<i>clobazam tabs</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonazepam odt</i>	2	
<i>clonazepam tabs</i>	2	
DIACOMIT	3	PA NSO; NEDS
DILANTIN INFATABS	3	
DILANTIN-125	3	
DILANTIN CAPS	3	
<i>divalproex sodium dr</i>	2	
<i>divalproex sodium er</i>	2	
<i>divalproex sodium csdr</i>	2	
EPIDIOLEX	3	PA NSO
<i>epitol</i>	2	
EPRONTIA	3	
EQUETRO	3	
<i>ethosuximide caps, soln</i>	2	
<i>felbamate</i>	2	
FINTEPLA	3	PA NSO; NEDS
FYCOMPA	3	
<i>gabapentin caps, soln</i>	2	
<i>gabapentin tabs 600mg, 800mg</i>	2	
HORIZANT	3	
<i>lacosamide inj, oral soln</i>	2	
<i>lacosamide tabs</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>lamotrigine er</i>	2	
<i>lamotrigine odt</i>	2	
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	2	
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	2	
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	2	
<i>lamotrigine titration</i>	2	
<i>lamotrigine chew, tabs</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levetiracetam er</i>	2	
<i>levetiracetam oral soln, tabs</i>	2	
<i>levetiracetam inj 500mg/5ml</i>	2	
<i>magnesium sulfate inj 50%</i>	2	
<i>methsuximide</i>	2	
NAYZILAM	3	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
<i>oxcarbazepine</i>	2	
<i>phenytek</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended</i>	2	
<i>phenytoin chew, susp</i>	2	
<i>pregabalin caps, soln</i>	2	
<i>primidone tabs</i>	2	
<i>roweepra tabs 500mg</i>	2	
<i>rufinamide</i>	2	
SPRITAM	3	
<i>subvenite</i>	2	
<i>subvenite starter kit/blue</i>	2	
<i>subvenite starter kit/green</i>	2	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	2	
SYMPAZAN	3	
<i>tiagabine hydrochloride</i>	2	
<i>topiramate er cs24</i>	2	
<i>topiramate cpsp, tabs</i>	2	
<i>valproic acid caps, soln</i>	2	
VALTOCO 10 MG DOSE	3	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
VALTOCO 15 MG DOSE	3	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
VALTOCO 20 MG DOSE	3	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
VALTOCO 5 MG DOSE	3	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
<i>vigabatrin</i>	2	NEDS
<i>vigadronе</i>	2	NEDS
<i>vigpoder</i>	2	NEDS
XCOPRI TABS	3	NEDS
XCOPRI TBPK 0	3	
XCOPRI TBPK 0	3	NEDS
ZONISADE	3	
<i>zonisamide caps</i>	2	
ZTALMY	3	PA NSO; NEDS
<i>Inhibidores del transportador vesicular de monoaminas 2 (VMAT2)</i>		

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
AUSTEDO	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
INGREZZA <i>tetrabenazine</i>	3 2	PA; NEDS PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes del tracto respiratorio		
Agentes antifibróticos		
ESBRIET CAPS	3	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ESBRIET TABS 267MG	3	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ESBRIET TABS 801MG	3	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
OFEV	3	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>pirfenidone caps</i>	2	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 534mg</i>	2	QL(135 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 267mg</i>	2	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>pirfenidone tabs 801mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiinflamatorios		
<i>cromolyn sodium conc 100mg/5ml</i>	2	
<i>cromolyn sodium nebu 20mg/2ml</i>	2	PA BvD
DUPIXENT INJ 100MG/0.67ML, 200MG/1.14ML	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
FASENRA	3	PA; NEDS
FASENRA PEN	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>montelukast sodium chew, pack, tabs</i>	2	
NUCALA INJ 100MG, 40MG/0.4ML	3	PA; NEDS
NUCALA INJ 100MG/ML	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>zafirlukast</i>	2	
<i>zileuton er</i>	2	NEDS
Agentes del tracto respiratorio, varios		

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
BRONCHITOL	3	NEDS
PROLASTIN-C	3	PA; NEDS
XOLAIR INJ 150MG/ML, 150MG, 300MG/2ML, 75MG/0.5ML	3	PA; NEDS
XOLAIR INJ 150MG/ML	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes mucolíticos		
PULMOZYME	3	PA BvD; NEDS; SP-Optum Specialty
SODIUM CHLORIDE NEBU 7%	4	EC
Agentes vasodilatadores		
ADEMPAS	3	PA; NEDS
<i>ambrisentan</i>	2	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bosentan</i>	2	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
OPSUMIT	3	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	3	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	3	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	3	PA; NEDS
ORENITRAM TBCR 0.125MG, 0.25MG, 1MG, 2.5MG	3	PA
ORENITRAM TBCR 5MG	3	PA; NEDS
TRACLEER TBSO	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
UPTRAVI TITRATION PACK	3	PA; NEDS
UPTRAVI TABS	3	PA; NEDS
VENTAVIS	3	PA; NEDS
Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 4		
<i>roflumilast</i>	2	
Moduladores del regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística		
KALYDECO TABS	3	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
KALYDECO PACK 13.4MG, 5.8MG	3	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
KALYDECO PACK 25MG, 50MG, 75MG	3	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORKAMBI TABS	3	QL(112 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORKAMBI PACK 94MG; 75MG	3	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
ORKAMBI PACK 125MG; 100MG, 188MG; 150MG	3	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SYMDEKO	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
TRIKAFTA THPK	3	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
TRIKAFTA TBPK	3	QL(84 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes dentales		
<i>Agentes dentales</i>		
PREVENT 5000 SENSITIVE	4	EC
SODIUM FLUORIDE 5000 PPM ENAMEL PROTECT	4	EC
Agentes diagnósticos		
<i>Contenido de la orina y las heces</i>		
CHEMSTRIP 10 MD	4	EC
CHEMSTRIP 9 STRIPS	4	EC
KETO-DIASTIX	4	EC
Agentes para la piel y las membranas mucosas		
<i>Estimulantes y proliferantes celulares</i>		
RETIN-A MICRO	3	PA
<i>tretinoin microsphere gel 0.08%</i>	2	PA
Agentes terapéuticos variados		
<i>Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad</i>		
COSENTYX SENSOREADY PEN	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
COSENTYX UNOREADY	3	PA; NEDS
COSENTYX INJ 125MG/5ML	3	PA; NEDS
COSENTYX INJ 150MG/ML, 75MG/0.5ML	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL MINI	3	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL SURECLICK	3	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL INJ 25MG	3	QL(8 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL INJ 50MG/ML	3	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
ENBREL INJ 25MG/0.5ML	3	QL(8.16 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJ 0, 80MG/0.8ML	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN INJ 80MG/0.8ML	3	QL(4 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	3	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA INJ 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML, 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	3	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
KINERET	3	QL(20.1 ML por 28 días); PA; NEDS
<i>leflunomide tabs</i>	2	
ORENCIA CLICKJECT	3	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 50MG/0.4ML	3	QL(1.6 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 87.5MG/0.7ML	3	QL(2.8 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 125MG/ML	3	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
OTEZLA TBPK	3	QL(110 EA por 365 días); PA; NEDS
OTEZLA TABS	3	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
RASUVO INJ 10MG/0.2ML, 12.5MG/0.25ML, 15MG/0.3ML, 17.5MG/0.35ML, 20MG/0.4ML, 22.5MG/0.45ML, 25MG/0.5ML, 30MG/0.6ML, 7.5MG/0.15ML	3	
RINVOQ	3	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
XELJANZ XR	3	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ SOLN	3	QL(300 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ TABS	3	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes terapéuticos varios		
<i>Agentes anabólicos óseos</i>		
EVENITY	3	PA; NEDS
<i>Agentes antigotosos</i>		
<i>allopurinol tabs 100mg, 300mg</i>	2	
<i>colchicine caps, tabs</i>	2	
<i>febuxostat</i>	2	ST
GLOPERBA	3	
<i>Agentes cariostáticos</i>		
DENTAGEL	4	EC
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS	4	EC
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	4	EC
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 ppm crea</i>	2	
SODIUM FLUORIDE CHEW 0.25MG, 0.5MG, 1MG	4	EC
SODIUM FLUORIDE SOLN 0.5MG/ML	4	EC
<i>Agentes inmunomoduladores</i>		
ACTIMMUNE	3	NEDS; SP-Optum Specialty
AUBAGIO	3	NEDS; SP-Optum Specialty
AVONEX PEN	3	NEDS; SP-Optum Specialty
AVONEX INJ 30MCG/0.5ML	3	NEDS; SP-Optum Specialty
BAFIERTAM	3	NEDS; SP-Optum Specialty
BETASERON	3	NEDS; SP-Optum Specialty
COPAXONE	3	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	2	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>dimethyl fumarate cpdr</i>	2	NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
EXTAVIA	3	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>fingolimod</i>	2	NEDS
KESIMPTA	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT	3	NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT STARTER PACK TBPK 0.25MG	3	NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT STARTER PACK TBPK 0.25MG	3	SP-Optum Specialty
PLEGRIDY	3	NEDS; SP-Optum Specialty
PLEGRIDY STARTER PACK	3	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF	3	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF REBIDOSE	3	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	3	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF TITRATION PACK	3	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>teriflunomide</i>	2	
THALOMID	3	NEDS; SP-Optum Specialty
VUMERTY	3	NEDS; SP-Optum Specialty
ZEPOSIA	3	NEDS
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	3	NEDS
ZEPOSIA STARTER KIT	3	NEDS
Agentes inmunosupresores		
<i>azathioprine tabs</i>	2	PA BvD
BENLYSTA INJ 200MG/ML	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>cyclosporine modified</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine caps 100mg, 25mg</i>	2	PA BvD
ENVARSUS XR	3	PA BvD
<i>everolimus tabs 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días); PA BvD; NEDS
GENGRAF SOLN	2	PA BvD
GENGRAF CAPS 100MG, 25MG	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil caps, tabs</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil susr</i>	2	PA BvD; NEDS
<i>mycophenolic acid dr</i>	2	PA BvD

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
NULOJIX	3	NEDS
PROGRAF PACK	3	PA BvD
<i>sirolimus soln, tabs</i>	2	PA BvD
<i>tacrolimus caps 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	2	PA BvD
Agentes protectores		
MESNEX TABS	3	NEDS
Antídotos		
<i>acetylcysteine soln</i>	2	PA BvD
<i>leucovorin calcium tabs</i>	2	
Disuasivos de alcohol		
<i>disulfiram tabs</i>	2	
Inhibidores de la 5-alfa-reductasa		
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	2	
<i>dutasteride caps</i>	2	
<i>finasteride tabs</i>	2	
Inhibidores de la anhidrasa carbónica		
<i>dichlorphenamide</i>	2	PA; NEDS
Inhibidores de la resorción ósea		
<i>alendronate sodium soln</i>	2	
<i>alendronate sodium tabs 10mg, 35mg, 70mg</i>	2	
<i>ibandronate sodium</i>	2	
PROLIA	3	PA
<i>risedronate sodium</i>	2	
<i>risedronate sodium dr</i>	2	
XGEVA	3	PA; NEDS
<i>zoledronic acid inj 4mg/100ml, 4mg/5ml, 5mg/100ml</i>	2	
Inhibidores del sistema calicreína-cinina		
BERINERT	3	PA; NEDS
CINRYZE	3	PA; NEDS
HAEGARDA	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>icatibant acetate</i>	2	QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SAJAZIR	3	QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
TAVNEOS	3	PA; NEDS
Oligonucleótidos antisentido		
TEGSEDI	3	QL(6 ML por 30 días); PA; NEDS
Otros agentes terapéuticos varios		
ARCALYST	3	PA; NEDS
<i>betaine anhydrous</i>	2	NEDS

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
CERDELGA	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
CYSTAGON <i>dalfampridine er</i>	3 2	SP-Optum Specialty
ELMIRON	3	
ENDARI	3	NEDS
EVRYSDI	3	PA; NEDS
FIRDAPSE	3	PA; NEDS
GALAFOLD	3	PA; NEDS
L-METHYLFOLATE CALCIUM TABS 15MG <i>levocarnitine tabs</i>	4 2	EC
MELATONIN GUMMIES CHEW 2.5MG	4	EC
MELATONIN QUICK DISSOLVE TBDP 5MG	4	EC
MELATONIN TR/VITAMIN B-6	4	EC
MELATONIN CHEW 5MG	4	EC
MELATONIN LIQD 1MG/4ML, 1MG/ML	4	EC
MELATONIN SUBL 5MG	4	EC
MELATONIN TABS 1MG, 1MG; 10MG, 300MCG, 3MG, 3MG; 10MG, 5MG, 5MG; 10MG	4	EC
<i>metyrosine</i>	2	NEDS
<i>miglustat</i>	2	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>nitisinone caps 20mg</i>	2	PA; NEDS
<i>nitisinone caps 10mg, 2mg, 5mg</i>	2	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORFADIN SUSP	3	PA; NEDS
ORFADIN CAPS 20MG	3	PA; NEDS
REZUROCK	3	PA; NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	2	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
THIOLA EC	3	NEDS
<i>tiopronin tbec</i>	2	NEDS
TYBOST	3	
VIJOICE TBPK 125MG, 50MG	3	QL(28 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VIJOICE TBPK 0	3	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VOXZOGO	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VYNDAMAX	3	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
VYNDAQEL	3	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>yargesa</i>	2	PA; NEDS
Anestésicos locales		
<i>Anestésicos locales</i>		
<i>lidocaine hcl inj 0.5%, 1%, 1.5%, 2%, 4%</i>	2	
<i>lidocaine hydrochloride inj 1%, 2%</i>	2	
Antagonistas de metales pesados		
<i>Antagonistas de metales pesados</i>		
CHEMET	3	
<i>deferasirox pack</i>	2	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tabs 180mg, 360mg</i>	2	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tabs 90mg</i>	2	SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tbs 250mg, 500mg</i>	2	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tbs 125mg</i>	2	SP-Optum Specialty
<i>deferiprone</i>	2	NEDS
<i>penicillamine tabs</i>	2	
<i>penicillamine caps</i>	2	NEDS
<i>trientine hydrochloride</i>	2	NEDS
Antihistamínicos		
<i>Antihistamínicos de primera generación</i>		
CHLORPHENIRAMINE MALEATE TABS, TBCR	4	EC
<i>ciproheptadine hcl syrup</i>	2	
<i>ciproheptadine hydrochloride tabs</i>	2	
DIPHENHYDRAMINE HCL CAPS 50MG	4	EC
DIPHENHYDRAMINE HYDROCHLORIDE TABS	4	EC
DIPHENHYDRAMINE HYDROCHLORIDE CAPS 25MG	4	EC
<i>diphenhydramine hydrochloride inj</i>	2	
DIPHENHYDRAMINE HYDROCHLORIDE LIQD 12.5MG/5ML	4	EC
ED CHLORPED JR	4	EC
GNP ALLERGY RELIEF CHEW	4	EC
<i>promethazine hcl inj</i>	2	
<i>promethazine hcl tabs 12.5mg</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>Antihistamínicos de segunda generación</i>		
CETIRIZINE HCL TABS 5MG	4	EC
CETIRIZINE HYDROCHLORIDE CHILDRENS ALLERGY SOLN 5MG/5ML	4	EC

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
CETIRIZINE HYDROCHLORIDE/PSEUDOEPHEDRINE HYDROCHLORIDE	4	
CETIRIZINE HYDROCHLORIDE TABS 10MG	4	EC
<i>desloratadine</i>	2	
<i>desloratadine odt</i>	2	
FEXOFENADINE HYDROCHLORIDE/PSEUDOEPHEDRINE HYDROCHLORIDE ER	4	EC
<i>levocetirizine dihydrochloride tabs</i>	2	
LORATADINE CHILDRENS SOLN	4	EC
LORATADINE-D 24HR	4	EC
LORATADINE TABS	4	EC
SM LORATADINE D 12HR	4	EC
Antitoxinas, inmunoglobulinas, toxoides y vacunas		
Antitoxinas y inmunoglobulinas		
BIVIGAM INJ 10%, 5GM/50ML	3	PA BvD; NEDS
CUVITRU	3	PA BvD; NEDS
FLEBOGAMMA DIF	3	PA BvD; NEDS
GAMMAGARD LIQUID	3	PA BvD; NEDS
GAMMAKED INJ 10GM/100ML, 1GM/10ML, 20GM/200ML, 5GM/50ML	3	PA BvD; NEDS
GAMMAPLEX INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	3	PA BvD; NEDS
GAMUNEX-C	3	PA BvD; NEDS
HIZENTRA	3	PA BvD; NEDS
OCTAGAM	3	PA BvD; NEDS
PANZYGA	3	PA BvD; NEDS
PRIVIGEN	3	PA BvD; NEDS
VARIZIG INJ 125UNIT/1.2ML	1	
Toxoides		
ADACEL	1	
BOOSTRIX	1	
DAPTACEL INJ 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	1	
INFANRIX	1	
KINRIX INJ 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	1	
QUADRACEL	1	
<i>tdvax</i>	1	
TENIVAC	1	
Vacunas		
ABRYSVO	1	
ACTHIB	1	
AREXVY	1	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
BCG VACCINE INJ 50MG	1	
BEXSERO	1	
DENGVAXIA	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	
IPOP INACTIVATED IPV	1	
IXCHIQ	1	
IXIARO	1	
JYNNEOS	1	
M-M-R II	1	
MENACTRA	1	
MENQUADFI	1	
MENVEO	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	
PREHEVBARIO	1	PA BvD
PRIORIX	1	
PROQUAD	1	
RABAVERT	1	
RECOMBIVAX HB	1	PA BvD
ROTARIX	1	
ROTATEQ SOLN	1	
SHINGRIX	1	
STAMARIL	1	
TICOVAC	1	
TRUMENBA	1	
TWINRIX	1	
TYPHIM VI	1	
VAQTA	1	
VARIVAX	1	
YF-VAX	1	
Ayudas farmacéuticas		
<i>Ayudas farmacéuticas</i>		
SIMPLE SYRUP	4	EC
Blood Formation, Coagulation & Thrombosis		
<i>Antianemia Drugs</i>		
FERROUS GLUCONATE	4	EC

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
FERROUS SULFATE	4	EC
IRON	4	EC
IRON POLYSACCHARIDE COMPLEX	4	EC
KP FERROUS GLUCONATE	4	EC
<i>Antihemorrhagic Agents</i>		
<i>aminocaproic acid</i>	2	
<i>tranexamic acid</i>	2	
<i>Antithrombotic Agents</i>		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	2	
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	2	
BRILINTA	3	
CABLIVI	3	NEDS
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel</i>	2	
<i>dabigatran etexilate</i>	2	
ELIQUIS	3	
ELIQUIS STARTER PACK	3	
<i>enoxaparin sodium</i>	2	
<i>fondaparinux sodium inj 2.5mg/0.5ml</i>	2	
<i>fondaparinux sodium inj 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	2	NEDS
FRAGMIN INJ 10000UNIT/4ML, 2500UNIT/0.2ML, 5000UNIT/0.2ML	3	
FRAGMIN INJ 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNT/0.72ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	3	NEDS
<i>heparin sodium</i>	2	
<i>heparin sodium/d5w</i>	2	
<i>jantoven</i>	2	
<i>prasugrel</i>	2	
<i>warfarin sodium</i>	2	
XARELTO	3	
XARELTO STARTER PACK	3	
<i>Blood Formation, Coagulation, and Thrombosis Agents Misc.</i>		
OXBRYTA	3	NEDS
PYRUKYND	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PYRUKYND TAPER PACK	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
TAVALISSE	3	QL(60 EA por 30 días); NEDS
<i>Hematopoietic Agents</i>		
DOPTELET	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
MOZOBIL	3	NEDS

