

2025

Tufts Health One Care
(Medicare-Medicaid Plan)

Lista de Medicamentos Cubiertos 2025

(Lista de medicamentos o formulario)

Formulary File Submission ID: 25504, Version 18
Updated on 12/01/2025

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.



a **Point32Health** company

H7419_LOCD25_Accepted

10012024

LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY



a Point32Health company

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: OCRCoordinator@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 <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>. [TuftsHealthOneCare.org](https://www.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 Cantonese: 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 الهواتف النصية (TTY): 711)، على مدار سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا 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 निःशुल्क 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 निःशुल्क 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 ouwa 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: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນການສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບນາຍພາສາ, ພາຍໃຕ້ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 855-393-3154 (TTY: 711), ເຈັດມື້ຕໍ່ອາທິດ, ຈາກ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ເຮົາມີຄົນທີ່ເວົ້າລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

Cambodian: យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 855-393-3154 (TTY: 711) ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 ល្ងាច។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Tufts Health One Care | *Lista de medicamentos cubiertos para 2025 (Lista de medicamentos o 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	ii
B. Preguntas frecuentes (FAQ)	iii
B1. ¿Qué medicamentos de receta se encuentran en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Llamamos “ <i>Lista de medicamentos</i> ” a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> para abreviar.)	iii
B2. ¿La <i>Lista de medicamentos</i> cambia alguna vez?	iv
B3. ¿Qué sucederá cuando haya un cambio en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	v
B4. ¿La cobertura de medicamentos tiene alguna restricción o límite, o hay que hacer algo en particular para obtener ciertos medicamentos?	vi
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si tengo que hacer algo para obtenerlo?	vii
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 <i>Lista de medicamentos</i> ?	viii
B8. ¿Qué pasará si el medicamento que quiero tomar no está en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	viii

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.

12/01/2025



B9. ¿Qué pasará si soy un miembro nuevo de Tufts Health One Care y no puedo encontrar mi medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> o tengo problemas para obtener mi medicamento?	ix
B10. ¿Puedo pedir al plan que haga una excepción para cubrir mi medicamento?	x
B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?	x
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?	x
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	xi
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	xi
B15. ¿Qué son los medicamentos de venta sin receta médica (OTC)?	xi
B16. ¿Tufts Health One Care cubre algún producto de venta sin receta médica que no sea un medicamento?	xii
B17. ¿Tufts Health One Care cubre suministros de recetas a largo plazo?	xii
B18. ¿Puedo hacer que envíen los medicamentos de receta a mi casa desde mi farmacia local?	xii
B19. ¿Cuánto es mi copago?	xii
B20. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	xii
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	xiii
C1. Medicamentos agrupados por tipos de enfermedades	xv
D. Índice de medicamentos cubiertos	72

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 salud que tiene contrato con Medicare y MassHealth (Medicaid) para proporcionar los beneficios de los dos 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.

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.



- ❖ 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.
- ❖ 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.
- ❖ Este documento está disponible de manera gratuita en Inglés, Español, Camboyano, Chino, Criollo Haitiano, Laosiano, Portugués, Ruso, y Vietnamita.
- ❖ 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.

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* en la sección C 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 médicamente necesario para usted, y

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 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.

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.



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. Las actualizaciones de la *Lista de medicamentos* se publican cada mes en nuestro sitio web.
- 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:

- **Sustitutos de nuevas versiones de medicamentos.** Podemos eliminar inmediatamente los medicamentos de la *Lista de medicamentos* si los reemplazamos con ciertas versiones de ese medicamento, pero su gasto para el medicamento nuevo seguirá siendo el mismo. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento, podemos también decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original 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.
 - Podemos hacer estos cambios solo si el medicamento que agregamos:
 - Es una nueva versión genérica de un medicamento de marca o
 - Es una cierta versión biosimilar nueva de productos biológicos originales de la *Lista de medicamentos* (por ejemplo, si agregamos un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original sin una receta nueva).
 - Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la Sección B14.
 - 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 eficaz, o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado,

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.



podemos eliminarlo inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Le enviaremos un aviso después de hacer el 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.
- Eliminamos un medicamento de marca de la *Lista de medicamentos* al agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, o
- eliminamos un producto biológico original al agregar un biosimilar, 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.