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
NEULASTA	3	NEDS; SP-Optum Specialty
NEULASTA ONPRO KIT	3	NEDS
<i>plerixafor</i>	2	NEDS
PROCIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	3	NEDS; SP-Optum Specialty
PROCIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	3	SP-Optum Specialty
PROMACTA	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	3	NEDS; SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	3	SP-Optum Specialty
UDENYCA ONBODY	3	NEDS
UDENYCA INJ 6MG/0.6ML	3	NEDS
UDENYCA INJ 6MG/0.6ML	3	NEDS; SP-Optum Specialty
ZARXIO	3	NEDS; SP-Optum Specialty
ZIEXTENZO	3	NEDS; SP-Optum Specialty
Hemorrheologic Agents		
<i>pentoxifylline er</i>	2	
Componentes dorados		
Componentes dorados		
RIDAURA	3	NEDS
Enzimas		
Enzimas		
REVCovi	3	NEDS
SUCRAID	3	NEDS
Equilibrio de agua, electrolítico y calórico		
Agentes alcalinizantes		
<i>potassium citrate er</i>	2	
Agentes calóricos		
AMINOSYN II INJ 107.6MEQ/L; 1490MG/100ML; 1527MG/100ML; 1050MG/100ML; 1107MG/100ML; 750MG/100ML; 450MG/100ML; 990MG/100ML; 1500MG/100ML; 1575MG/100ML; 258MG/100ML; 405MG/100ML; 447MG/100ML; 1083MG/100ML; 795MG/100ML; 50MEQ/L; 600MG/100ML; 300MG/100ML; 750MG/100ML	3	PA BvD

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
AMINOSYN-PF 7% INJ 32.5MEQ/L; 490MG/100ML; 861MG/100ML; 370MG/100ML; 576MG/100ML; 270MG/100ML; 220MG/100ML; 534MG/100ML; 831MG/100ML; 475MG/100ML; 125MG/100ML; 300MG/100ML; 570MG/100ML; 347MG/100ML; 50MG/100ML; 360MG/100ML; 125MG/100ML; 44MG/100ML; 452MG/100ML	3	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10%	3	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5%	3	PA BvD
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	3	PA BvD
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	3	PA BvD
CLINIMIX 6/5	3	PA BvD
CLINIMIX 8/10	3	PA BvD
CLINIMIX E 2.75%/DEXTROSE 5%	3	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 10%	3	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 5%	3	PA BvD
CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 15%	3	PA BvD
CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 20%	3	PA BvD
CLINIMIX E 8/10	3	PA BvD
CLINISOL SF 15%	3	PA BvD
<i>dextrose 10%</i>	2	
<i>dextrose 5%</i>	2	
<i>dextrose 50%</i>	2	
<i>dextrose 70%</i>	2	
FREAMINE III INJ 89MEQ/L; 710MG/100ML; 950MG/100ML; 3MEQ/L; 24MG/100ML; 1400MG/100ML; 280MG/100ML; 690MG/100ML; 910MG/100ML; 730MG/100ML; 530MG/100ML; 560MG/100ML; 10MMOLE/L; 120MG/100ML; 1120MG/100ML; 590MG/100ML; 10MEQ/L; 400MG/100ML; 150MG/100ML; 660MG/100ML	3	PA BvD
HEPATAMINE INJ 62MEQ/L; 770MG/100ML; 600MG/100ML; 3MEQ/L; 20MG/100ML; 900MG/100ML; 240MG/100ML; 900MG/100ML; 1100MG/100ML; 610MG/100ML; 100MG/100ML; 100MG/100ML; 115MG/100ML; 800MG/100ML; 500MG/100ML; 450MG/100ML; 66MG/100ML; 840MG/100ML	3	PA BvD
INTRALIPID INJ 20GM/100ML, 30GM/100ML	3	PA BvD
NUTRILIPID	3	PA BvD
PLENAMINE	3	PA BvD

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
PREMASOL INJ 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	3	PA BvD
PROSOL	3	PA BvD
TRAVASOL INJ 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 500MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	3	PA BvD
TROPHAMINE INJ 0.54GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.32GM/100ML; 0; 0; 0.5GM/100ML; 0.36GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.82GM/100ML; 1.4GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.34GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.68GM/100ML; 0.38GM/100ML; 5MEQ/L; 0.025GM/100ML; 0.42GM/100ML; 0.2GM/100ML; 0.24GM/100ML; 0.78GM/100ML	3	PA BvD
Agentes desionizantes		
AURYXIA	3	PA; NEDS
LOKELMA	3	
<i>sevelamer carbonate</i>	2	
<i>sevelamer hydrochloride</i>	2	
<i>sodium polystyrene sulfonate powd</i>	2	
<i>sps</i>	2	
VELPHORO	3	NEDS
VELTASSA	3	
Agentes uricosúricos		
<i>probenecid/colchicine</i>	2	
<i>probenecid tabs</i>	2	
Desintoxicantes de amoníaco		
<i>carglumic acid</i>	2	PA; NEDS
<i>constulose</i>	2	
<i>enulose</i>	2	
<i>generlac</i>	2	
KRISTALOSE	3	
<i>lactulose pack, soln</i>	2	
<i>sodium phenylbutyrate powd, tabs</i>	2	NEDS
Diuréticos		
<i>amiloride hcl tabs</i>	2	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>bumetanide</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>chlorthalidone tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>ethacrynic acid tabs</i>	2	
<i>furosemide inj, oral soln, tabs</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide caps, tabs</i>	2	
<i>indapamide</i>	2	
<i>metolazone</i>	2	
<i>torsemide tabs</i>	2	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide caps 25mg; 37.5mg</i>	2	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tabs</i>	2	
Preparaciones de reemplazo		
CALCIUM 1000 + D	4	EC
CALCIUM 500/VITAMIN D3	4	EC
CALCIUM 600 WITH VITAMIN D CHEW	4	EC
<i>calcium acetate caps</i>	2	
CALCIUM ACETATE TABS 668MG	4	EC
<i>calcium acetate tabs 667mg</i>	2	EC
CALCIUM CARBONATE CHEW 260MG	4	EC
CALCIUM CARBONATE POWD 800MG/2GM	4	EC
CALCIUM CARBONATE TABS 1250MG	4	EC
CALCIUM CITRATE GRAN	4	EC
CALCIUM CITRATE TABS 200MG, 250MG	4	EC
CALCIUM GLUCONATE CAPS	4	EC
CALCIUM HIGH POTENCY TABS 1500MG	4	EC
CALCIUM LACTATE TABS 100MG	4	EC
CHELATED MAGNESIUM	4	EC
<i>dextrose 10%/nacl 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 10%/nacl 0.2%</i>	2	
<i>dextrose 2.5%/nacl 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 5%/nacl 0.2%</i>	2	
<i>dextrose 5%/nacl 0.3%</i>	2	
<i>dextrose 5%/nacl 0.33%</i>	2	
<i>dextrose 5%/nacl 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 5%/nacl 0.9%</i>	2	
<i>dextrose/sodium chloride</i>	2	
<i>effer-k tbef 25meq</i>	2	
K-PHOS	4	EC
<i>k-prime</i>	2	
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 10meq/l; 0.45%</i>	2	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	2	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 20meq/l; 0.45%</i>	2	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 20meq/l; 0.9%</i>	2	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 40meq/l; 0.45%</i>	2	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	2	
<i>klor-con</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>klor-con 10</i>	2	
<i>klor-con 8</i>	2	
<i>klor-con m10</i>	2	
<i>klor-con m15</i>	2	
<i>klor-con m20</i>	2	
<i>klor-con/ef</i>	2	
<i>lactated ringers inj 2.7meq/l; 109meq/l; 28meq/l; 4meq/l; 130meq/l</i>	2	
MAG-OXIDE	4	EC
MAGNESIUM CITRATE CAPS 100MG	4	EC
MAGNESIUM CITRATE TABS 100MG	4	EC
MAGNESIUM ELEMENTAL CAPS	4	EC
MAGNESIUM GLUCONATE TABS 500MG	4	EC
MAGNESIUM GLYCINATE CAPS 0; 665MG; 0; 0	4	EC
MAGNESIUM OXIDE CAPS 500MG	4	EC
MAGNESIUM OXIDE TABS 250MG, 400MG, 420MG	4	EC
MAGNESIUM TABS 250MG, 500MG	4	EC
<i>potassium chloride er</i>	2	
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride inj 5%; 10meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.225%, 5%; 20meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.9%, 5%; 30meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	2	
<i>potassium chloride pack, oral soln</i>	2	
<i>potassium chloride inj 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 2meq/ml, 40meq/100ml</i>	2	
<i>sodium chloride 0.45%</i>	2	
<i>sodium chloride inj 0.9%, 2.5meq/ml, 3%, 4meq/ml, 5%</i>	2	
SODIUM CHLORIDE TABS 1GM	4	EC
Soluciones para irrigación		
<i>acetic acid 0.25%</i>	2	
<i>sodium chloride 0.9%</i>	2	
<i>sterile water for irrigation</i>	2	
Hormonas y sustitutos sintéticos		
Adrenales		
BREO ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)
BREYNA	2	QL(30.9 GM por 90 días)
BREZTRI AEROSPHERE	3	QL(32.1 GM por 90 días)
<i>budesonide er</i>	2	NEDS
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	2	QL(30.6 GM por 90 días)
<i>budesonide cpep 3mg</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>budesonide susp 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	2	PA BvD
DEPO-MEDROL	3	
<i>dexamethasone 10-day dose pack</i>	2	
<i>dexamethasone 13-day dose pack</i>	2	
<i>dexamethasone 6-day dose pack</i>	2	
<i>dexamethasone intensol</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 100mg/10ml, 10mg/ml, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml</i>	2	
<i>dexamethasone elix, soln</i>	2	
<i>dexamethasone tabs 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	2	
FLOVENT DISKUS AEPB 100MCG/BLIST, 50MCG/BLIST	3	QL(180 EA por 90 días); ST
FLOVENT DISKUS AEPB 250MCG/BLIST	3	QL(720 EA por 90 días); ST
<i>fludrocortisone acetate tabs</i>	2	
<i>fluticasone propionate diskus aepb 100mcg/act, 50mcg/act</i>	2	QL(180 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate diskus aepb 250mcg/act</i>	2	QL(720 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate hfa aero 44mcg/act</i>	2	QL(63.6 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate hfa aero 110mcg/act, 220mcg/act</i>	2	QL(72 GM por 90 días); ST
<i>hydrocortisone tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
INTRAROSA	3	
<i>kenalog-10</i>	2	
MEDROL TABS 2MG	3	
<i>methylprednisolone acetate inj 40mg/ml, 50mg/ml, 80mg/ml</i>	2	
<i>methylprednisolone dose pack tbpk</i>	2	
<i>methylprednisolone tabs</i>	2	
MILLIPRED TABS	3	
<i>prednisolone sodium phosphate odt</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln 10mg/5ml, 15mg/5ml, 20mg/5ml, 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	2	
<i>prednisolone soln, tabs</i>	2	
<i>prednisone soln, tbpk</i>	2	
<i>prednisone tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 20mg, 50mg, 5mg</i>	2	
QVAR REDIHALER	3	QL(63.6 GM por 90 días)
SOLU-CORTEF INJ 100MG	3	
TRELEGY ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>triamcinolone acetonide inj 40mg/ml</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
Agentes antidiabéticos		
acarbose tabs	2	
BYDUREON BCISE	3	PA
BYETTA	3	PA
CYCLOSET	3	
FARXIGA	3	
glimepiride	2	
glipizide er	2	
glipizide/metformin hydrochloride	2	
glipizide tabs 10mg, 5mg	2	
glyburide micronized	2	
glyburide/metformin hydrochloride	2	
glyburide tabs 1.25mg, 2.5mg, 5mg	2	
GLYXAMBI	3	
HUMALOG	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	
HUMALOG KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 50/50	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75/25	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	
HUMULIN 70/30	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	
HUMULIN N	3	
HUMULIN N KWIKPEN	3	
HUMULIN R	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	
JANUMET	3	
JANUMET XR	3	
JANUVIA	3	
JARDIANCE	3	
JENTADUETO	3	
JENTADUETO XR	3	
KORLYM	3	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR	3	
LEVEMIR	3	
LEVEMIR FLEXPEN	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH	3	
metformin hydrochloride er tb24 500mg, 750mg	2	
metformin hydrochloride soln	2	
metformin hydrochloride tabs 1000mg, 500mg, 850mg	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mifepristone</i>	2	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>miglitol</i>	2	
MOUNJARO	3	PA
<i>nateglinide</i>	2	
OZEMPIC	3	PA
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	2	
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	2	
<i>pioglitazone hcl tabs 45mg</i>	2	
<i>pioglitazone hydrochloride tabs 15mg, 30mg</i>	2	
<i>repaglinide</i>	2	
RYBELSUS	3	PA
SYMLINPEN 120	3	
SYMLINPEN 60	3	
SYNJARDY	3	
SYNJARDY XR	3	
TOUJEON MAX SOLOSTAR	3	
TOUJEON SOLOSTAR	3	
TRADJENTA	3	
TRESIBA	3	
TRESIBA FLEXTOUCH	3	
TRULICITY	3	PA
VICTOZA	3	PA
XIGDUO XR	3	
Agentes antihipoglucémicos		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
DEX4 FAST ACTING GLUCOSE GO-POUCH	4	EC
DEX4 FAST ACTING GLUCOSE LIQD	4	EC
<i>diazoxide susp</i>	2	
GLUCAGEN HYPOKIT	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT	2	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR INJ 1MG	2	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR INJ 1MG/ML	3	
GLUCOSE CHEW 4GM	4	EC
GLUTOSE 5	4	EC
GOODSENSE GLUCOSE	4	EC
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	
GVOKE KIT	3	
GVOKE PFS	3	
Agentes paratiroides y antiparatiroides		

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcitonin salmon inj</i>	2	
<i>calcitonin-salmon</i>	2	
<i>cinacalcet hydrochloride tabs 30mg, 60mg</i>	2	
<i>cinacalcet hydrochloride tabs 90mg</i>	2	NEDS
FORTEO	3	PA; NEDS
NATPARA	3	QL(2 EA por 28 días); PA; NEDS
<i>teriparatide</i>	2	PA; NEDS
TYMLOS	3	PA; NEDS
Agentes tiroideos y antitiroideos		
ADTHYZA TABS 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	3	
ARMOUR THYROID	3	
<i>euthyrox tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	2	
<i>levo-t</i>	2	
<i>levothyroxine sodium caps, tabs</i>	2	
<i>levoxyl tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	2	
<i>liothyronine sodium tabs</i>	2	
<i>methimazole tabs 10mg, 5mg</i>	2	
NIVA THYROID	3	
<i>np thyroid 120</i>	2	
<i>np thyroid 15</i>	2	
<i>np thyroid 30</i>	2	
<i>np thyroid 60</i>	2	
<i>np thyroid 90</i>	2	
<i>propylthiouracil tabs</i>	2	
SYNTHROID TABS	3	
THYQUIDITY	3	
THYROID TABS 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	3	
TIROSINT-SOL	3	
<i>unithroid</i>	2	
Agonistas y antagonistas de la somatotropina		
EGRIFTA SV	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
GENOTROPIN	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG	3	PA; SP-Optum Specialty
INCRELEX	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
NORDITROPIN FLEXPRO	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
NUTROPIN AQ NUSPIN 10	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
NUTROPIN AQ NUSPIN 20	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
NUTROPIN AQ NUSPIN 5	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
OMNITROPE	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SAIZEN INJ 5MG	4	EC
SEROSTIM INJ 4MG, 5MG, 6MG	3	PA; NEDS; EC; SP-Optum Specialty
SOMAVERT	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ZOMACTON INJ 5MG	4	EC
ZORBTIVE	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agonistas y antagonistas de la somatostatina		
LANREOTIDE ACETATE	3	NEDS
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 50mcg/ml</i>	2	
<i>octreotide acetate inj 1000mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 50mcg/ml</i>	2	SP-Optum Specialty
SIGNIFOR	3	QL(60 ML por 30 días); PA; NEDS
SOMATULINE DEPOT	3	NEDS
Andrógenos		
AVEED	3	
<i>danazol caps</i>	2	
<i>testosterone cypionate inj 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	
<i>testosterone enanthate inj</i>	2	
<i>testosterone pump</i>	2	
<i>testosterone gel 10mg/act, 20.25mg/1.25gm, 25mg/2.5gm, 40.5mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	2	
<i>testosterone soln</i>	2	
XYOSTED	3	
Anticonceptivos		
<i>amethia</i>	2	
<i>apri</i>	2	
<i>ashlyna</i>	2	
<i>aviane</i>	2	
<i>balziva</i>	2	
<i>briellyn</i>	2	
<i>camila</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>deblitane</i>	2	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tabs 0; 0</i>	2	
<i>drospirenone/ethinyl estradiol tabs 3mg; 0.03mg</i>	2	
<i>eluryng</i>	2	
<i>enilloring</i>	2	
<i>errin</i>	2	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	2	
<i>falmina</i>	2	
<i>finzala</i>	2	
<i>haloette</i>	2	
<i>iclevia</i>	2	
<i>introvale</i>	2	
<i>joyeaux</i>	2	
<i>junel 1.5/30</i>	2	
<i>junel 1/20</i>	2	
<i>junel fe 1.5/30</i>	2	
<i>junel fe 1/20</i>	2	
<i>junel fe 24</i>	2	
<i>kariva</i>	2	
<i>kelnor 1/35</i>	2	
<i>larin 1.5/30</i>	2	
<i>larin 1/20</i>	2	
<i>larin fe 1.5/30</i>	2	
<i>larin fe 1/20</i>	2	
<i>lessina</i>	2	
<i>levonest</i>	2	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tabs 20mcg; 90mcg</i>	2	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	2	
LEVONORGESTREL TABS 1.5MG	4	EC
<i>levora 0.15/30-28</i>	2	
LO LOESTRIN FE	3	
<i>marlissa</i>	2	
<i>mibelas 24 fe</i>	2	
<i>microgestin 1.5/30</i>	2	
<i>microgestin 1/20</i>	2	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	2	
<i>microgestin fe 1/20</i>	2	
<i>necon 0.5/35-28</i>	2	
<i>nikki</i>	2	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	2	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol ferrous fumarate</i>	2	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tabs 0; 75mg; 1mg</i>	2	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nortrel 1/35</i>	2	
<i>nortrel 7/7/7</i>	2	
<i>portia-28</i>	2	
<i>sharobel</i>	2	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	2	
<i>taysofy</i>	2	
<i>tri-sprintec</i>	2	
<i>trivora-28</i>	2	
<i>turqoz</i>	2	
<i>tyblume</i>	2	
<i>velivet</i>	2	
<i>vyfemla</i>	2	
<i>xulane</i>	2	
<i>zafemy</i>	2	
<i>zovia 1/35</i>	2	
Gonadotropinas y antigenadotropinas		
ELIGARD	3	
FIRMAGON INJ 80MG	3	
FIRMAGON INJ 120MG/VIAL	3	NEDS
<i>leuprolide acetate inj 1mg/0.2ml</i>	2	SP-Optum Specialty
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	3	NEDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	3	NEDS
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	3	NEDS
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	3	NEDS
MYFEMBREE	3	QL(28 EA por 28 días); PA; NEDS
ORGOVYX	3	PA NSO; NEDS
ORILISSA TABS 150MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
ORILISSA TABS 200MG	3	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
SYNAREL	3	NEDS
TRELSTAR MIXJECT INJ 22.5MG, 3.75MG	3	
TRELSTAR MIXJECT INJ 11.25MG	3	NEDS
Pituitaria		
CORTROPHIN	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>desmopressin acetate tabs</i>	2	
<i>desmopressin acetate soln 0.01%</i>	2	
Progestinas		
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	
<i>medroxyprogesterone acetate inj, tabs</i>	2	
<i>megestrol acetate tabs</i>	2	
<i>megestrol acetate susp</i>	2	EC

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>norethindrone acetate tabs</i>	2	
<i>progesterone caps</i>	2	
Hormones and Synthetic Substitutes		
Estrogens and Antiestrogens		
<i>amabelz</i>	2	
<i>anastrozole</i>	2	
COMBIPATCH	3	
DEPO-ESTRADIOL	3	
<i>dotti</i>	2	
ELESTRIN	3	
<i>estradiol</i>	2	
<i>estradiol valerate</i>	2	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	2	
ESTRING	3	
EVAMIST	3	
<i>exemestane</i>	2	
FEMRING	3	
<i>fyavolv</i>	2	
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	3	
IMVEXXY STARTER PACK	3	
<i>jinteli</i>	2	
KISQALI FEMARA 200 DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KISQALI FEMARA 400 DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KISQALI FEMARA 600 DOSE	3	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>letrozole</i>	2	
MENEST	3	
MENOSTAR	3	
<i>mimvey</i>	2	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	2	
OSPHENA	3	
PREMARIN	3	
PREMPHASE	3	
PREMPRO	3	
<i>raloxifene hydrochloride</i>	2	
SOLTAMOX	3	
<i>tamoxifen citrate</i>	2	
<i>toremifene citrate</i>	2	
<i>yuvafem</i>	2	
Medicamentos autónomos		
Agentes anticolinérgicos		

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
ANORO ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)
ATROVENT HFA	3	QL(77.4 GM por 90 días)
BEVESPI AEROSPHERE	3	QL(10.7 GM por 30 días)
<i>dicyclomine hcl soln</i>	2	
<i>dicyclomine hydrochloride caps, tabs</i>	2	
<i>glycopyrrolate soln</i>	2	
<i>glycopyrrolate tabs 1mg, 2mg</i>	2	
INCRUSE ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide inhalation soln</i>	2	PA BvD
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03%</i>	2	QL(180 ML por 90 días)
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.06%</i>	2	QL(90 ML por 90 días)
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	3	NEDS
LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	3	NEDS
SPIRIVA RESPIMAT	3	QL(12 GM por 90 días)
STIOLTO RESPIMAT	3	QL(12 GM por 90 días)
YUPELRI	3	PA BvD; NEDS
Agentes parasimpaticomiméticos (colinérgicos)		
<i>bethanechol chloride tabs</i>	2	
<i>cevimeline hydrochloride</i>	2	
<i>donepezil hcl tbdp</i>	2	
<i>donepezil hcl tabs 10mg, 23mg</i>	2	
<i>donepezil hydrochloride tabs 5mg</i>	2	
<i>galantamine hydrobromide er</i>	2	
<i>galantamine hydrobromide soln, tabs</i>	2	
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide er</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide soln, tabs</i>	2	
<i>rivastigmine tartrate</i>	2	
<i>rivastigmine transdermal system</i>	2	
Agentes simpaticolíticos (bloqueo adrenérgico)		
<i>alfuzosin hcl er</i>	2	
<i>dihydroergotamine mesylate soln</i>	2	QL(8 ML por 30 días); NEDS
<i>ergoloid mesylates tabs</i>	2	
<i>phenoxybenzamine hydrochloride</i>	2	
<i>silodosin</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	2	
Agentes simpaticomiméticos (adrenérgicos)		
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	2	QL(108 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	2	QL(40.2 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	2	QL(51 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate syrp, tabs</i>	2	
<i>albuterol sulfate nebu</i>	2	PA BvD
<i>arformoterol tartrate</i>	2	PA BvD
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL(24 GM por 90 días)
<i>droxidopa</i>	2	PA; NEDS
<i>epinephrine inj 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	2	QL(2 EA por 1 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	2	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 500mcg/act; 50mcg/act</i>	2	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 113mcg/act; 14mcg/act, 232mcg/act; 14mcg/act, 55mcg/act; 14mcg/act</i>	2	QL(3 EA por 90 días)
<i>formoterol fumarate nebu</i>	2	PA BvD
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	PA BvD
KP PSEUDOEPHEDRINE HCL TABS 60MG	4	EC
<i>levalbuterol hcl nebu</i>	2	PA BvD
<i>levalbuterol hydrochloride nebu 0.63mg/3ml</i>	2	PA BvD
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	2	QL(90 GM por 90 días)
<i>levalbuterol nebu</i>	2	PA BvD
<i>midodrine hcl</i>	2	
PROAIR RESPICLICK	3	QL(6 EA por 90 días)
PSEUDOEPHEDRINE HCL ER	4	EC
PSEUDOEPHEDRINE HYDROCHLORIDE TABS 30MG	4	EC
SEREVENT DISKUS	3	QL(180 EA por 90 días)
STRIVERDI RESPIMAT	3	QL(12 GM por 90 días)
<i>terbutaline sulfate tabs</i>	2	
<i>wixela inh</i>	2	QL(180 EA por 90 días)
Medicamentos autónomos, varios		
GOODSENSE NICOTINE	4	EC
GOODSENSE NICOTINE GUM	4	EC
GOODSENSE NICOTINE POLACRILEX GUM GUM 2MG	4	EC

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM STEP 1	4	EC
NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM STEP 3	4	EC
NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM KIT	4	EC
NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM PT24 14MG/24HR, 7MG/24HR	4	EC
NICOTROL INHALER	3	
NICOTROL NS	3	
<i>varenicline starting month box</i>	2	QL(53 EA por 28 días)
<i>varenicline tartrate</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>baclofen tabs</i>	2	
<i>cyclobenzaprine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>dantrolene sodium caps</i>	2	
<i>tizanidine hcl caps 4mg</i>	2	
<i>tizanidine hcl tabs 2mg</i>	2	
<i>tizanidine hydrochloride caps 2mg, 6mg</i>	2	
<i>tizanidine hydrochloride tabs 4mg</i>	2	
Medicamentos cardiovasculares		
Agentes antilipémicos		
<i>atorvastatin calcium tabs</i>	2	
<i>cholestyramine light</i>	2	
<i>cholestyramine pack, powd</i>	2	
<i>colesevelam hydrochloride</i>	2	
<i>colestipol hcl</i>	2	
<i>ezetimibe</i>	2	
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	2	
<i>fenofibrate micronized caps 134mg, 200mg, 67mg</i>	2	
<i>fenofibrate caps 130mg, 150mg, 43mg, 50mg</i>	2	
<i>fenofibrate tabs</i>	2	
<i>fenofibric acid dr</i>	2	
FLOLIPID	3	
<i>fluvastatin</i>	2	
<i>fluvastatin sodium er</i>	2	
<i>gemfibrozil tabs</i>	2	
<i>icosapent ethyl</i>	2	
JUXTAPID CAPS 10MG, 20MG, 30MG, 5MG	3	PA; NEDS
LIVALO	3	
<i>lovastatin tabs</i>	2	
NEXLETOL	3	PA
NEXLIZET	3	PA
<i>niacin er</i>	2	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pitavastatin calcium</i>	2	
PRALUENT	3	PA
<i>pravastatin sodium</i>	2	
<i>prevalite powd</i>	2	
<i>prevalite pack</i>	3	
REPATHA	3	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	3	PA
REPATHA SURECLICK	3	PA
<i>rosuvastatin calcium</i>	2	
<i>simvastatin tabs</i>	2	
VASCEPA	3	
Agentes bloqueantes alfa adrenérgicos		
<i>CARDURA XL</i>	3	
<i>doxazosin mesylate tabs</i>	2	
<i>prazosin hydrochloride caps</i>	2	
<i>terazosin hcl caps 10mg, 1mg, 5mg</i>	2	
<i>terazosin hydrochloride caps 2mg</i>	2	
Agentes bloqueantes beta adrenérgicos		
<i>acebutolol hydrochloride</i>	2	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	2	
<i>atenolol tabs</i>	2	
<i>betaxolol hcl tabs 10mg, 20mg</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate tabs</i>	2	
<i>carvedilol</i>	2	
<i>carvedilol phosphate er</i>	2	
<i>labetalol hydrochloride tabs</i>	2	
<i>metoprolol succinate er</i>	2	
<i>metoprolol tartrate tabs</i>	2	
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>nadolol tabs 20mg, 40mg, 80mg</i>	2	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	2	
<i>pindolol</i>	2	
<i>propranolol hcl er cp24 120mg, 160mg</i>	2	
<i>propranolol hcl soln</i>	2	
<i>propranolol hcl tabs 40mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride er cp24 60mg, 80mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	2	
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol hcl</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	2	
<i>timolol maleate tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
Agentes bloqueantes de los canales del calcio		
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	2	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	2	
<i>amlodipine besylate tabs</i>	2	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	2	
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg; 160mg, 10mg; 25mg; 160mg, 5mg; 12.5mg; 160mg, 5mg; 25mg; 160mg</i>	2	
<i>cartia xt</i>	2	
<i>dilt-xr</i>	2	
<i>diltiazem hcl cd</i>	2	
<i>diltiazem hcl er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er cp12, tb24</i>	2	
<i>diltiazem hcl tabs 30mg, 60mg, 90mg</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er cp24</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er tb24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride tabs 120mg</i>	2	
<i>felodipine er</i>	2	
<i>isradipine</i>	2	
<i>matzim la</i>	2	
<i>nicardipine hcl caps</i>	2	
<i>nifedipine er</i>	2	
<i>nifedipine caps</i>	2	
<i>nimodipine caps</i>	2	
<i>nisoldipine er</i>	2	
<i>NYMALIZE SOLN 6MG/ML</i>	3	NEDS
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>taztia xt</i>	2	
<i>telmisartan/amlodipine</i>	2	
<i>tiadylt er</i>	2	
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	2	
<i>verapamil hcl er cp24 100mg, 300mg</i>	2	
<i>verapamil hcl er tbcr 120mg, 240mg</i>	2	
<i>verapamil hcl sr cp24</i>	2	
<i>verapamil hcl tabs 40mg, 80mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride er cp24 200mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride er tbcr 180mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride tabs 120mg</i>	2	
Agentes hipotensores		
<i>clonidine hcl ptwk</i>	2	
<i>clonidine hydrochloride er tb12</i>	2	
<i>clonidine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>hydralazine hcl tabs 10mg</i>	2	
<i>hydralazine hydrochloride tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>minoxidil tabs</i>	2	
Agentes vasodilatadores		
<i>alyq</i>	2	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>dipyridamole tabs</i>	2	
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	2	
<i>isosorbide dinitrate tabs</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	2	
NIACIN FLUSH FREE CAPS 500MG	4	EC
NITRO-BID	3	
<i>nitroglycerin transdermal</i>	2	
<i>nitroglycerin soln 0.4mg/spray</i>	2	
<i>nitroglycerin subl 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	2	
<i>sildenafil citrate tabs 20mg</i>	2	PA; SP-Optum Specialty
<i>tadalafil tabs 20mg</i>	2	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>tadalafil tabs 2.5mg, 5mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días); PA
VERQUVO	3	
Inhibidor del sistema renina-angiotensina-aldosterona		
<i>aliskiren</i>	2	
<i>benazepril hcl tabs 10mg, 40mg, 5mg</i>	2	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>benazepril hydrochloride tabs 20mg</i>	2	
<i>candesartan cilexetil</i>	2	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>captopril tabs</i>	2	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>enalapril maleate tabs</i>	2	
ENTRESTO	3	
<i>eplerenone</i>	2	
<i>fosinopril sodium</i>	2	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>irbesartan</i>	2	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	2	
KERENDIA	3	PA
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>lisinopril tabs</i>	2	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>losartan potassium tabs</i>	2	
<i>moexipril hcl</i>	2	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>olmesartan medoxomil tabs</i>	2	
<i>perindopril erbumine</i>	2	
<i>quinapril hydrochloride</i>	2	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>ramipril</i>	2	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>spironolactone tabs</i>	2	
TEKTURNA HCT	3	
<i>telmisartan</i>	2	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>trandolapril</i>	2	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>valsartan tabs</i>	2	
Medicamentos cardíacos		
<i>amiodarone hydrochloride tabs</i>	2	
CAMZYOS	3	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
CORLANOR	3	
<i>digitek tabs 0.125mg, 0.25mg</i>	2	
<i>digox</i>	2	
<i>digoxin oral soln</i>	2	
<i>digoxin inj 0.25mg/ml</i>	2	
<i>digoxin tabs 125mcg, 250mcg, 62.5mcg</i>	2	
<i>disopyramide phosphate</i>	2	
<i>dofetilide</i>	2	
<i>flecainide acetate</i>	2	
<i>mexiletine hcl</i>	2	
MULTAQ	3	
NORPACE CR	3	
<i>propafenone hcl</i>	2	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	2	
<i>quinidine gluconate cr</i>	2	
<i>quinidine sulfate tabs</i>	2	
<i>ranolazine er</i>	2	
Medicamentos gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
ALIGN CHEW	4	EC
BISMUTH	4	EC
CULTURELLE DIGESTIVE HEALTH CHEW	4	EC
CULTURELLE DIGESTIVE HEALTH CAPS 200MG; 10BILLION	4	EC
CULTURELLE KIDS	4	EC
CULTURELLE CAPS 10B CELL	4	EC
FLORASTOR KIDS	4	EC

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
FLORASTOR SELECT IMMUNITY BOOST CAPS 10MCG; 250MG; 60MG; 10MG	4	EC
FLORASTOR CAPS 250MG	4	EC
GNP ANTI-DIARRHEAL CAPS	4	EC
GNP PINK BISMUTH TABS	4	EC
<i>loperamide hcl caps</i>	2	
LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE/SIMETHICONE	4	EC
LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE TABS	4	EC
LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE SOLN 1MG/7.5ML	4	EC
<i>opium</i>	2	
<i>opium tincture tinc 1%</i>	2	
SM ANTI-DIARRHEAL CAPS	4	EC
STOMACH RELIEF EXTRA STRENGTH	4	EC
STOMACH RELIEF SUSP 525MG/30ML	4	EC
XERMELO	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiinflamatorios		
<i>alosetron hydrochloride</i>	2	NEDS
<i>balsalazide disodium</i>	2	
<i>mesalamine dr</i>	2	
<i>mesalamine er</i>	2	
<i>mesalamine enem, kit, supp</i>	2	
Agentes antiulcerosos y supresores de ácido		
<i>bismuth subcitrate pot/metronidazole/tetracycline hydrochlo</i>	2	
<i>cimetidine tabs</i>	2	
DEXLANSOPRAZOLE	2	
<i>esomeprazole magnesium</i>	2	
FAMOTIDINE MAXIMUM STRENGTH	4	EC
FAMOTIDINE ORIGINAL STRENGTH	4	EC
<i>famotidine susr</i>	2	
<i>famotidine tabs 20mg, 40mg</i>	2	
<i>lansoprazole/amoxicillin/clarithromycin thpk</i>	2	
<i>lansoprazole cpdr, tbdd</i>	2	
<i>misoprostol tabs</i>	2	
<i>nizatidine soln</i>	2	
<i>omeprazole dr cpdr 10mg</i>	2	
<i>omeprazole/sodium bicarbonate caps</i>	2	
<i>omeprazole/sodium bicarbonate pack</i>	2	NEDS
<i>omeprazole cpdr 20mg, 40mg</i>	2	
<i>pantoprazole sodium pack, tbec</i>	2	
PYLERA	3	
<i>rabeprazole sodium</i>	2	
<i>sucralfate susp, tabs</i>	2	
Agentes colelitolíticos		

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ursodiol caps 200mg, 300mg</i>	2	
<i>ursodiol tabs</i>	2	
Agentes procinéticos		
<i>metoclopramide hcl inj, oral soln</i>	2	
<i>metoclopramide hcl tabs 5mg</i>	2	
<i>metoclopramide hydrochloride tabs 10mg</i>	2	
<i>metoclopramide odt</i>	2	
Antieméticos		
<i>aprepitant caps 0, 40mg, 80mg</i>	2	PA BvD
<i>aprepitant caps 125mg</i>	2	PA BvD; NEDS
<i>dronabinol</i>	2	PA BvD
<i>gransetron hydrochloride tabs</i>	2	PA BvD
<i>MECLIZINE 25</i>	4	EC
<i>MECLIZINE HCL TABS 12.5MG</i>	4	EC
<i>meclizine hcl tabs 12.5mg, 25mg</i>	2	
<i>MECLIZINE HYDROCHLORIDE CHEW</i>	4	EC
<i>MECLIZINE HYDROCHLORIDE TABS 12.5MG</i>	4	EC
<i>ondansetron hcl soln</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron hcl tabs 24mg</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron hydrochloride tabs</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron odt</i>	2	PA BvD
<i>scopolamine</i>	2	
Antiflatulentos		
<i>SIMETHICONE DROPS INFANTS</i>	4	EC
<i>SIMETHICONE ULTRA STRENGTH</i>	4	EC
<i>SIMETHICONE CHEW</i>	4	EC
<i>SIMETHICONE CAPS 125MG</i>	4	EC
Antiácidos y absorbentes		
<i>ALUMINUM HYDROXIDE SUSP 320MG/5ML</i>	4	EC
<i>ANTACID CALCIUM RICH</i>	4	EC
<i>ANTACID EXTRA STRENGTH CHEW 160MG; 105MG, 750MG</i>	4	EC
<i>ANTACID MAXIMUM STRENGTH SUSP 800MG/10ML; 800MG/10ML; 80MG/10ML</i>	4	EC
<i>ANTACID ULTRA STRENGTH CHEW 1000MG</i>	4	EC
<i>ANTACID/ANTIGAS LIQUID SUSP 400MG/10ML; 400MG/10ML; 40MG/10ML</i>	4	EC
<i>CALCIUM ANTACID</i>	4	EC
<i>CALCIUM CARBONATE SUSP 1250MG/5ML</i>	4	EC
<i>CALCIUM CARBONATE TABS 648MG</i>	4	EC
<i>GNP ANTACID & ANTI-GAS MAXIMUM STRENGTH</i>	4	EC
<i>GOODSENSE ANTACID/EXTRA STRENGTH</i>	4	EC
<i>MAG-AL</i>	4	EC
<i>MAGNESIUM OXIDE TABS 400MG, 420MG</i>	4	EC

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
MAGNESIUM TABS 250MG	4	EC
MINTOX PLUS	4	EC
SODIUM BICARBONATE TABS	4	EC
URO MAG	4	EC
Catárticos y laxantes		
BISACODYL EC	4	EC
BISACODYL SUPP	4	EC
CHOCOLATED LAXATIVE REGULAR STRENGTH	4	EC
CLENPIQ	3	
DOCUSATE CALCIUM	4	EC
DOCUSATE MINI	4	EC
DOCUSATE SODIUM CAPS 100MG, 250MG	4	EC
DOCUSATE SODIUM LIQD 50MG/5ML	4	EC
ENEMA READY-TO-USE ENEM 7GM/118ML; 19GM/118ML	4	EC
EPSOM SALT GRAN 0	4	EC
EVAC	4	EC
FIBER TABS TABS 625MG	4	EC
FIBER POWD 28.3%	4	EC
FLEET BISACODYL	4	EC
FLEET PEDIATRIC	4	EC
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-g</i>	2	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	2	
GLYCERIN ADULT	4	EC
GLYCERIN ADULT SUPP 2GM	4	EC
GLYCERIN INFANTS & CHILDREN SUPP 1GM	4	EC
GNP BEST FIBER	4	EC
GNP FIBER POWDER	4	EC
GNP GLYCERIN ADULT SUPP 2.1GM	4	EC
GNP GLYCERIN CHILD	4	EC
GOODSENSE MAGNESIUM CITRATE	4	EC
HM ENEMA MINERAL OIL ENEM 100%	4	EC
KONDREMUL EMUL 50%	4	EC
KONSYL DAILY FIBER PACK 100%	4	EC
KONSYL DAILY FIBER POWD 60.3%	4	EC
LAXATIVE REGULAR STRENGTH	4	EC
MILK OF MAGNESIA CONCENTRATE	4	EC
MILK OF MAGNESIA SUSP 7.75%	4	EC
MINERAL OIL HEAVY	4	EC
MINERAL OIL OIL 100%	4	EC
NUTRISOURCE FIBER	4	EC
OSMOPREP	3	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
peg-3350/electrolytes/ascorbate	2	
peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl	2	
peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic	2	
POLYETHYLENE GLYCOL	4	EC
POLYETHYLENE GLYCOL 3350 PACK 17GM, 4GM	4	EC
PSYLLIUM FIBER	4	EC
REGULOID POWD 43%, 51.7%, 57.6%	4	EC
SENNA PLUS CAPS	4	EC
SENNA-S	4	EC
SENNA CAPS, SYRP	4	EC
SENNA TABS 8.6MG	4	EC
sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate	2	
SOLUBLE FIBER	4	EC
STOOL SOFTENER TABS	4	EC
Digestivos		
CREON CPEP 120000UNIT; 24000UNIT; 76000UNIT, 15000UNIT; 3000UNIT; 9500UNIT, 180000UNIT; 36000UNIT; 114000UNIT, 30000UNIT; 6000UNIT; 19000UNIT, 60000UNIT; 12000UNIT; 38000UNIT	3	
DAIRY RELIEF	4	EC
GNP FAST ACTING DAIRY RELIEF	4	EC
LACTASE FAST ACTING	4	EC
ZENPEP CPEP 105000UNIT; 25000UNIT; 79000UNIT, 14000UNIT; 3000UNIT; 10000UNIT, 168000UNIT; 40000UNIT; 126000UNIT, 24000UNIT; 5000UNIT; 17000UNIT, 252600UNIT; 60000UNIT; 189600UNIT, 42000UNIT; 10000UNIT; 32000UNIT, 63000UNIT; 15000UNIT; 47000UNIT, 84000UNIT; 20000UNIT; 63000UNIT	3	
Medicamentos GI, varios		
BYLVAY	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
BYLVAY (PELLETS)	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
CHOLBAM	3	PA; NEDS
GATTEX	3	PA; NEDS
LINZESS	3	
LIVMARLI	3	PA; NEDS
<i>lubiprostone</i>	2	
MOVANTIK	3	
RELISTOR	3	NEDS
SKYRIZI INJ 600MG/10ML	3	PA; NEDS