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.



- **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 proveedor 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 su 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 sección C. 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 enviemos 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.

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

La tabla de medicamentos en la sección C tiene una columna llamada “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso”.

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.



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” en la sección C. 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.

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.

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.



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 temporariamente 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 de 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.

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

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.

12/01/2025



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. a 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.

B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?

Para pedir una excepción, llame a Servicios al miembro. Un representante de 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?

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. 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

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.



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

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.

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 suelen funcionar igual de bien. En general, no tienen marcas tan conocidas. Los medicamentos genéricos son aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. En general, los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por los medicamentos de marca en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, según las leyes de cada estado.

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

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

Cuando hablamos de medicamentos, esto puede hacer referencia a un fármaco o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos comunes. Es por esto que, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas que se denominan biosimilares. En general, los biosimilares funcionan igual de bien que los productos biológicos originales y pueden costar menos. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes de cada estado, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

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

B15. ¿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.

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.



B16. ¿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.

B17. ¿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.

B18. ¿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.

B19. ¿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.

B20. ¿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.

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.



- 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 sección D. 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 a continuación.

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 la persona que le receta sus medicamentos no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar.

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.



- 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*.



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.

12/01/2025

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 educativo 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 antidemencia.....	3
Agentes antiespásticos.....	3
Agentes antiyaquecosos	3
Agentes antimiasténicos	4
Agentes antiparkinsonianos	4
Agentes cardiovasculares	4
Agentes de antigout	9
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal	9
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas	9
Agentes del sistema nervioso central	10
Agentes del trastorno del sueño	12
Agentes dentales y orales	12
Agentes dermatológicos	13
Agentes gastrointestinales.....	16
Agentes genitourinarios.....	19
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis).....	19
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)	20
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)	22
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)	23
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides).....	24
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria).....	24
Agentes inmunológicos	24
Agentes oftálmicos	28
Agentes para la bipolaridad.....	31
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción	31
Agentes para vías respiratorias/pulmonares.....	32
Agentes Terapéuticos, Misceláneos	36
Agentes óticos.....	37
Analgésicos	38
Anestésicos.....	41
Ansiolíticos	41
Antibacterianos	42
Anticonvulsivos	45
Antidepresivos	47
Antidepressants.....	48
Antieméticos	49
Antimicobacterianos.....	49
Antimicóticos	50
Antineoplásicos.....	51
Antiparasitarios	56
Antipsicóticos	57
Antivírico	59
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas	62

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Productos y modificadores sanguíneos	67
Reguladores de la glucemia	68
Relajantes musculares esqueléticos	70
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento	70

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
Agentes antidemencia		
<i>Agentes antidemencia, otros</i>		
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	2	
NAMZARIC	3	
<i>Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)</i>		
<i>memantine hcl titration pak</i>	2	
<i>memantine hydrochloride er</i>	2	
<i>memantine hydrochloride soln, tabs</i>	2	
<i>Inhibidores de la colinesterasa</i>		
<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>rivastigmine tartrate</i>	2	
<i>rivastigmine transdermal system</i>	2	
Agentes antiespásticos		
<i>Agentes antiespásticos</i>		
<i>baclofen</i>	2	
<i>dantrolene sodium</i>	2	
<i>tizanidine hcl</i>	2	
<i>tizanidine hydrochloride</i>	2	
Agentes antiyaquecosos		
<i>Agonista de receptores de serotonina (5-HT)</i>		
<i>naratriptan hcl</i>	2	
<i>rizatriptan benzoate</i>	2	
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	2	
<i>sumatriptan succinate refill inj 6mg/0.5ml</i>	2	
<i>sumatriptan succinate inj, tabs</i>	2	
<i>sumatriptan soln</i>	2	
<i>Alcaloides del cornezuelo</i>		
<i>dihydroergotamine mesylate soln</i>	2	QL(8 ML por 30 días); NEDS SP
<i>ergotamine tartrate/cafeine</i>	2	
<i>Antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene</i>		
AIMOVIG	3	QL(1 ML por 30 días); PA
EMGALITY INJ 120MG/ML	3	QL(2 ML por 30 días); PA
EMGALITY INJ 100MG/ML	3	QL(3 ML por 30 días); PA