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
SKYRIZI INJ 180MG/1.2ML	3	QL(1.2 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 360MG/2.4ML	3	QL(2.4 ML por 28 días); PA; NEDS
Preparaciones para ojos, oídos, nariz y garganta		
Agentes antialérgicos		
ALOCRIL	3	
ALOMIDE	3	
<i>azelastine hcl ophthalmic soln</i>	2	
<i>azelastine hcl nasal soln 0.15%</i>	2	QL(120 ML por 90 días)
<i>azelastine hydrochloride soln 0.1%</i>	2	QL(120 ML por 90 días)
<i>bepotastine besilate</i>	2	
<i>cromolyn sodium soln 4%</i>	2	
<i>epinastine hcl</i>	2	
<i>olopatadine hcl ophthalmic soln</i>	2	
<i>olopatadine hcl nasal soln</i>	2	QL(91.5 GM por 90 días)
<i>olopatadine hydrochloride soln 0.2%</i>	2	
Agentes antiglaucoma		
<i>acetazolamide er</i>	2	
<i>acetazolamide tabs</i>	2	
ALPHAGAN P SOLN 0.1%	3	
<i>betaxolol hcl soln 0.5%</i>	2	
BETIMOL	3	
BETOPTIC-S	3	
<i>bimatoprost soln</i>	2	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	2	
<i>brimonidine tartrate soln</i>	2	
<i>brinzolamide</i>	2	
<i>carteolol hcl</i>	2	
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	2	
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	2	
<i>dorzolamide hydrochloride soln</i>	2	
<i>latanoprost soln</i>	2	
<i>levobunolol hcl soln 0.5%</i>	2	
LUMIGAN	3	
<i>methazolamide tabs</i>	2	
PHOSPHOLINE IODIDE SOLR 0.125%	3	
<i>pilocarpine hcl soln 1%, 2%, 4%</i>	2	
RHOPRESSA	3	
ROCKLATAN	3	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
SIMBRINZA	3	
<i>tafluprost</i>	2	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	2	
<i>timolol maleate soln 0.25%, 0.5%</i>	2	
<i>travoprost</i>	2	
VYZULTA	3	
Agentes antiinflamatorios		
ALREX	3	
<i>bromfenac</i>	2	
<i>bromfenac sodium soln 0.07%, 0.075%</i>	2	
BROMSITE	3	
BUDESONIDE NASAL SPRAY	4	QL(16.86 ML por 30 días); EC
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	2	
CORTISPORIN-TC	3	
<i>cyclosporine emul 0.05%</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic soln 0.1%</i>	2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%</i>	2	
<i>difluprednate</i>	2	
<i>flac</i>	2	
FLAREX	3	
<i>flunisolide soln 0.025%</i>	2	QL(150 ML por 90 días)
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01%</i>	2	
<i>fluorometholone susp</i>	2	
<i>flurbiprofen sodium</i>	2	
<i>fluticasone propionate susp 50mcg/act</i>	2	QL(48 GM por 90 días)
FML	3	
FML FORTE	3	
GNP BUDESONIDE NASAL SPRAY	4	QL(16.86 ML por 30 días); EC
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	2	
ILEVRO	3	
INVELTYS	3	
<i>ketorolac tromethamine</i>	2	
LOTEMAX OINT	3	
<i>loteprednol etabonate</i>	2	
MAXIDEX SUSP	3	
<i>mometasone furoate susp 50mcg/act</i>	2	QL(102 GM por 90 días)
<i>neo-polycin hc</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone ophthalmic susp, otic susp</i>	2	
PRED MILD	3	
<i>prednisolone acetate</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic soln 1%</i>	2	
PROLENSA	3	
RESTASIS	3	
RESTASIS MULTIDOSE	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	2	
TOBRADEX ST	3	
TOBRADEX OINT	3	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	2	
TRIAMCINOLONE ACETONIDE AERO 55MCG/ACT	4	QL(16.9 ML por 30 días); EC
ZYLET	3	
Anestésicos locales		
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	2	
<i>lidocaine viscous</i>	2	
Antiinfecciosos		
AZASITE	3	
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	2	
<i>bacitracin ophthalmic oint 500unit/gm</i>	2	
BESIVANCE	3	
<i>chlorhexidine gluconate</i>	2	
<i>ciprofloxacin hydrochloride soln 0.3%</i>	2	
<i>ciprofloxacin soln 0.2%</i>	2	
<i>erythromycin oint 5mg/gm</i>	2	
<i>gatifloxacin</i>	2	
<i>gentak oint</i>	2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic soln 0.3%</i>	2	
<i>levofloxacin ophthalmic soln 0.5%, 1.5%</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride soln 0.5%</i>	2	
NATACYN	3	
<i>neo-polycin</i>	2	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	2	
<i>ofloxacin ophthalmic soln 0.3%</i>	2	
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	2	
<i>periogard</i>	2	
<i>polycin</i>	2	
<i>polymyxin b sulfate(trimethoprim sulfate</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium oint 10%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium soln 10%</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tobramycin soln 0.3%</i>	2	
<i>trifluridine soln</i>	2	
XDEMVY	3	PA; NEDS
ZIRGAN	3	
Medicamentos para OONG, varios		
<i>acetic acid</i>	2	
<i>apraclonidine</i>	2	
ARTIFICIAL TEARS SOLN 0.2%; 0.2%; 1%	4	EC
CYSTARAN	3	
LUBRICANT EYE DROPS SOLN 0.6%	4	EC
LUBRICATING EYE DROPS SOLN 0.4%; 0.3%	4	EC
LUBRICATING TEARS EYE DROPS	4	EC
OXERVATE	3	PA; NEDS
QC ARTIFICIAL TEARS	4	EC
Midriáticos		
<i>atropine sulfate soln 1%</i>	2	
<i>cyclopentolate hcl soln 2%</i>	2	
<i>cyclopentolate hydrochloride soln</i>	2	
Recursos		
Recursos		
<i>alcohol prep pads</i>	2	
<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x 5/16"</i>	2	
<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x 1/2"</i>	2	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x 12.7mm</i>	2	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	2	
<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	2	
<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	2	
<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm</i>	2	
<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	2	
<i>gauze pads 2"x2"</i>	2	
<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	2	
<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	2	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	3	
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	3	
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	3	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	3	
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	3	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	3	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	3	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	3	
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	3	
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	3	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	3	
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	3	
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	3	
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	3	
<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"</i>	2	
<i>techlite pen needles 29g x 10mm</i>	2	
<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x 1/2"</i>	2	
<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	2	
Relajantes musculares suaves		
Relajantes musculares suaves genitourinarios		
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	2	
<i>fesoterodine fumarate er</i>	2	
<i>flavoxate hcl</i>	2	
GEMTESA	3	
MYRBETRIQ	3	
<i>oxybutynin chloride er</i>	2	
<i>oxybutynin chloride soln, tabs</i>	2	
<i>solifenacina succinate</i>	2	
<i>tolterodine tartrate</i>	2	
<i>tolterodine tartrate er</i>	2	
<i>trospium chloride</i>	2	
<i>trospium chloride er</i>	2	
Relajantes musculares suaves respiratorios		
<i>elioxophyllin</i>	2	
<i>theophylline er tb24</i>	2	
<i>theophylline er tb12 300mg, 450mg</i>	2	
<i>theophylline elix</i>	2	
Skin and Mucous Membrane Preparations		
Anti-infectives		
<i>acyclovir crea 5%</i>	2	
ANTI-DANDRUFF SHAMPOO	4	EC
BACITRACIN ZINC	4	EC
BACITRACIN EXTERNAL OINT 500UNIT/GM	4	EC
BENZOYL PEROXIDE	4	EC
BENZOYL PEROXIDE WASH	4	EC
BP WASH	4	EC
<i>ciclopirox</i>	2	
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	2	
<i>ciclopirox olamine</i>	2	
CLEOCIN	3	
<i>clindacin</i>	2	
<i>clindacin etz pledges</i>	2	
<i>clindacin-p</i>	2	
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clindamycin phosphate crea 2%</i>	2	
<i>clindamycin phosphate foam 1%</i>	2	
<i>clindamycin phosphate gel 1%</i>	2	
<i>clindamycin phosphate lotn 1%</i>	2	
<i>clindamycin phosphate external soln 1%</i>	2	
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	2	
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	2	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	2	
CLOTRIMAZOLE CREA 1%	4	EC
<i>clotrimazole crea 1%</i>	2	
<i>clotrimazole troc</i>	2	
CLOTRIMAZOLE SOLN 1%	4	EC
<i>clotrimazole soln 1%</i>	2	
<i>econazole nitrate</i>	2	
<i>ery</i>	2	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	2	
<i>erythromycin gel 2%</i>	2	
<i>erythromycin soln 2%</i>	2	
<i>gentamicin sulfate crea 0.1%</i>	2	
<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	2	
GNP CLOTRIMAZOLE 3	4	EC
GNP HYDROGEN PEROXIDE	4	EC
GNP TRIPLE ANTIBIOTIC PLUS	4	EC
GYNAZOLE-1	3	
HIBICLENS	4	EC
HM ANTISEPTIC SKIN CLEANSER	4	EC
HM BACITRACIN	4	EC
HYDROGEN PEROXIDE	4	EC
INSTACLEAN	4	EC
IODINE TINCTURE STRONG DECOLORIZED	4	EC
ISOPROPYL ALCOHOL	4	EC
ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL	4	EC
<i>ivermectin crea 1%</i>	2	
<i>ketoconazole crea 2%</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>ketoconazole foam 2%</i>	2	
<i>ketoconazole sham 2%</i>	2	
KETODAN	2	
LICE TREATMENT CREME RINSE	4	EC
<i>malathion</i>	2	
MENTAX	3	
<i>metronidazole vaginal</i>	2	
<i>metronidazole crea 0.75%</i>	2	
<i>metronidazole gel 0.75%, 1%</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metronidazole lotn 0.75%</i>	2	
<i>miconazole 3</i>	2	
MICONAZOLE 3 COMBINATION PACK	4	EC
MICONAZOLE 3 COMBO PACK	4	EC
MICONAZOLE 7	4	EC
MONISTAT 7 COMBINATION PACK	4	EC
<i>mupirocin crea</i>	2	QL(180 GM por 30 días)
<i>mupirocin oint</i>	2	QL(44 GM por 30 días)
<i>naftifine hcl</i>	2	
<i>naftifine hydrochloride crea 2%</i>	2	
NEUAC	2	
NUVESSA	3	
<i>nyamyc</i>	2	
<i>nystatin crea 100000unit/gm</i>	2	
<i>nystatin oint 100000unit/gm</i>	2	
<i>nystatin powd 100000unit/gm</i>	2	
<i>nystop</i>	2	
<i>oxiconazole nitrate</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>penciclovir</i>	2	
<i>permethrin</i>	2	
POVIDONE-IODINE	4	EC
<i>rosadan</i>	2	
<i>selenium sulfide</i>	2	
<i>silver sulfadiazine</i>	2	
SM ALCOHOL	4	EC
SM CLOTRIMAZOLE VAGINAL	4	EC
SM LICE TREATMENT	4	EC
SM MICONAZOLE 3	4	EC
SM TRIPLE ANTIBIOTIC PLUS MAXIMUM STRENGTH	4	EC
<i>ssd</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium lotn 10%</i>	2	
SULFAMYLYON	3	
<i>terconazole</i>	2	
TOLNAFTATE	4	EC
TOLNAFTATE ANTIFUNGAL	4	EC
TRIPLE ANTIBIOTIC	4	EC
Anti-inflammatory Agents		
<i>ala-cort</i>	2	
<i>alclometasone dipropionate</i>	2	
<i>amcinonide</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	2	
<i>betamethasone valerate</i>	2	
<i>budesonide foam 2mg</i>	2	
<i>calcipotriene/betamethasone dipropionate oint</i>	2	
<i>calcipotriene/betamethasone dipropionate susp</i>	2	NEDS
<i>clobetasol propionate e</i>	2	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate emollient</i>	2	QL(200 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate foam</i>	2	QL(200 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate soln</i>	2	QL(200 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate lotn, sham</i>	2	QL(236 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate crea, gel, oint</i>	2	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate liqd</i>	2	QL(250 ML por 30 días)
<i>clorcortolone pivalate</i>	2	
<i>clodan</i>	2	QL(236 ML por 30 días)
CORDRAN	3	
<i>desonide</i>	2	
<i>desoximetasone</i>	2	
DESRX	2	
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	2	QL(200 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	2	QL(960 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium external soln 1.5%</i>	2	QL(300 ML por 30 días)
<i>diflorasone diacetate</i>	2	
EUCRISA	3	PA
<i>fluocinolone acetonide body</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide crea 0.01%, 0.025%</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide oint 0.025%</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide soln 0.01%</i>	2	
<i>fluocinonide</i>	2	
<i>fluocinonide emulsified base</i>	2	
<i>fluticasone propionate crea 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone propionate lotn 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone propionate oint 0.005%</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
GNP HYDROCORTISONE	4	EC
GNP HYDROCORTISONE MAXIMUM STRENGTH	4	EC
<i>halcinonide</i>	2	
<i>halobetasol propionate</i>	2	
<i>hydrocortisone butyrate</i>	2	
<i>hydrocortisone valerate</i>	2	
HYDROCORTISONE CREA 1%	4	EC
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone enim 100mg/60ml</i>	2	
HYDROCORTISONE LOTN 1%	4	EC
<i>hydrocortisone lotn 2.5%</i>	2	
HYDROCORTISONE OINT 1%	4	EC
<i>hydrocortisone oint 1%, 2.5%</i>	2	
<i>mometasone furoate crea 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate oint 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate soln 0.1%</i>	2	
<i>nystatin/triamcinolone</i>	2	
<i>oralone dental paste</i>	2	
<i>prednicarbate</i>	2	
<i>procto-med hc</i>	2	
<i>procto-pak</i>	2	
<i>proctosol hc</i>	2	
<i>proctozone-hc</i>	2	
TOVET	2	QL(200 GM por 30 días)
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide aers 0.147mg/gm</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide crea 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotn 0.025%, 0.1%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide oint 0.025%, 0.05%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
TRIANEX	3	
<i>triderm</i>	2	
TRITOCIN	2	
UCERIS	3	
Antipruritics and Local Anesthetics		
<i>doxepin hydrochloride crea 5%</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone acetate/pramoxine</i>	2	
<i>lidocaine hydrochloride external soln 4%</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine/prilocaine</i>	2	QL(60 GM por 30 días)
<i>lidocaine oint</i>	2	QL(100 GM por 30 días)

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lidocaine patch</i>	2	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>premium lidocaine</i>	2	QL(100 GM por 30 días)
Astringents		
DESTITIN	4	EC
DR SMITHS DIAPER QUICK RELIEF	4	EC
ZINC OXIDE	4	EC
Cell Stimulants and Proliferants		
<i>avita</i>	2	PA
RETIN-A MICRO PUMP	3	PA
<i>tretinoin microsphere gel 0.04%, 0.1%</i>	2	PA
<i>tretinoin crea 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	2	PA
<i>tretinoin gel 0.01%, 0.025%, 0.05%</i>	2	PA
Emollients, Demulcents, and Protectants		
AMERIDERM PERISHIELD	4	EC
AMMONIUM LACTATE CREA 12%	4	EC
<i>ammonium lactate crea 12%</i>	2	
<i>ammonium lactate lotn</i>	2	
CALAMINE	4	EC
HYDROLATUM	4	EC
HYDROPHILIC PETROLATUM	4	EC
LANOLIN ANHYDROUS	4	EC
MINERAL OIL LIGHT	4	EC
PETROLATUM	4	EC
VITAMIN A & D	4	EC
WHITE PETROLATUM	4	EC
WHITE PETROLEUM JELLY	4	EC
Keratolytic Agents		
GNP WART REMOVER	4	EC
WART REMOVER MAXIMUM STRENGTH	4	EC
Skin and Mucous Membrane Agents, Misc		
<i>accutane</i>	2	
<i>acitretin</i>	2	
<i>adapalene</i>	2	PA
<i>amnesteem</i>	2	
<i>azelaic acid</i>	2	
AZELEX	3	
<i>bexarotene gel 1%</i>	2	PA NSO; NEDS
<i>calcipotriene crea, oint</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene soln</i>	2	QL(120 ML por 30 días)
<i>calcitriol oint 3mcg/gm</i>	2	

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
CAPSAICIN CREA 0.025%	4	EC
<i>claravis</i>	2	
CONDYLOX	3	
DUPIXENT INJ 200MG/1.14ML, 300MG/2ML	3	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>fluorouracil</i>	2	
HYFTOR	3	PA; NEDS
<i>imiquimod</i>	2	
<i>imiquimod pump</i>	2	
<i>isotretinoin</i>	2	
KLISYRI	3	PA; NEDS
MYORISAN	2	
PANRETIN	3	NEDS
<i>pimecrolimus</i>	2	
<i>podofilox soln 0.5%</i>	2	
RECTIV	3	QL(30 GM por 30 días)
REGRANEX	3	
SANTYL	3	
SKYRIZI PEN	3	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 75MG/0.83ML	3	QL(1 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 150MG/ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
STELARA INJ 45MG/0.5ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
STELARA INJ 45MG/0.5ML, 90MG/ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>tacrolimus oint 0.03%, 0.1%</i>	2	
<i>tazarotene</i>	2	PA
TAZORAC	3	PA
VALCHLOR	3	NEDS; SP-Optum Specialty
WINLEVI	3	PA
ZENATANE	2	
Vitamina		
<i>Preparaciones multivitamínicas</i>		
B COMPLEX/C	4	EC

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
B COMPLEX TABS 6MCG; 0.4MG; 20MG; 10MG; 2MG; 1.7MG; 1.2MG	4	EC
B-COMPLEX	4	EC
C COMPLEX	4	EC
COD LIVER OIL	4	EC
HEALTHY KIDS COD LIVER OIL/VITAMIN D	4	EC
MULTI VITAMIN	4	EC
MULTI-VIT/IRON/FLUORIDE	4	EC
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE DROPS	4	EC
MULTI-VITAMIN/MINERALS	4	EC
MULTIVITAMIN CHILDRENS	4	EC
MULTIVITAMIN GUMMIES ADULT CHEW 30MG; 150MCG; 2.5MG; 400UNIT; 20MCG; 3MCG; 200MCG; 30MCG; 140MG; 1MG; 5MG; 1MG; 1250UNIT; 7.5UNIT; 2.5MG	4	EC
MULTIVITAMIN INFANT/TODDLER	4	EC
MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE SOLN	4	EC
MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW 60MG; 4.5MCG; 300MCG; 13.5MG; 1.05MG; 1.2MG; 0.25MG; 1.05MG; 2500UNIT; 400UNIT; 15UNIT, 60MG; 4.5MCG; 300MCG; 13.5MG; 1.05MG; 1.2MG; 0.5MG; 1.05MG; 2500UNIT; 400UNIT; 15UNIT, 60MG; 4.5MCG; 300MCG; 13.5MG; 1.05MG; 1.2MG; 1MG; 1.05MG; 2500UNIT; 400UNIT; 15UNIT, 60MG; 400UNIT; 4.5MCG; 0.3MG; 13.5MG; 1.05MG; 2500UNIT; 1.2MG; 0; 1MG; 1.05MG; 15UNIT	4	EC
NIACIN FLUSH FREE CAPS 100MG; 400MG	4	EC
PRENATAL FORMULA	4	EC
PRENATAL TABS 100MG; 200MG; 400UNIT; 4MCG; 0.8MG; 27MG; 18MG; 2.6MG; 1.7MG; 1.84MG; 11UNIT; 4000UNIT; 25MG, 25MCG; 50MG; 25MG; 2.5MG; 0.5MG; 2.5MCG; 100UNIT; 6.75MG; 200MCG; 15MG; 0.5MG; 5MG; 0.75MG; 500UNIT; 0.75MG; 0.5MG; 3.75UNIT; 3.75MG	4	EC
<i>prenatal tabs 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	2	
RENAL CAPS	4	EC
VITAMIN C CHEW 0; 500MG; 0; 0; 0	4	EC
VITAMINS A & D	4	EC
ZINC	4	EC
Vitaminas		
<i>Actividad de la vitamina K</i>		
PHYTONADIONE TABS	4	EC
VITAMIN K1 INJ 10MG/ML, 1MG/0.5ML	4	EC
<i>Complejo de Vitamina B</i>		

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
B COMPLEX CAPS 5MG; 1MCG; 60MG; 20MG; 0.5MG; 3MG; 3MG; 60MG	4	EC
B-COMPLEX/B-12 LIQD 1200MCG/ML; 30MG/ML; 20MG/ML; 2MG/ML; 1.7MG/ML	4	EC
CYANOCOBALAMIN INJ 1000MCG/ML	4	EC
ENDUR-ACIN TBCR 750MG	4	EC
ENDUR-AMIDE TBCR 750MG	4	EC
FOLIC ACID INJ	4	EC
FOLIC ACID CAPS 20MG, 800MCG	4	EC
FOLIC ACID TABS 1MG, 400MCG, 800MCG	4	EC
KP FOLIC ACID TABS 1MG	4	EC
NIACIN TIMED RELEASE	4	EC
NIACIN TR CPCR 250MG	4	EC
NIACIN TR TBCR 1000MG, 250MG	4	EC
NIACINAMIDE PROLONGED RELEASE	4	EC
NIACINAMIDE TABS 500MG	4	EC
NIACIN TABS 100MG, 250MG, 500MG, 50MG	4	EC
<i>niacin tabs 500mg</i>	2	
<i>niacor</i>	2	
RIBOFLAVIN TABS 400MG	4	EC
VITAMIN B 12 LOZG 250MCG	4	EC
VITAMIN B COMPLEX TABS 2MCG; 15MG; 5MG; 2MG; 2MG; 2MG	4	EC
VITAMIN B-12 LIQD, TBDP	4	EC
VITAMIN B-12 LOZG 500MCG	4	EC
VITAMIN B-12 SUBL 1000MCG, 2500MCG, 500MCG	4	EC
VITAMIN B-12 TABS 1000MCG, 100MCG, 250MCG, 500MCG	4	EC
VITAMIN B-1 TABS 100MG, 50MG	4	EC
VITAMIN B-2	4	EC
VITAMIN B-6 TABS 100MG, 25MG, 50MG	4	EC
VITAMIN B-COMPLEX 100 INJ 2MG/ML; 100MG/ML; 2MG/ML; 2MG/ML; 100MG/ML	4	EC
VITAMIN B1 TABS 100MG, 250MG	4	EC
VITAMIN B6 TABS 250MG	4	EC
Vitamina A		
VITAMIN A PALMITATE TABS	4	EC
VITAMIN A CAPS 10000UNIT, 8000UNIT	4	EC
Vitamina C		
ASCORBIC ACID POWD	4	EC
ASCORBIC ACID INJ 500MG/ML	4	EC
CALCIUM ASCORBATE TABS	4	EC
LIQUID VITAMIN C	4	EC
VITA-C	4	EC

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
VITAMIN C GUMMIES	4	EC
VITAMIN C TR TBCR 1500MG, 500MG	4	EC
VITAMIN C-500 TIMED RELEASE	4	EC
VITAMIN C CHEW 250MG, 500MG	4	EC
VITAMIN C LIQD 500MG/5ML	4	EC
VITAMIN C SOLR 0	4	EC
VITAMIN C TABS 1000MG, 100MG, 250MG, 500MG	4	EC
Vitamina D		
<i>calcitriol caps 0.25mcg, 0.5mcg</i>	2	
<i>calcitriol soln 1mcg/ml</i>	2	
D 5000 CAPS	4	EC
D-5000	4	EC
DDROPS LIQD 1000UT/0.028ML, 2000UT/0.028ML	4	EC
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX	4	EC
<i>doxercalciferol caps</i>	2	
ERGOCALCIFEROL SOLN	4	EC
<i>paricalcitol caps</i>	2	
RAYALDEE	3	
VITAMIN D (ERGOCALCIFEROL)	4	EC
VITAMIN D INFANT LIQD 400UNIT/ML	4	EC
VITAMIN D-3 TABS 2000UNIT	4	EC
VITAMIN D2	4	EC
VITAMIN D3 400	4	EC
VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH	4	EC
VITAMIN D3 TBDP	4	EC
VITAMIN D3 CAPS 1000UNIT, 250MCG; 0; 0, 50MCG	4	EC
VITAMIN D3 CHEW 1000UNIT, 2000UNIT, 400UNIT	4	EC
VITAMIN D3 LIQD 5000UNIT/0.5ML	4	EC
VITAMIN D3 TABS 10000UNIT, 25MCG, 3000UNIT, 400UNIT	4	EC
VITAMIN D CAPS 50000UNIT	4	EC
Vitamina E		
GNP VITAMIN E WATER DISPERSIBLE	4	EC
VITAMIN E CAPS 400UNIT, 90MG	4	EC
VITAMIN E SOLN 15MG/0.67ML	4	EC
VITAMIN E TABS 100UNIT	4	EC

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	6	<i>albuterol sulfate hfa</i>	56
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	6	<i>alclometasone dipropionate</i>	72
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	6	<i>alcohol prep pads</i>	69
ABELCET	5	ALECENSA	9
ABILIFY ASIMTUFII	19	alendronate sodium	36
ABILIFY MAINTENA	19	<i>alfuzosin hcl er</i>	55
ABILIFY MYCITE	19	ALIGN	61
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	19	<i>aliskiren</i>	60
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	19	<i>allopurinol</i>	34
<i>abiraterone acetate</i>	9	<i>almotriptan</i>	17
ABRYSVO	39	ALOCRIL	66
<i>acamprosate calcium dr</i>	18	ALOMIDE	66
<i>acarbose</i>	48	<i>alosetron hydrochloride</i>	62
<i>accutane</i>	75	ALPHAGAN P	66
<i>acebutolol hydrochloride</i>	58	<i>alprazolam</i>	27
ACETAMINOPHEN	23	<i>alprazolam er</i>	27
ACETAMINOPHEN ER 8 HOUR ARTHRITIS PAIN	22	<i>alprazolam odt</i>	27
ACETAMINOPHEN EXTRA STRENGTH	22	ALREX	67
ACETAMINOPHEN PM EXTRA STRENGTH	27	ALUMINUM HYDROXIDE	63
<i>acetaminophen/codeine</i>	22	ALUNBRIG	9
<i>acetazolamide</i>	66	<i>alyq</i>	60
<i>acetazolamide er</i>	66	<i>amabelz</i>	54
<i>acetic acid</i>	69	<i>amantadine hcl</i>	18
<i>acetic acid 0.25%</i>	46	<i>ambrisentan</i>	31
<i>acetylcysteine</i>	36	<i>amcinonide</i>	72
<i>acitretin</i>	75	AMERIDERM PERISHIELD	75
ACTHIB	39	<i>amethia</i>	51
ACTIMMUNE	34	<i>amikacin sulfate</i>	2
<i>acyclovir</i>	6	<i>amiloride hcl</i>	44
<i>acyclovir</i>	70	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	44
<i>acyclovir sodium</i>	6	<i>aminocaproic acid</i>	41
ADACEL	39	AMINOSYN II	42
<i>adapalene</i>	75	AMINOSYN-PF 7%	43
<i>adefovir dipivoxil</i>	6	<i>amiodarone hydrochloride</i>	61
ADEMPAS	31	<i>amitriptyline hcl</i>	19
ADTHYZA	50	<i>amitriptyline hydrochloride</i>	19
AIMOVIG	17	<i>amlodipine besylate</i>	59
AKEEGA	9	<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	58
<i>ala-cort</i>	72	<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	59
<i>albendazole</i>	5	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	59
<i>albuterol sulfate</i>	56	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	59
		<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	59
		AMMONIUM LACTATE	75
		<i>amnesteem</i>	75
		<i>amoxapine</i>	19

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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>amoxicillin</i>	2	<i>atenolol/chlorthalidone</i>	58
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	2	<i>atomoxetine</i>	18
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	2	<i>atomoxetine hydrochloride</i>	18
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	16	<i>atorvastatin calcium</i>	57
<i>amphotericin b</i>	5	<i>atovaquone</i>	6
<i>amphotericin b liposome</i>	5	<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	6
<i>ampicillin</i>	2	<i>atropine sulfate</i>	69
<i>ampicillin sodium</i>	2	ATROVENT HFA	55
<i>ampicillin/sulbactam</i>	2	AUBAGIO	34
<i>ampicillin-sulbactam</i>	2	AUGMENTIN	2
<i>anagrelide hydrochloride</i>	41	AUGTYRO	9
<i>anastrozole</i>	54	AURYXIA	44
ANORO ELLIPTA	55	AUSTEDO	30
ANTACID CALCIUM RICH	63	AUVELITY	19
ANTACID EXTRA STRENGTH	63	AVEED	51
ANTACID MAXIMUM STRENGTH	63	<i>aviane</i>	51
ANTACID ULTRA STRENGTH	63	<i>avita</i>	75
ANTACID/ANTIGAS LIQUID	63	AVONEX	34
ANTI-DANDRUFF SHAMPOO	70	AVONEX PEN	34
<i>APLENZIN</i>	19	<i>AVYCAZ</i>	2
<i>apraclonidine</i>	69	<i>AYVAKIT</i>	9
<i>aprepitant</i>	63	<i>AZASITE</i>	68
<i>apri</i>	51	<i>azathioprine</i>	35
<i>APTIOM</i>	28	<i>azelaic acid</i>	75
<i>APTIVUS</i>	6	<i>azelastine hcl</i>	66
ARCALYST	36	<i>azelastine hydrochloride</i>	66
AREXVY	39	<i>AZELEX</i>	75
<i>arformoterol tartrate</i>	56	<i>azithromycin</i>	2
ARIKAYCE	2	<i>aztreonam</i>	2
<i>ariPIPRAZOLE</i>	19	B COMPLEX	77
<i>ariPIPRAZOLE odt</i>	19	B COMPLEX	78
ARISTADA	19	B COMPLEX/C	76
ARISTADA INITIO	19	<i>bacitracin</i>	68
<i>armodafinil</i>	16	BACITRACIN	70
ARMOUR THYROID	50	BACITRACIN ZINC	70
ARTIFICIAL TEARS	69	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	68
ASCORBIC ACID	78	<i>baclofen</i>	57
<i>asenapine maleate sl</i>	19	BAFIERTAM	34
<i>ashlyna</i>	51	<i>balsalazide disodium</i>	62
ASPIRIN	23	BALVERSA	9
ASPIRIN EC	23	<i>balziva</i>	51
ASPIRIN REGULAR STRENGTH	23	BAQSIMI ONE PACK	49
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	41	BAQSIMI TWO PACK	49
<i>atazanavir</i>	6	BAXDELA	2
<i>atazanavir sulfate</i>	6	BCG VACCINE	40
<i>atenolol</i>	58	B-COMPLEX	77

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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
B-COMPLEX/B-12	78	BISACODYL	64
<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x 1/2"</i>	69	BISACODYL EC	64
<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x 5/16"</i>	69	BISMUTH	61
<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x 12.7mm</i>	69	<i>bismuth subcitrate</i>	62
<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	69	<i>pot/metronidazole/tetracycline hydrochlo</i>	
<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	69	<i>bisoprolol fumarate</i>	58
<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	69	<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	58
<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm</i>	69	BIVIGAM	39
BELBUCA	23	BOOSTRIX	39
BELSOMRA	27	bortezomib	9
<i>benazepril hcl</i>	60	<i>bosentan</i>	31
<i>benazepril hydrochloride</i>	60	BOSULIF	9
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	60	BP WASH	70
BENLYSTA	35	BRAFTOVI	10
BENZNIDAZOLE	6	BREO ELLIPTA	46
BENZOYL PEROXIDE	70	BREYNA	46
BENZOYL PEROXIDE WASH	70	BREZTRI AEROSPHERE	46
<i>benztropine mesylate</i>	18	<i>brielllyn</i>	51
<i>bepotastine besilate</i>	66	BRILINTA	41
BERINERT	36	<i>brimonidine tartrate</i>	66
BESIVANCE	68	<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	66
BESREMI	9	brinzolamide	66
<i>betaine anhydrous</i>	36	BRIVIACT	28
<i>betamethasone dipropionate</i>	72	<i>bromfenac</i>	67
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	73	<i>bromfenac sodium</i>	67
<i>betamethasone valerate</i>	73	<i>bromocriptine mesylate</i>	18
BETASERON	34	BROMSITE	67
<i>betaxolol hcl</i>	58	BRONCHITOL	31
<i>betaxolol hcl</i>	66	BRUKINSA	10
<i>bethanechol chloride</i>	55	<i>budesonide</i>	46
BETIMOL	66	<i>budesonide</i>	73
BETOPTIC-S	66	<i>budesonide er</i>	46
BEVESPI AEROSPHERE	55	BUDESONIDE NASAL SPRAY	67
<i>bexarotene</i>	9	<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	46
<i>bexarotene</i>	75	<i>bumetanide</i>	44
BEXSERO	40	<i>buprenorphine</i>	23
<i>bicalutamide</i>	9	<i>buprenorphine hcl</i>	23
BICILLIN C-R	2	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	23
BICILLIN L-A	2	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone</i>	23
BIKTARVY	6	<i>hydrochloride</i>	
<i>bimatoprost</i>	66	<i>bupropion hcl</i>	19
		<i>bupropion hydrochloride</i>	19
		<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	19
		<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	19
		<i>buspirone hcl</i>	27
		<i>buspirone hydrochloride</i>	27

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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>butorphanol tartrate</i>	23	<i>carglumic acid</i>	44
BYDUREON BCISE	48	<i>carteolol hcl</i>	66
BYETTA	48	<i>cartia xt</i>	59
BYLVAY	65	<i>carvedilol</i>	58
BYLVAY (PELLETS)	65	<i>carvedilol phosphate er</i>	58
C COMPLEX	77	<i>caspofungin acetate</i>	5
<i>cabergoline</i>	18	CAYSTON	2
CABLIVI	41	<i>cefaclor</i>	2
CABOMETYX	10	<i>cefadroxil</i>	2
CALAMINE	75	<i>cefazolin</i>	2
<i>calcipotriene</i>	75	<i>cefazolin sodium</i>	2
<i>calcipotriene/betamethasone dipropionate</i>	73	<i>cefazolin sodium/dextrose</i>	2
<i>calcitonin salmon</i>	50	<i>cefdinir</i>	2
<i>calcitonin-salmon</i>	50	<i>cefepime</i>	2
<i>calcitriol</i>	75	<i>cefepime hydrochloride</i>	2
<i>calcitriol</i>	79	<i>cefepime/dextrose</i>	2
CALCIUM 1000 + D	45	<i>cefixime</i>	2
CALCIUM 500/VITAMIN D3	45	<i>cefotetan</i>	2
CALCIUM 600 WITH VITAMIN D	45	<i>cefoxitin sodium</i>	2
<i>calcium acetate</i>	45	<i>cefpodoxime proxetil</i>	2
CALCIUM ANTACID	63	<i>cefprozil</i>	2
CALCIUM ASCORBATE	78	<i>ceftazidime</i>	2
CALCIUM CARBONATE	45	<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	2
CALCIUM CARBONATE	63	<i>ceftriaxone sodium</i>	2
CALCIUM CITRATE	45	<i>ceftriaxone/dextrose</i>	2
CALCIUM GLUCONATE	45	<i>cefuroxime axetil</i>	3
CALCIUM HIGH POTENCY	45	<i>cefuroxime sodium</i>	3
CALCIUM LACTATE	45	<i>celecoxib</i>	23
CALQUENCE	10	CELONTIN	28
<i>camila</i>	51	<i>cephalexin</i>	3
CAMZYOS	61	CERDELGA	37
<i>candesartan cilexetil</i>	60	CETIRIZINE HCL	38
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	60	CETIRIZINE HYDROCHLORIDE	39
CAPLYTA	19	CETIRIZINE HYDROCHLORIDE	38
CAPRELSA	10	CHILDRENS ALLERGY	
CAPSAICIN	16	CETIRIZINE	39
CAPSAICIN	76	HYDROCHLORIDE/PSEUDOEPHEDRIN	
<i>captopril</i>	60	<i>E HYDROCHLORIDE</i>	
<i>carbamazepine</i>	28	<i>cevimeline hydrochloride</i>	55
<i>carbamazepine er</i>	28	CHELATED MAGNESIUM	45
<i>carbidopa</i>	18	CHEMET	38
<i>carbidopa/levodopa</i>	18	CHEMSTRIP 10 MD	32
<i>carbidopa/levodopa er</i>	18	CHEMSTRIP 9 STRIPS	32
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	18	CHEWABLE ACETAMINOPHEN	23
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	18	CHILDRENS	
CARDURA XL	58	CHILDRENS APAP	23

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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>chlordiazepoxide/amitriptyline</i>	19	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5%	43
<i>chlorhexidine gluconate</i>	68	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	43
<i>chloroquine phosphate</i>	6	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	43
CHLORPHENIRAMINE MALEATE	38	CLINIMIX 6/5	43
<i>chlorpromazine hcl</i>	20	CLINIMIX 8/10	43
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	20	CLINIMIX E 2.75%/DEXTROSE 5%	43
<i>chlorthalidone</i>	45	CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 10%	43
CHOCOLATED LAXATIVE REGULAR	64	CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 5%	43
STRENGTH		CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 15%	43
CHOLBAM	65	CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 20%	43
<i>cholestyramine</i>	57	CLINIMIX E 8/10	43
<i>cholestyramine light</i>	57	CLINISOL SF 15%	43
<i>ciclopirox</i>	70	<i>clobazam</i>	28
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	70	<i>clobetasol propionate</i>	73
<i>ciclopirox olamine</i>	70	<i>clobetasol propionate e</i>	73
<i>cidofovir</i>	7	<i>clobetasol propionate emollient</i>	73
<i>cilostazol</i>	41	<i>clocortolone pivalate</i>	73
CIMDUO	7	<i>clodan</i>	73
<i>cimetidine</i>	62	<i>clomipramine hydrochloride</i>	20
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	50	<i>clonazepam</i>	28
CINRYZE	36	<i>clonazepam odt</i>	28
<i>ciprofloxacin</i>	3	<i>clonidine hcl</i>	59
<i>ciprofloxacin</i>	68	<i>clonidine hydrochloride</i>	59
<i>ciprofloxacin hcl</i>	3	<i>clonidine hydrochloride er</i>	59
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	3	<i>clopidogrel</i>	41
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	68	<i>clorazepate dipotassium</i>	27
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	3	CLOTRIMAZOLE	71
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	67	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	71
<i>citalopram hydrobromide</i>	20	<i>clozapine</i>	20
<i>claravis</i>	76	<i>clozapine odt</i>	20
<i>clarithromycin</i>	3	COARTEM	6
<i>clarithromycin er</i>	3	COD LIVER OIL	77
CLENPIQ	64	<i>codeine sulfate</i>	23
CLEOCIN	70	<i>colchicine</i>	34
<i>clindacin</i>	70	<i>colesevelam hydrochloride</i>	57
<i>clindacin etz pledges</i>	70	<i>colestipol hcl</i>	57
<i>clindacin-p</i>	70	<i>colistimethate sodium</i>	3
<i>clindamycin hcl</i>	3	COMBIPATCH	54
<i>clindamycin hydrochloride</i>	3	COMBIVENT RESPIMAT	56
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	3	COMETRIQ	10
<i>clindamycin phosphate</i>	3	COMPLERA	7
<i>clindamycin phosphate</i>	71	CONDYLOX	76
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	70	<i>constulose</i>	44
<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	3	COPAXONE	34
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	71	COPIKTRA	10
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10%	43	CORDRAN	73

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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
CORLANOR	61	DDROPS	79
CORTIFOAM	16	deblitane	52
CORTISPORIN-TC	67	deferasirox	38
CORTROPHIN	53	deferiprone	38
COSENTYX	32	DELSTRIGO	7
COSENTYX SENSOREADY PEN	32	demeclercycline hcl	3
COSENTYX UNOREADY	32	DENGVAXIA	40
COTELLIC	10	DENTAGEL	34
CREON	65	DEPO-ESTRADIOL	54
<i>cromolyn sodium</i>	30	DEPO-MEDROL	47
<i>cromolyn sodium</i>	66	DEPO-SUBQ PROVERA 104	53
CULTURELLE	61	DESCOZY	7
CULTURELLE DIGESTIVE HEALTH	61	<i>desipramine hydrochloride</i>	20
CULTURELLE KIDS	61	DESITIN	75
curity gauze pads 2"x2" 12 ply	69	<i>desloratadine</i>	39
CUVITRU	39	<i>desloratadine odt</i>	39
CYANOCOBALAMIN	78	<i>desmopressin acetate</i>	53
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	57	<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	52
<i>cyclopentolate hcl</i>	69	<i>desonide</i>	73
<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	69	<i>desoximetasone</i>	73
<i>cyclophosphamide</i>	10	DESRX	73
CYCLOSET	48	<i>desvenlafaxine er</i>	20
<i>cyclosporine</i>	35	DEX4 FAST ACTING GLUCOSE	49
<i>cyclosporine</i>	67	DEX4 FAST ACTING GLUCOSE GO-	49
<i>cyclosporine modified</i>	35	POUCH	
<i>cyproheptadine hcl</i>	38	<i>dexamethasone</i>	47
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	38	<i>dexamethasone 10-day dose pack</i>	47
CYSTAGON	37	<i>dexamethasone 13-day dose pack</i>	47
CYSTARAN	69	<i>dexamethasone 6-day dose pack</i>	47
D 5000	79	<i>dexamethasone intensol</i>	47
D-5000	79	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	47
<i>dabigatran etexilate</i>	41	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	67
DAIRY RELIEF	65	DEXLANSOPRAZOLE	62
<i>dalfampridine er</i>	37	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	16
DALVANCE	3	<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	16
<i>danazol</i>	51	<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	17
<i>dantrolene sodium</i>	57	<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	17
<i>dapsone</i>	5	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	17
DAPTACEL	39	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	17
<i>daptomycin</i>	3	<i>dextrose 10%/nacl 0.45%</i>	45
<i>daptomycin/sodium chloride</i>	3	<i>dextrose 10%</i>	43
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	70	<i>dextrose 10%/nacl 0.2%</i>	45
<i>darunavir</i>	7	<i>dextrose 2.5%/nacl 0.45%</i>	45
DARZALEX	10	<i>dextrose 5%</i>	43
DAURISMO	10	<i>dextrose 5%/nacl 0.2%</i>	45
DAYVIGO	27	<i>dextrose 5%/nacl 0.3%</i>	45

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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>dextrose 5%/nacl 0.33%</i>	45	<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	39
<i>dextrose 5%/nacl 0.45%</i>	45	<i>dipyridamole</i>	60
<i>dextrose 5%/nacl 0.9%</i>	45	<i>disopyramide phosphate</i>	61
<i>dextrose 50%</i>	43	<i>disulfiram</i>	36
<i>dextrose 70%</i>	43	<i>divalproex sodium</i>	28
<i>dextrose/sodium chloride</i>	45	<i>divalproex sodium dr</i>	28
DIACOMIT	28	<i>divalproex sodium er</i>	28
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX	79	<i>docetaxel</i>	10
<i>diazepam</i>	27	DOCUSATE CALCIUM	64
<i>diazepam intensol</i>	27	DOCUSATE MINI	64
<i>diazepam rectal gel</i>	27	DOCUSATE SODIUM	64
<i>diazoxide</i>	49	<i>dofetilide</i>	61
<i>dichlorphenamide</i>	36	<i>donepezil hcl</i>	55
<i>diclofenac epolamine</i>	23	<i>donepezil hydrochloride</i>	55
<i>diclofenac potassium</i>	23	DOPTELET	41
<i>diclofenac sodium</i>	67	<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	66
<i>diclofenac sodium</i>	73	<i>dorzolamide hydrochloride</i>	66
<i>diclofenac sodium dr</i>	23	<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	66
<i>diclofenac sodium er</i>	23	<i>dotti</i>	54
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>	23	DOVATO	7
<i>dicloxacillin sodium</i>	3	<i>doxazosin mesylate</i>	58
<i>dicyclomine hcl</i>	55	<i>doxepin hcl</i>	20
<i>dicyclomine hydrochloride</i>	55	<i>doxepin hydrochloride</i>	74
DIFICID	3	<i>doxercalciferol</i>	79
<i>diflorasone diacetate</i>	73	<i>DOXY 100</i>	3
<i>diflunisal</i>	23	<i>doxycycline</i>	3
<i>difluprednate</i>	67	<i>doxycycline hyclate</i>	3
<i>digitek</i>	61	<i>doxycycline hyclate dr</i>	3
<i>digox</i>	61	<i>doxycycline monohydrate</i>	3
<i>digoxin</i>	61	DR SMITHS DIAPER QUICK RELIEF	75
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	55	DRIZALMA SPRINKLE	20
DILANTIN	28	<i>dronabinol</i>	63
DILANTIN INFATABS	28	<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	52
DILANTIN-125	28	DROXIA	10
<i>diltiazem hcl</i>	59	<i>droxidopa</i>	56
<i>diltiazem hcl cd</i>	59	<i>duloxetine hcl</i>	20
<i>diltiazem hcl er</i>	59	<i>duloxetine hydrochloride</i>	20
<i>diltiazem hydrochloride</i>	59	DUPIXENT	30
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	59	DUPIXENT	76
<i>dilt-xr</i>	59	<i>dutasteride</i>	36
<i>dimethyl fumarate</i>	34	<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	36
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	34	<i>econazole nitrate</i>	71
DIPHENHYDRAMINE HCL	38	ED CHLORPED JR	38
DIPHENHYDRAMINE HYDROCHLORIDE	38		

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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
EDURANT	7	<i>eplerenone</i>	60
<i>efavirenz</i>	7	EPRONTIA	28
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	7	EPSOM SALT	64
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	7	EQUETRO	28
<i>effer-k</i>	45	ERGOCALCIFEROL	79
EGRIFTA SV	50	<i>ergoloid mesylates</i>	55
ELESTRIN	54	ERIVEDGE	10
<i>eletriptan hydrobromide</i>	17	ERLEADA	10
ELIGARD	53	<i>erlotinib hydrochloride</i>	10
ELIQUIS	41	<i>errin</i>	52
ELIQUIS STARTER PACK	41	<i>ertapenem</i>	3
<i>elixophyllin</i>	70	<i>ery</i>	71
ELMIRON	37	<i>erythromycin</i>	3
<i>eluryng</i>	52	<i>erythromycin</i>	68
EMCYT	10	<i>erythromycin</i>	71
EMGALITY	17	<i>erythromycin base</i>	3
EMSAM	18	<i>erythromycin dr</i>	3
<i>emtricitabine</i>	7	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	3
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	7	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	71
EMTRIVA	7	ESBRIET	30
<i>enalapril maleate</i>	60	<i>escitalopram oxalate</i>	20
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	60	<i>esomeprazole magnesium</i>	62
ENBREL	32	<i>estazolam</i>	27
ENBREL MINI	32	<i>estradiol</i>	54
ENBREL SURECLICK	32	<i>estradiol valerate</i>	54
ENDARI	37	<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	54
<i>endocet</i>	23	ESTRING	54
ENDUR-ACIN	78	<i>eszopiclone</i>	27
ENDUR-AMIDE	78	<i>ethacrynic acid</i>	45
ENEMA READY-TO-USE	64	<i>ethambutol hydrochloride</i>	5
ENGERIX-B	40	<i>ethosuximide</i>	28
<i>enilloring</i>	52	<i>etodolac</i>	23
<i>enoxaparin sodium</i>	41	<i>etodolac er</i>	23
<i>entacapone</i>	18	<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	52
<i>entecavir</i>	7	<i>etravirine</i>	7
ENTRESTO	60	EUCRISA	73
<i>enulose</i>	44	<i>euthyrox</i>	50
ENVARSUS XR	35	EVAC	64
EPCLUSA	7	EVAMIST	54
EPIDIOLEX	28	EVENITY	34
<i>epinastine hcl</i>	66	<i>everolimus</i>	11
<i>epinephrine</i>	56	<i>everolimus</i>	35
<i>epitol</i>	28	EVOTAZ	7
		EVRYSDI	37
		<i>exemestane</i>	54
		EXKIVITY	11

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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
EXSERVAN	18	FLEBOGAMMA DIF	39
EXTAVIA	35	flecainide acetate	61
ezetimibe	57	FLEET BISACODYL	64
ezetimibe/simvastatin	57	FLEET PEDIATRIC	64
falmina	52	FLOLIPID	57
famciclovir	7	FLORASTOR	62
famotidine	62	FLORASTOR KIDS	61
FAMOTIDINE MAXIMUM STRENGTH	62	FLORASTOR SELECT IMMUNITY BOOST	62
FAMOTIDINE ORIGINAL STRENGTH	62	FLOVENT DISKUS	47
FANAPT	20	fluconazole	5
FANAPT TITRATION PACK	20	fluconazole in sodium chloride	5
FARXIGA	48	flucytosine	5
FASENRA	30	fludrocortisone acetate	47
FASENRA PEN	30	flunisolide	67
febuxostat	34	fluocinolone acetonide	67
felbamate	28	fluocinolone acetonide	73
felodipine er	59	fluocinolone acetonide body	73
FEMRING	54	fluocinolone acetonide scalp	73
fenofibrate	57	fluocinolone acetonide topical	16
fenofibrate micronized	57	fluocinonide	73
fenofibric acid dr	57	fluocinonide emulsified base	73
fentanyl	24	fluorometholone	67
fentanyl citrate	24	fluorouracil	76
fentanyl citrate oral transmucosal	24	fluoxetine dr	20
FERROUS GLUCONATE	40	fluoxetine hydrochloride	20
FERROUS SULFATE	41	fluphenazine decanoate	20
fesoterodine fumarate er	70	fluphenazine hcl	20
FETZIMA	20	fluphenazine hydrochloride	20
FETZIMA TITRATION PACK	20	flurazepam hcl	27
FEVERALL INFANTS	24	flurazepam hydrochloride	27
FEVERALL JUNIOR STRENGTH	24	flurbiprofen	24
FEXOFENADINE	39	flurbiprofen sodium	67
HYDROCHLORIDE/PSEUDOEPHEDRIN E HYDROCHLORIDE ER		flutamide	11
FIBER	64	fluticasone propionate	67
FIBER TABS	64	fluticasone propionate	73
finasteride	36	fluticasone propionate diskus	47
fingolimod	35	fluticasone propionate hfa	47
FINTEPLA	28	fluticasone propionate/salmeterol	56
finzala	52	fluticasone propionate/salmeterol diskus	56
FIRDAPSE	37	fluvastatin	57
FIRMAGON	53	fluvastatin sodium er	57
FIRVANQ	3	fluvoxamine maleate	20
flac	67	fluvoxamine maleate er	20
FLAREX	67	FML	67
flavoxate hcl	70	FML FORTE	67

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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
FOLIC ACID	78	GILOTrif	11
<i>fondaparinux sodium</i>	41	GLEOSTINE	11
<i>formoterol fumarate</i>	56	<i>glimepiride</i>	48
FORTEO	50	<i>glipizide</i>	48
<i>fosamprenavir calcium</i>	7	<i>glipizide er</i>	48
<i>fosfomycin tromethamine</i>	5	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	48
<i>fosinopril sodium</i>	60	GLOPERBA	34
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	60	GLUCAGEN HYPOKIT	49
FOTIVDA	11	GLUCAGON EMERGENCY KIT	49
FRAGMIN	41	GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	49
FREAMINE III	43	LOW BLOOD SUGAR	
<i>frovatriptan succinate</i>	17	GLUCOSE	49
FRUZAQLA	11	GLUTOSE 5	49
<i>furosemide</i>	45	<i>glyburide</i>	48
FUZEON	7	<i>glyburide micronized</i>	48
<i>fyavolv</i>	54	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	48
FYCOMPA	28	GLYCERIN ADULT	64
<i> gabapentin</i>	28	GLYCERIN ADULT	64
GALAFOLD	37	GLYCERIN INFANTS & CHILDREN	64
<i> galantamine hydrobromide</i>	55	<i>glycopyrrolate</i>	55
<i> galantamine hydrobromide er</i>	55	<i>glydo</i>	16
GAMMAGARD LIQUID	39	GLYXAMBI	48
GAMMAKED	39	GNP ALLERGY RELIEF	38
GAMMAPLEX	39	GNP ANTACID & ANTI-GAS	63
GAMUNEX-C	39	MAXIMUM STRENGTH	
GARDASIL 9	40	GNP ANTI-DIARRHEAL	62
<i> gatifloxacin</i>	68	GNP BEST FIBER	64
GATTEX	65	GNP BUDESONIDE NASAL SPRAY	67
<i> gauze pads 2"x2"</i>	69	GNP CLOTRIMAZOLE 3	71
<i> gavilyte-c</i>	64	GNP FAST ACTING DAIRY RELIEF	65
<i> gavilyte-g</i>	64	GNP FIBER POWDER	64
<i> gavilyte-n/flavor pack</i>	64	GNP GLYCERIN ADULT	64
GAVRETO	11	GNP GLYCERIN CHILD	64
<i> gefitinib</i>	11	GNP HYDROCORTISONE	74
<i> gemfibrozil</i>	57	GNP HYDROCORTISONE MAXIMUM	
GEMTESA	70	STRENGTH	
<i> generlac</i>	44	GNP HYDROGEN PEROXIDE	71
GENGRAF	35	GNP IBUPROFEN CHILDRENS	24
GENOTROPIN	50	GNP IBUPROFEN INFANTS	24
GENOTROPIN MINIQUICK	50	<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	69
<i> gentak</i>	68	<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	69
<i> gentamicin sulfate</i>	3	GNP NAPROXEN	24
<i> gentamicin sulfate</i>	68	GNP PINK BISMUTH	62
<i> gentamicin sulfate</i>	71	GNP TRIPLE ANTIBIOTIC PLUS	71
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	3	GNP VITAMIN E WATER DISPERSIBLE	79
GENVOYA	7	GNP WART REMOVER	75

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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
GOCOVRI	18	HUMALOG	48
GOODSENSE ANTACID/EXTRA STRENGTH	63	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	48
GOODSENSE ASPIRIN	24	HUMALOG KWIKPEN	48
GOODSENSE GLUCOSE	49	HUMALOG MIX 50/50	48
GOODSENSE IBUPROFEN CHILDRENS	24	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	48
GOODSENSE IBUPROFEN INFANTS	24	HUMALOG MIX 75/25	48
GOODSENSE MAGNESIUM CITRATE	64	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	48
GOODSENSE NICOTINE	56	HUMIRA	33
GOODSENSE NICOTINE GUM	56	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	33
GOODSENSE NICOTINE POLACRILEX GUM	56	HUMIRA PEN	33
<i>granisetron hydrochloride</i>	63	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	33
<i>griseofulvin microsize</i>	5	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	33
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	5	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	33
<i>guanfacine er</i>	18	HUMULIN 70/30	48
<i>guanfacine hydrochloride</i>	19	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	48
GVOKE HYPOOPEN 1-PACK	49	HUMULIN N	48
GVOKE HYPOOPEN 2-PACK	49	HUMULIN N KWIKPEN	48
GVOKE KIT	49	HUMULIN R	48
GVOKE PFS	49	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	48
GYNAZOLE-1	71	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	48
HAEGARDA	36	<i>hydralazine hcl</i>	59
<i>halcinonide</i>	74	<i>hydralazine hydrochloride</i>	59
<i>halobetasol propionate</i>	74	<i>hydrochlorothiazide</i>	45
<i>haloette</i>	52	<i>hydrocodone bitartrate er</i>	24
<i>haloperidol</i>	20	<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	24
<i>haloperidol decanoate</i>	20	<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	24
<i>haloperidol lactate</i>	20	<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	24
HARVONI	7	<i>hydrocortisone</i>	47
HAVRIX	40	HYDROCORTISONE	74
HEALTHY KIDS COD LIVER OIL/VITAMIN D	77	<i>hydrocortisone acetate/pramoxine</i>	74
<i>heparin sodium</i>	41	<i>hydrocortisone butyrate</i>	74
<i>heparin sodium/d5w</i>	41	<i>hydrocortisone valerate</i>	74
HEPATAMINE	43	<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	67
HEPLISAV-B	40	HYDROGEN PEROXIDE	71
HETLIOZ LQ	27	HYDROLATUM	75
HIBERIX	40	<i>hydromorphone hcl</i>	24
HIBICLENS	71	<i>hydromorphone hcl er</i>	24
HIZENTRA	39	<i>hydromorphone hydrochloride er</i>	24
HM ANTISEPTIC SKIN CLEANSER	71	HYDROPHILIC PETROLATUM	75
HM BACITRACIN	71	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	6
HM ENEMA MINERAL OIL	64	<i>hydroxyurea</i>	11
HM NAPROXEN SODIUM	24	<i>hydroxyzine hcl</i>	27
HORIZANT	28	<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	27
		<i>hydroxyzine pamoate</i>	27

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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
HYFTOR	76	IODINE TINCTURE STRONG	71
<i>ibandronate sodium</i>	36	DECOLORIZED	
IBRANCE	11	IPOL INACTIVATED IPV	40
<i>ibu</i>	24	<i>ipratropium bromide</i>	55
IBUPROFEN	24	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	56
<i>icatibant acetate</i>	36	<i>irbesartan</i>	60
<i>iclevia</i>	52	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	60
ICLUSIG	11	IRESSA	11
<i>icosapent ethyl</i>	57	IRON	41
IDHIFA	11	IRON POLYSACCHARIDE COMPLEX	41
ILEVRO	67	ISENTRESS	7
<i>imatinib mesylate</i>	11	ISENTRESS HD	7
IMBRUVICA	11	<i>isoniazid</i>	5
<i>imipenem/cilastatin</i>	3	ISOPROPYL ALCOHOL	71
<i>imipramine hcl</i>	20	ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL	71
<i>imipramine hydrochloride</i>	20	<i>isosorbide dinitrate</i>	60
<i>imipramine pamoate</i>	20	<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	60
<i>imiquimod</i>	76	<i>isosorbide mononitrate</i>	60
<i>imiquimod pump</i>	76	<i>isosorbide mononitrate er</i>	60
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	40	<i>isotonic gentamicin</i>	3
IMPAVIDO	6	<i>isotretinoin</i>	76
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	54	<i>isradipine</i>	59
IMVEXXY STARTER PACK	54	<i>itraconazole</i>	5
INBRIJA	18	<i>ivermectin</i>	5
INCRELEX	50	<i>ivermectin</i>	71
INCRUSE ELLIPTA	55	IWILFIN	11
<i>indapamide</i>	45	IXCHIQ	40
<i>indomethacin</i>	25	IXIARO	40
<i>indomethacin er</i>	24	JAKAFI	12
INFANRIX	39	<i>jantoven</i>	41
INGREZZA	30	JANUMET	48
INLYTA	11	JANUMET XR	48
INQOVI	11	JANUVIA	48
INREBIC	11	JARDIANCE	48
INSTACLEAN	71	JAYPIRCA	12
INTELENCE	7	JENTADUETO	48
INTRALIPID	43	JENTADUETO XR	48
INTRAROSA	47	<i>jinteli</i>	54
INTRON A	11	<i>joyeaux</i>	52
<i>introvale</i>	52	JULUCA	7
INVEGA HAFYERA	21	<i>junel 1.5/30</i>	52
INVEGA SUSTENNA	21	<i>junel 1/20</i>	52
INVEGA TRINZA	21	<i>junel fe 1.5/30</i>	52
INVELTYS	67	<i>junel fe 1/20</i>	52
IODINE TINCTURE MILD	16	<i>junel fe 24</i>	52

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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
JUXTAPIID	57	<i>k-prime</i>	45
JYLAMVO	12	KRAZATI	12
JYNNEOS	40	KRISTALOSE	44
KALYDECO	31	KYNMOBI	18
<i>kariva</i>	52	KYPROLIS	12
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	45	<i>labetalol hydrochloride</i>	58
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	45	<i>lacosamide</i>	28
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%</i>	45	LACTASE FAST ACTING	65
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	45	<i>lactated ringers</i>	46
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	45	<i>lactulose</i>	44
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	45	LAGEVRIO	7
<i>kelnor 1/35</i>	52	<i>lamivudine</i>	8
<i>kenalog-10</i>	47	<i>lamivudine/zidovudine</i>	8
KERENDIA	60	<i>lamotrigine</i>	28
KESIMPTA	35	<i>lamotrigine er</i>	28
<i>ketoconazole</i>	5	<i>lamotrigine odt</i>	28
<i>ketoconazole</i>	71	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	28
KETODAN	71	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	28
KETO-DIASTIX	32	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	28
<i>ketoprofen</i>	25	<i>lamotrigine titration</i>	28
<i>ketoprofen er</i>	25	LANOLIN ANHYDROUS	75
<i>ketorolac tromethamine</i>	67	LANREOTIDE ACETATE	51
KINERET	33	LANSINOH LANOLIN NIPPLE	16
KINRIX	39	<i>lansoprazole</i>	62
KISQALI	12	<i>lansoprazole/amoxicillin/clarithromycin</i>	62
KISQALI FEMARA 200 DOSE	54	LANTUS	48
KISQALI FEMARA 400 DOSE	54	LANTUS SOLOSTAR	48
KISQALI FEMARA 600 DOSE	54	<i>lapatinib ditosylate</i>	12
<i>klayesta</i>	16	<i>larin 1.5/30</i>	52
KLISYRI	76	<i>larin 1/20</i>	52
<i>klor-con</i>	45	<i>larin fe 1.5/30</i>	52
<i>klor-con 10</i>	46	<i>larin fe 1/20</i>	52
<i>klor-con 8</i>	46	<i>latanoprost</i>	66
<i>klor-con m10</i>	46	LAXATIVE REGULAR STRENGTH	64
<i>klor-con m15</i>	46	LAZANDA	25
<i>klor-con m20</i>	46	<i>leflunomide</i>	33
<i>klor-con/ef</i>	46	<i>lenalidomide</i>	12
KONDREMUL	64	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	12
KONSYL DAILY FIBER	64	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	12
KORLYM	48	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	12
KOSELUGO	12	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	12
<i>kourzeq</i>	16	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	12
KP FERROUS GLUCONATE	41	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	12
KP FOLIC ACID	78	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	12
KP PSEUDOEPHEDRINE HCL	56	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	12
K-PHOS	45	<i>lessina</i>	52

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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>letrozole</i>	54	<i>lisinopril</i>	60
<i>leucovorin calcium</i>	36	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	60
LEUKERAN	12	<i>lithium</i>	17
<i>leuprolide acetate</i>	53	<i>lithium carbonate</i>	18
<i>levalbuterol</i>	56	<i>lithium carbonate er</i>	17
<i>levalbuterol hcl</i>	56	LIVALO	57
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	56	LIVMARLI	65
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	56	LIVTENCITY	8
LEVEMIR	48	L-METHYLFOLATE CALCIUM	37
LEVEMIR FLEXPEN	48	LO LOESTRIN FE	52
LEVEMIR FLEXTOUCH	48	LOKELMA	44
<i>levetiracetam</i>	29	LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	55
<i>levetiracetam er</i>	29	LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	55
<i>levobunolol hcl</i>	66	LONSURF	12
<i>levocarnitine</i>	37	<i>loperamide hcl</i>	62
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	39	LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE	62
<i>levofloxacin</i>	3	LOPERAMIDE	62
<i>levofloxacin</i>	68	HYDROCHLORIDE/SIMETHICONE	
<i>levofloxacin in d5w</i>	3	<i>lopinavir/ritonavir</i>	8
<i>levonest</i>	52	LORATADINE	39
LEVONORGESTREL	52	LORATADINE CHILDRENS	39
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	52	LORATADINE-D 24HR	39
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	52	<i>lorazepam</i>	27
<i>levora 0.15/30-28</i>	52	<i>lorazepam intensol</i>	27
<i>levorphanol tartrate</i>	25	LORBRENA	12
<i>levo-t</i>	50	<i>losartan potassium</i>	60
<i>levothyroxine sodium</i>	50	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	60
<i>levoxyl</i>	50	LOTEMAX	67
LEXIVA	8	<i>loteprednol etabonate</i>	67
LICE TREATMENT CREME RINSE	71	<i>lovastatin</i>	57
<i>lidocaine</i>	74	<i>loxapine</i>	21
<i>lidocaine hcl</i>	16	<i>lubiprostone</i>	65
<i>lidocaine hcl</i>	38	LUBRICANT EYE DROPS	69
<i>lidocaine hcl jelly</i>	16	LUBRICATING EYE DROPS	69
<i>lidocaine hydrochloride</i>	16	LUBRICATING TEARS EYE DROPS	69
<i>lidocaine hydrochloride</i>	38	LUMAKRAS	12
<i>lidocaine hydrochloride</i>	74	LUMIGAN	66
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	68	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	53
<i>lidocaine viscous</i>	68	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	53
<i>lidocaine/prilocaine</i>	74	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	53
<i>linezolid</i>	3	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	53
LINZESS	65	<i>lurasidone hydrochloride</i>	21
<i>liothyronine sodium</i>	50	LYBALVI	21
LIQUID ACETAMINOPHEN	25	LYNPARZA	12
LIQUID VITAMIN C	78	LYSODREN	12
<i>lisdexamphetamine dimesylate</i>	17	LYTGOBI	12

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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
MAG-AL	63	MENSTRUAL PAIN RELIEF MULTI-SYMPOTM MAXIMUM STRENGTH	25
MAGNESIUM	46	MENTAX	71
MAGNESIUM	64	MENVEO	40
MAGNESIUM CITRATE	46	<i>mercaptopurine</i>	13
MAGNESIUM ELEMENTAL	46	<i>meropenem</i>	4
MAGNESIUM GLUCONATE	46	<i>mesalamine</i>	62
MAGNESIUM GLYCINATE	46	<i>mesalamine dr</i>	62
MAGNESIUM OXIDE	46	<i>mesalamine er</i>	62
MAGNESIUM OXIDE	63	MESNEX	36
<i>magnesium sulfate</i>	29	<i>metformin hydrochloride</i>	48
MAG-OXIDE	46	<i>metformin hydrochloride er</i>	48
<i>malathion</i>	71	<i>methadone hcl</i>	25
MAPAP	25	<i>methamphetamine hcl</i>	17
<i>maraviroc</i>	8	<i>methazolamide</i>	66
<i>marlissa</i>	52	<i>methenamine hippurate</i>	5
MARPLAN	21	<i>methenamine mandelate</i>	5
MATULANE	13	<i>methimazole</i>	50
<i>matzim la</i>	59	<i>methotrexate</i>	13
MAVYRET	8	<i>methotrexate sodium</i>	13
MAXIDEX	67	<i>methsuximide</i>	29
MAYZENT	35	<i>methylphenidate hydrochloride</i>	17
MAYZENT STARTER PACK	35	<i>methylphenidate hydrochloride cd</i>	17
MECLIZINE 25	63	<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	17
MECLIZINE HCL	63	<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	17
MECLIZINE HYDROCHLORIDE	63	<i>methylprednisolone</i>	47
<i>meclofenamate sodium</i>	25	<i>methylprednisolone acetate</i>	47
MEDROL	47	<i>methylprednisolone dose pack</i>	47
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	53	<i>metoclopramide hcl</i>	63
<i>mefenamic acid</i>	25	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	63
<i>mefloquine hcl</i>	6	<i>metoclopramide odt</i>	63
<i>megestrol acetate</i>	53	<i>metolazone</i>	45
MEKINIST	13	<i>metoprolol succinate er</i>	58
MEKTOVI	13	<i>metoprolol tartrate</i>	58
MELATONIN	37	<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	58
MELATONIN GUMMIES	37	<i>metronidazole</i>	6
MELATONIN QUICK DISSOLVE	37	<i>metronidazole</i>	71
MELATONIN TR/VITAMIN B-6	37	<i>metronidazole vaginal</i>	71
<i>meloxicam</i>	25	<i>metyrosine</i>	37
<i>memantine hcl titration pak</i>	19	<i>mexiletine hcl</i>	61
<i>memantine hydrochloride</i>	19	<i>mibelas 24 fe</i>	52
<i>memantine hydrochloride er</i>	19	<i>micafungin</i>	5
MENACTRA	40	<i>miconazole 3</i>	72
MENEST	54	MICONAZOLE 3 COMBINATION PACK	72
MENOSTAR	54	MICONAZOLE 3 COMBO PACK	72
MENQUADFI	40	MICONAZOLE 7	72

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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
MICONAZOLE NITRATE	16	MULTIVITAMIN GUMMIES ADULT	77
<i>microgestin 1.5/30</i>	52	MULTIVITAMIN INFANT/TODDLER	77
<i>microgestin 1/20</i>	52	MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE	77
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	52	MULTIVITAMIN/FLUORIDE	77
<i>microgestin fe 1/20</i>	52	MULTI-VITAMIN/FLUORIDE DROPS	77
<i>midodrine hcl</i>	56	MULTI-VITAMIN/MINERALS	77
<i>mifepristone</i>	49	<i>mupirocin</i>	72
<i>miglitol</i>	49	<i>mycophenolate mofetil</i>	35
<i> miglustat</i>	37	<i>mycophenolic acid dr</i>	35
MILK OF MAGNESIA	64	MYFEMBREE	53
MILK OF MAGNESIA CONCENTRATE	64	MYORISAN	76
MILLIPRED	47	MYRBETRIQ	70
<i>mimvey</i>	54	<i>nabumetone</i>	25
MINERAL OIL	64	<i>nadolol</i>	58
MINERAL OIL HEAVY	64	<i>nafcillin sodium</i>	4
MINERAL OIL LIGHT	75	<i>naftifine hcl</i>	72
<i>minocycline hcl</i>	4	<i>naftifine hydrochloride</i>	16
<i>minocycline hydrochloride</i>	4	<i>naftifine hydrochloride</i>	72
<i> minoxidil</i>	60	<i>naloxone hcl</i>	27
MINTOX PLUS	64	<i>naloxone hydrochloride</i>	28
<i>mirtazapine</i>	21	<i>naltrexone hcl</i>	28
<i>mirtazapine odt</i>	21	NAMZARIC	19
<i>misoprostol</i>	62	<i>naproxen</i>	25
M-M-R II	40	<i>naproxen sodium</i>	25
<i>modafinil</i>	17	<i>naproxen sodium cr</i>	25
<i> moexipril hcl</i>	60	<i>naproxen sodium er</i>	25
<i>molindone hydrochloride</i>	21	<i>naratriptan hcl</i>	17
<i> mometasone furoate</i>	67	NATACYN	68
<i> mometasone furoate</i>	74	<i>nateglinide</i>	49
<i> mondoxyne nl</i>	4	NATPARA	50
MONISTAT 3	16	NAYZILAM	29
MONISTAT 7 COMBINATION PACK	72	<i>nebivolol hydrochloride</i>	58
<i>montelukast sodium</i>	30	<i>necon 0.5/35-28</i>	52
<i>morphine sulfate</i>	25	<i>nefazodone hydrochloride</i>	21
<i>morphine sulfate er</i>	25	<i> neomycin sulfate</i>	4
MOUNJARO	49	<i> neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	68
MOVANTIK	65	<i> neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis</i>	67
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	4	<i> one</i>	
<i> hydrochloride</i>		<i> neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	67
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	4	<i> neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	68
<i> moxifloxacin hydrochloride</i>	68	<i> neomycin/polymyxin/hc</i>	68
MOZOBIL	41	<i> neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	68
MULTAQ	61	<i> neo-polycin</i>	68
MULTI VITAMIN	77	<i> neo-polycin hc</i>	67
MULTI-VIT/IRON/FLUORIDE	77	NERLYNX	13
MULTIVITAMIN CHILDRENS	77	NEUAC	72

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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	42	<i>norethindrone acetate</i>	54
NEULASTA ONPRO KIT	42	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	54
NEUPRO	18	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	52
<i>nevirapine</i>	8		
<i>nevirapine er</i>	8		
NEXLETOL	57	NORPACE CR	61
NEXLIZET	57	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	52
NIACIN	78	<i>nortrel 1/35</i>	53
<i>niacin er</i>	57	<i>nortrel 7/7/7</i>	53
NIACIN FLUSH FREE	60	<i>nortriptyline hcl</i>	21
NIACIN FLUSH FREE	77	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	21
NIACIN TIMED RELEASE	78		
NIACIN TR	78	NORVIR	8
NIACINAMIDE	78	NOURIANZ	19
NIACINAMIDE PROLONGED RELEASE	78	NOXAFILE	6
<i>niacor</i>	78	<i>np thyroid 120</i>	50
<i>nicardipine hcl</i>	59	<i>np thyroid 15</i>	50
NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM	57	<i>np thyroid 30</i>	50
NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM	57	<i>np thyroid 60</i>	50
STEP 1		<i>np thyroid 90</i>	50
NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM	57	NUBEQA	13
STEP 3		NUCALA	30
NICOTROL INHALER	57	NUEDEXTA	19
NICOTROL NS	57	NULOJIX	36
<i>nifedipine</i>	59	NUPLAZID	21
<i>nifedipine er</i>	59	NURTEC	17
NIGHTTIME SLEEP AID	27	NUTRILIPID	43
<i>nikki</i>	52	NUTRISOURCE FIBER	64
<i>nilutamide</i>	13	NUTROPIN AQ NUSPIN 10	51
<i>nimodipine</i>	59	NUTROPIN AQ NUSPIN 20	51
NINLARO	13	NUTROPIN AQ NUSPIN 5	51
<i>nisoldipine er</i>	59	NUVESSA	72
<i>nitazoxanide</i>	6	NUZYRA	4
<i>nitisinone</i>	37	<i>nyamyc</i>	72
NITRO-BID	60	NYMALIZE	59
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	5	<i>nystatin</i>	6
<i>nitrofurantoin monohydrate/macocrystals</i>	5	<i>nystatin</i>	72
<i>nitroglycerin</i>	16	<i>nystatin/trimcinolone</i>	74
<i>nitroglycerin</i>	60	<i>nystop</i>	72
<i>nitroglycerin transdermal</i>	60	OCTAGAM	39
NIVA THYROID	50	<i>octreotide acetate</i>	51
<i>nizatidine</i>	62	ODEFSEY	8
NORDITROPIN FLEXPRO	51	ODOMZO	13
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	52	OFEV	30
<i>norethindrone & ethinyl estradiol ferrous fumarate</i>	52	<i>ofloxacin</i>	4
		<i>ofloxacin</i>	68
		OGSIVEO	13
		OJJAARA	13

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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>olanzapine</i>	21	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	31
<i>olanzapine odt</i>	21		1
<i>olanzapine/fluoxetine</i>	21	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	31
<i>olmesartan medoxomil</i>	61		2
<i>olmesartan</i>	59	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	31
<i>medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>			3
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	60	ORFADIN	37
<i>olopatadine hcl</i>	66	ORGOVYX	53
<i>olopatadine hydrochloride</i>	66	ORILISSA	53
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	57	ORKAMBI	31
<i>omeprazole</i>	62	ORSERDU	13
<i>omeprazole dr</i>	62	<i>oseltamivir phosphate</i>	8
<i>omeprazole/sodium bicarbonate</i>	62	OSMOPREP	64
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	69	OSPHENA	54
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	69	OTEZLA	33
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	69	<i>oxacillin sodium</i>	4
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	69	<i>oxaprozin</i>	25
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	69	<i>oxazepam</i>	27
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	69	OXBRYTA	41
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	69	<i>oxcarbazepine</i>	29
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	69	OXERVATE	69
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	69	<i>oxiconazole nitrate</i>	72
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	69	<i>oxybutynin chloride</i>	70
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	69	<i>oxybutynin chloride er</i>	70
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	69	<i>oxycodone hcl er</i>	25
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	70	<i>oxycodone hydrochloride</i>	26
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	70	<i>oxycodone hydrochloride er</i>	26
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	70	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	26
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	70	OXYCONTIN	26
<i>OMNITROPE</i>	51	<i>oxymorphone hydrochloride</i>	26
<i>ondansetron hcl</i>	63	<i>oxymorphone hydrochloride er</i>	26
<i>ondansetron hydrochloride</i>	63	<i>oxymorphone hydrochlorideer</i>	26
<i>ondansetron odt</i>	63	OZEMPIC	49
ONGENTYS	18	<i>paclitaxel</i>	13
ONUREG	13	PAIN RELIEF EXTRA	26
OPDIVO	13	STRENGTH/ADULT	
<i>opium</i>	62	<i>paliperidone er</i>	21
<i>opium tincture</i>	62	PANRETIN	76
OPSUMIT	31	<i>pantoprazole sodium</i>	62
OPVEE	28	PANZYGA	39
<i>oralone dental paste</i>	74	<i>paricalcitol</i>	79
ORENCIA	33	<i>paramomycin sulfate</i>	6
ORENCIA CLICKJECT	33	<i>paroxetine</i>	21
ORENITRAM	31	<i>paroxetine hcl</i>	21
		<i>paroxetine hcl er</i>	21
		<i>paroxetine hydrochloride</i>	21

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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
PASER	5	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	49
PAXLOVID	8	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	49
<i>pazopanib hydrochloride</i>	13	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	4
PEDIARIX	40	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	13
PEDVAX HIB	40	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	13
<i>peg-3350/electrolytes</i>	64	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	13
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	65	<i>pirfenidone</i>	30
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	65	<i>piroxicam</i>	26
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic</i>	65	<i>pitavastatin calcium</i>	58
PEGASYS	8	PLEGRIDY	35
PEMAZYRE	13	PLEGRIDY STARTER PACK	35
PENBRAYA	40	PLENAMINE	43
<i>penciclovir</i>	72	<i>plerixafor</i>	42
<i>penicillamine</i>	38	<i>podofilox</i>	16
<i>penicillin g potassium</i>	4	<i>podofilox</i>	76
<i>penicillin g potassium in iso-osmotic dextrose</i>	4	<i>polycin</i>	68
<i>penicillin g sodium</i>	4	POLYETHYLENE GLYCOL	65
<i>penicillin v potassium</i>	4	POLYETHYLENE GLYCOL 3350	65
PENTACEL	40	<i>polymyxin b sulfate(trimethoprim sulfate)</i>	68
<i>pentamidine isethionate</i>	6	POMALYST	13
<i>pentoxifylline er</i>	42	<i>portia-28</i>	53
<i>perindopril erbumine</i>	61	<i>posaconazole</i>	6
<i>periogard</i>	68	<i>posaconazole dr</i>	6
<i>permethrin</i>	72	<i>potassium chloride</i>	46
<i>perphenazine</i>	21	<i>potassium chloride er</i>	46
<i>perphenazine/amitriptyline</i>	21	<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride</i>	46
PERSERIS	21	<i>potassium citrate er</i>	42
PETROLATUM	75	POVIDONE-IODINE	72
<i>phenelzine sulfate</i>	21	PRALUENT	58
<i>phenobarbital</i>	27	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	18
<i>phenoxybenzamine hydrochloride</i>	55	<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	18
<i>phenytek</i>	29	<i>prasugrel</i>	41
<i>phenytoin</i>	29	<i>pravastatin sodium</i>	58
<i>phenytoin sodium extended</i>	29	<i>praziquantel</i>	5
PHOSPHOLINE IODIDE	66	<i>prazosin hydrochloride</i>	58
PHYTONADIONE	77	PRED MILD	68
PIFELTRO	8	<i>prednicarbate</i>	74
<i>pilocarpine hcl</i>	66	<i>prednisolone</i>	47
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	55	<i>prednisolone acetate</i>	68
<i>pimecrolimus</i>	76	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	47
<i>pimozone</i>	21	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	68
<i>pindolol</i>	58	<i>prednisolone sodium phosphate odt</i>	47
<i>pioglitazone hcl</i>	49	<i>prednisone</i>	47
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	49	<i>pregabalin</i>	29
		<i>pregabalin er</i>	26

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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
PREHEVBRIO	40	<i>propranolol hydrochloride er</i>	58
PREMARIN	54	<i>propylthiouracil</i>	50
PREMASOL	44	PROQUAD	40
<i>premium lidocaine</i>	75	PROSOL	44
PREMPHASE	54	<i>protriptyline hcl</i>	21
PREMPRO	54	PSEUDOEPHEDRINE HCL ER	56
PRENATAL	77	PSEUDOEPHEDRINE	56
PRENATAL FORMULA	77	HYDROCHLORIDE	
<i>prevalite</i>	58	PSYLLIUM FIBER	65
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS	34	PULMOZYME	31
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	34	PURIXAN	13
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	32	PYLERA	62
<i>PREVYMIS</i>	8	<i>pyrazinamide</i>	5
PREZCOBIX	8	<i>pyridostigmine bromide</i>	55
PREZISTA	8	<i>pyridostigmine bromide er</i>	55
PRIFTIN	5	<i>pyrimethamine</i>	6
<i>primaquine phosphate</i>	6	PYRUKYND	41
<i>primidone</i>	29	PYRUKYND TAPER PACK	41
PRIORIX	40	QC ARTIFICIAL TEARS	69
PRIVIGEN	39	QINLOCK	13
PROAIR RESPICLICK	56	QUADRACEL	39
<i>probenecid</i>	44	<i>quetiapine fumarate</i>	21
<i>probenecid/colchicine</i>	44	<i>quetiapine fumarate er</i>	21
<i>prochlorperazine</i>	21	<i>quinapril hydrochloride</i>	61
<i>prochlorperazine edisylate</i>	21	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	61
<i>prochlorperazine maleate</i>	21	<i>quinidine gluconate cr</i>	61
PROCRT	42	<i>quinidine sulfate</i>	61
PROCTOFOAM HC	16	<i>quinine sulfate</i>	6
<i>procto-med hc</i>	74	QVAR REDIHALER	47
<i>procto-pak</i>	74	RABAVERT	40
<i>proctosol hc</i>	74	<i>rabeprazole sodium</i>	62
<i>protozone-hc</i>	74	RADICAVA ORS	19
<i>progesterone</i>	54	RADICAVA ORS STARTER KIT	19
PROGRAF	36	<i>raloxifene hydrochloride</i>	54
PROLASTIN-C	31	<i>ramelteon</i>	27
PROLENSA	68	<i>ramipril</i>	61
PROLIA	36	<i>ranolazine er</i>	61
PROMACTA	42	<i>rasagiline mesylate</i>	18
<i>promethazine hcl</i>	38	RASUVO	33
<i>promethazine hydrochloride</i>	38	RAYALDEE	79
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	38	REBIF	35
<i>propafenone hcl</i>	61	REBIF REBIDOSE	35
<i>propafenone hydrochloride er</i>	61	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	35
<i>propranolol hcl</i>	58	REBIF TITRATION PACK	35
<i>propranolol hcl er</i>	58	RECOMBIVAX HB	40
<i>propranolol hydrochloride</i>	58	RECTIV	76

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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
REESES PINWORM MEDICINE	5	<i>ropinirole hcl</i>	18
REGRANEX	76	<i>ropinirole hydrochloride</i>	18
REGULOID	65	<i>rosadan</i>	72
RELENZA DISKHALER	8	<i>rosuvastatin calcium</i>	58
RELISTOR	65	ROTARIX	40
RELYVRIOS	19	ROTATEQ	40
RENAL CAPS	77	<i>roweepra</i>	29
<i>repaglinide</i>	49	ROZLYTREK	13
REPATHA	58	RUBRACA	14
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	58	<i>rufinamide</i>	29
REPATHA SURECLICK	58	RUKOBIA	8
RESTASIS	68	RYBELSUS	49
RESTASIS MULTIDOSE	68	RYDAPT	14
RETACRIT	42	RYTARY	18
RETEVMO	13	SAIZEN	51
RETIN-A MICRO	32	SAJAZIR	36
RETIN-A MICRO PUMP	75	<i>salsalate</i>	26
REVCovi	42	SANTYL	76
REVLIMID	13	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	37
REXULTI	22	SAVELLA	18
REYATAZ	8	SAVELLA TITRATION PACK	18
REZLIDHIA	13	SCEMBLIX	14
REZUROCK	37	<i>scopolamine</i>	63
RHOPRESSA	66	SECUADO	22
<i>ribavirin</i>	8	<i>selegiline hcl</i>	18
RIBOFLAVIN	78	<i>selenium sulfide</i>	72
RIDAURA	42	SELZENTRY	8
<i>rifabutin</i>	5	SENNA	65
<i>rifampin</i>	5	SENNA PLUS	65
<i>riluzole</i>	19	SENNA-S	65
<i>rimantadine hydrochloride</i>	8	SEREVENT DISKUS	56
RINVOQ	33	SEROSTIM	51
<i>risedronate sodium</i>	36	<i>sertraline hcl</i>	22
<i>risedronate sodium dr</i>	36	<i>sertraline hydrochloride</i>	22
RISPERDAL CONSTA	22	<i>sevelamer carbonate</i>	44
<i>risperidone</i>	22	<i>sevelamer hydrochloride</i>	44
<i>risperidone er</i>	22	<i>sharobel</i>	53
<i>risperidone odt</i>	22	SHINGRIX	40
<i>ritonavir</i>	8	SIGNIFOR	51
<i>rivastigmine tartrate</i>	55	<i>sildenafil citrate</i>	60
<i>rivastigmine transdermal system</i>	55	<i>silodosin</i>	55
<i>rizatriptan benzoate</i>	17	<i>silver sulfadiazine</i>	72
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	17	SIMBRINZA	67
ROCKLATAN	66	SIMETHICONE	63
<i>roflumilast</i>	31	SIMETHICONE DROPS INFANTS	63
<i>ropinirole er</i>	18	SIMETHICONE ULTRA STRENGTH	63

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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
SIMPLE SYRUP	40	<i>spironolactone</i>	61
<i>simvastatin</i>	58	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	61
<i>sirolimus</i>	36	SPRITAM	29
SIRTURO	5	SPRYCEL	14
SIVEXTRO	4	<i>sps</i>	44
SKYRIZI	65	<i>ssd</i>	72
SKYRIZI PEN	76	STAMARIL	40
SLEEP AID	27	STELARA	76
SLEEP-AID	27	sterile water for irrigation	46
SM ALCOHOL	72	STIOLTO RESPIMAT	55
SM ANTI-DIARRHEAL	62	STIVARGA	14
SM CLOTRIMAZOLE VAGINAL	72	STOMACH RELIEF	62
SM LICE TREATMENT	72	STOMACH RELIEF EXTRA STRENGTH	62
SM LORATADINE D 12HR	39	STOOL SOFTENER	65
SM MICONAZOLE 3	72	<i>streptomycin sulfate</i>	4
SM TRIPLE ANTIBIOTIC PLUS	72	STRIBILD	8
MAXIMUM STRENGTH		STRIVERDI RESPIMAT	56
SODIUM BICARBONATE	64	SUBSYS	26
SODIUM CHLORIDE	31	<i>subvenite</i>	29
<i>sodium chloride</i>	46	<i>subvenite starter kit/blue</i>	29
<i>sodium chloride 0.45%</i>	46	<i>subvenite starter kit/green</i>	29
<i>sodium chloride 0.9%</i>	46	<i>subvenite starter kit/orange</i>	29
SODIUM FLUORIDE	34	SUCRAID	42
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	34	<i>sucralfate</i>	62
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	34	<i>sulfacetamide sodium</i>	68
SODIUM FLUORIDE 5000 PPM	32	<i>sulfacetamide sodium</i>	72
ENAMEL PROTECT		<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	68
<i>sodium oxybate</i>	19	<i>phosphate</i>	
<i>sodium phenylbutyrate</i>	44	<i>sulfadiazine</i>	4
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	44	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	4
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	65	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	4
<i>solifenacin succinate</i>	70	SULFAMYLYON	72
SOLOSEC	6	<i>sulfasalazine</i>	4
SOLTAMOX	54	<i>sulindac</i>	26
SOLUBLE FIBER	65	<i>sumatriptan</i>	17
SOLU-CORTEF	47	<i>sumatriptan succinate</i>	17
SOMATULINE DEPOT	51	<i>sumatriptan succinate refill</i>	17
SOMAVERT	51	<i>sunitinib malate</i>	14
<i>sorafenib</i>	14	SUNLENCA	8
<i>sorafenib tosylate</i>	14	SUNOSI	17
<i>sorine</i>	58	SUPRAX	4
<i>sotalol hcl</i>	58	SYMDEKO	32
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	58	SYMLINPEN 120	49
SPIRIVA RESPIMAT	55	SYMLINPEN 60	49
		SYMPAZAN	29
		SYMTUZA	8

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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
SYNAREL	53	<i>terbutaline sulfate</i>	56
SYNJARDY	49	<i>terconazole</i>	72
SYNJARDY XR	49	<i>teriflunomide</i>	35
SYNRIBO	14	<i>teriparatide</i>	50
SYNTROID	50	<i>testosterone</i>	51
TABLOID	14	<i>testosterone cypionate</i>	51
TABRECTA	14	<i>testosterone enanthate</i>	51
<i>tacrolimus</i>	36	<i>testosterone pump</i>	51
<i>tacrolimus</i>	76	<i>tetrabenazine</i>	30
<i>tadalafil</i>	60	<i>tetracycline hydrochloride</i>	4
TAFINLAR	14	THALOMID	35
<i>tafluprost</i>	67	<i>theophylline</i>	70
TAGRISSO	14	<i>theophylline er</i>	70
TALZENNA	14	THIOLA EC	37
<i>tamoxifen citrate</i>	54	<i>thioridazine hcl</i>	22
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	56	<i>thiothixene</i>	22
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	53	THYQUIDITY	50
TASIGNA	14	THYROID	50
<i>tasimelteon</i>	27	<i>tiadylt er</i>	59
TAVALISSE	41	<i>tiagabine hydrochloride</i>	29
TAVNEOS	36	TIBSOVO	14
<i>taysofy</i>	53	TICOVAC	40
<i>tazarotene</i>	76	<i>timolol maleate</i>	58
<i>tazicef</i>	4	<i>timolol maleate</i>	67
TAZORAC	76	<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	67
<i>taztia xt</i>	59	<i>tinidazole</i>	6
TAZVERIK	14	<i>tiopronin</i>	37
<i>tdvax</i>	39	TIROSINT-SOL	50
<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"</i>	70	TIVICAY	9
<i>techlite pen needles 29g x 10mm</i>	70	TIVICAY PD	9
TEFLARO	4	<i>tizanidine hcl</i>	57
TEGSEDI	36	<i>tizanidine hydrochloride</i>	57
TEKTURNA HCT	61	TOBI PODHALER	4
<i>telmisartan</i>	61	TOBRADEX	68
<i>telmisartan/amlodipine</i>	59	TOBRADEX ST	68
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	61	<i>tobramycin</i>	4
<i>temazepam</i>	27	<i>tobramycin</i>	69
TEMIXYS	8	<i>tobramycin sulfate</i>	4
TENIVAC	39	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	68
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	9	TOLNAFTATE	72
TENSION HEADACHE	26	TOLNAFTATE ANTIFUNGAL	72
TEPMETKO	14	<i>tolterodine tartrate</i>	70
<i>terazosin hcl</i>	58	<i>tolterodine tartrate er</i>	70
<i>terazosin hydrochloride</i>	58	<i>topiramate</i>	29
<i>terbinafine hcl</i>	6	<i>topiramate er</i>	29
		<i>toremifene citrate</i>	54

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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>torsemide</i>	45	TRIPLE ANTIBIOTIC	72
TOUJEO MAX SOLOSTAR	49	<i>tri-sprintec</i>	53
TOUJEO SOLOSTAR	49	TRITOCIN	74
TOVET	74	TRIUMEQ	9
TRACLEER	31	TRIUMEQ PD	9
TRADJENTA	49	<i>trivora-28</i>	53
<i>tramadol hcl er</i>	26	TRIZIVIR	9
<i>tramadol hydrochloride</i>	26	TROPHAMINE	44
<i>tramadol hydrochloride er</i>	26	<i>trospium chloride</i>	70
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	26	<i>trospium chloride er</i>	70
<i>trandolapril</i>	61	<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x</i>	70
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	59	<i>1/2"</i>	
<i>tranexamic acid</i>	41	<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	70
<i>tranylcyprromine sulfate</i>	22	TRULICITY	49
TRAVASOL	44	TRUMENBA	40
<i>travoprost</i>	67	TRUQAP	14
<i>trazodone hydrochloride</i>	22	TRUSELTIQ	15
TRECATOR	5	TUKYSA	15
TRELEGY ELLIPTA	47	TURALIO	15
TRELSTAR MIXJECT	53	<i>turqoz</i>	53
TRESIBA	49	TWINRIX	40
TRESIBA FLEXTOUCH	49	<i>tyblume</i>	53
<i>tretinoin</i>	14	TYBOST	37
<i>tretinoin</i>	75	TYMLOS	50
<i>tretinoin microsphere</i>	32	TYPHIM VI	40
<i>tretinoin microsphere</i>	75	UBRELVY	17
TREXALL	14	UCERIS	74
<i>triamcinolone acetonide</i>	47	UDENYCA	42
TRIAMCINOLONE ACETONIDE	68	UDENYCA ONBODY	42
<i>triamcinolone acetonide</i>	74	<i>unithroid</i>	50
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	74	UPTRAVI	31
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	45	UPTRAVI TITRATION PACK	31
TRIANEX	74	URO MAG	64
<i>triazolam</i>	27	<i>ursodiol</i>	63
TRI-BUFFERED ASPIRIN	27	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	9
<i>triderm</i>	74	VALCHLOR	76
<i>trientine hydrochloride</i>	38	<i>valganciclovir</i>	9
<i>trifluoperazine hcl</i>	22	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	9
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	22	<i>valproic acid</i>	29
<i>trifluridine</i>	69	<i>valsartan</i>	61
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	18	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	61
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	18	VALTOCO 10 MG DOSE	29
TRIKAFTA	32	VALTOCO 15 MG DOSE	29
<i>trimethoprim</i>	5	VALTOCO 20 MG DOSE	29
<i>trimipramine maleate</i>	22	VALTOCO 5 MG DOSE	29
TRINTELLIX	22	<i>vancomycin</i>	4

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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>vancomycin hcl</i>	4	VITAMIN B-12	78
<i>vancomycin hydrochloride</i>	4	VITAMIN B-2	78
VANFLYTA	15	VITAMIN B6	78
VAQTA	40	VITAMIN B-6	78
<i>varenicline starting month box</i>	57	VITAMIN B-COMPLEX 100	78
<i>varenicline tartrate</i>	57	VITAMIN C	77
VARIVAX	40	VITAMIN C	79
VARIZIG	39	VITAMIN C GUMMIES	79
VASCEPA	58	VITAMIN C TR	79
<i>velivet</i>	53	VITAMIN C-500 TIMED RELEASE	79
VELPHORO	44	VITAMIN D	79
VELTASSA	44	VITAMIN D (ERGOCALCIFEROL)	79
VEMLIDY	9	VITAMIN D INFANT	79
VENCLEXTA	15	VITAMIN D2	79
VENCLEXTA STARTING PACK	15	VITAMIN D3	79
<i>venlafaxine besylate er</i>	22	VITAMIN D-3	79
<i>venlafaxine hcl er</i>	22	VITAMIN D3 400	79
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	22	VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH	79
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	22	VITAMIN E	79
VENTAVIS	31	VITAMIN K1	77
<i>verapamil hcl</i>	59	VITAMINS A & D	77
<i>verapamil hcl er</i>	59	VITRAKVI	15
<i>verapamil hcl sr</i>	59	VIVITROL	28
<i>verapamil hydrochloride</i>	59	VIZIMPRO	15
<i>verapamil hydrochloride er</i>	59	VONJO	15
VERQUVO	60	voriconazole	6
VERSACLOZ	22	VOSEVI	9
VERZENIO	15	VOTRIENT	15
VIBRAMYCIN	4	VOXZOGO	37
VICTOZA	49	VRAYLAR	22
<i>vigabatrin</i>	29	VUMERTY	35
<i>vigadron</i>	29	<i>vyfemla</i>	53
<i>vigpoder</i>	29	VYNDAMAX	37
VIIBRYD STARTER PACK	22	VYNDAQEL	38
VIJOICE	37	VYVANSE	17
<i>vilazodone hydrochloride</i>	22	VYZULTA	67
VIRACEPT	9	<i>warfarin sodium</i>	41
VIREAD	9	WART REMOVER MAXIMUM	75
VITA-C	78	STRENGTH	
VITAMIN A	78	WELIREG	15
VITAMIN A & D	75	WHITE PETROLATUM	75
VITAMIN A PALMITATE	78	WHITE PETROLEUM JELLY	75
VITAMIN B 12	78	WINLEVI	76
VITAMIN B COMPLEX	78	<i>wixela inhub</i>	56
VITAMIN B1	78	XALKORI	15
VITAMIN B-1	78	XARELTO	41

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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
XARELTO STARTER PACK	41	ZINC	77
XATMEP	15	ZINC OXIDE	75
XCOPRI	29	ziprasidone hcl	22
XDEMVY	69	ziprasidone mesylate	22
XELJANZ	34	ZIRGAN	69
XELJANZ XR	34	zoledronic acid	36
XENLETA	4	ZOLINZA	16
XERMELO	62	zolmitriptan	17
XGEVA	36	zolmitriptan odt	17
XIFAXAN	5	zolpidem tartrate	27
XIGDUO XR	49	zolpidem tartrate er	27
XOFLUZA	9	ZOMACTON	51
XOLAIR	31	ZONISADE	29
XOSPATA	15	zonisamide	29
XPOVIO	15	ZORBTIVE	51
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	15	ZOSYN	5
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	15	zovia 1/35	53
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	15	ZTALMY	29
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	15	ZURZUVAE	22
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	15	ZYDELIG	16
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	15	ZYKADIA	16
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	15	ZYLET	68
XTANDI	15	ZYPREXA RELPREVV	22
xulane	53		
XYOSTED	51		
yargesa	38		
YERVOY	15		
YF-VAX	40		
YONSA	15		
YUPELRI	55		
yuvaferm	54		
zafemy	53		
zafirlukast	30		
zaleplon	27		
ZARXIO	42		
ZEJULA	15		
ZELBORAF	16		
ZENATANE	76		
ZENPEP	65		
ZEPOSIA	35		
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	35		
ZEPOSIA STARTER KIT	35		
ZERBAXA	5		
zidovudine	9		
ZIEXTENZO	42		
zileuton er	30		

ID de formulario: 24523, Versión: 10, Fecha efectiva: 04/01/2024

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



2024

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite TuftsHealthOneCare.org.