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
NURTEC	3	PA
UBRELVY	3	PA
Profiláctico		
<i>timolol maleate tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
Agentes antimiasténicos		
Parasimpaticomiméticos		
<i>pyridostigmine bromide er tbc</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide tabs 60mg</i>	2	
Agentes antiparkinsonianos		
Agentes antiparkinsonianos, otros		
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	2	
<i>entacapone</i>	2	
Agonistas de la dopamina		
<i>bromocriptine mesylate caps, tabs</i>	2	
KYNMOBI	3	NEDS SP
<i>pramipexole dihydrochloride</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	
Anticolinérgicos		
<i>benztropine mesylate tabs</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hcl soln</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	2	
Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate tabs</i>	2	
<i>selegiline hcl caps, tabs</i>	2	
Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos		
<i>carbidopa/levodopa</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa er tbc</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	2	
<i>carbidopa tabs</i>	2	
Agentes cardiovasculares		
Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa		
<i>prazosin hydrochloride caps</i>	2	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		
<i>acebutolol hydrochloride</i>	2	
<i>atenolol tabs</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>carvedilol</i>	2	
<i>labetalol hydrochloride tabs 100mg, 200mg, 300mg</i>	2	
<i>metoprolol succinate er</i>	2	
<i>metoprolol tartrate tabs</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nadolol tabs 20mg, 40mg, 80mg</i>	2	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	2	
<i>pindolol tabs</i>	2	
<i>propranolol hcl soln 40mg/5ml</i>	2	
<i>propranolol hcl tabs 40mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride er</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride soln</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	2	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate tabs</i>	2	
<i>felodipine er</i>	2	
<i>nifedipine er</i>	2	
<i>nimodipine caps</i>	2	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
<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</i>	2	
<i>diltiazem hcl er tb24 300mg, 360mg, 420mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl tabs 30mg, 60mg</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, 90mg</i>	2	
<i>matzim la</i>	2	
<i>taztia xt</i>	2	
<i>tiadylt er</i>	2	
<i>verapamil hcl er cp24 100mg, 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	2	
<i>verapamil hcl er tbc 120mg</i>	2	
<i>verapamil hcl sr cp24</i>	2	
<i>verapamil hcl tabs 40mg, 80mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride er cp24</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride er tbc 180mg, 240mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride sr cp24 360mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride tabs 120mg</i>	2	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>aliskiren</i>	2	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	2	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	2	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	2	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg; 160mg, 10mg; 25mg; 160mg, 5mg; 12.5mg; 160mg, 5mg; 25mg; 160mg</i>	2	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	2	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	2	
CORLANOR	3	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	2	
ENTRESTO	3	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>ivabradine hydrochloride</i>	2	
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>metyrosine</i>	2	NEDS SP
NIACIN FLUSH FREE CAPS 500MG	4	EC
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>pentoxifylline er</i>	2	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>ranolazine er</i>	2	
<i>sacubitril/valsartan</i>	2	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	2	
TEKTRNA HCT TABS 150MG; 12.5MG, 300MG; 12.5MG, 300MG; 25MG	3	
<i>telmisartan/amlodipine</i>	2	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	2	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide caps 25mg; 37.5mg</i>	2	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tabs</i>	2	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	2	
Agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine</i>	2	
<i>clonidine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>droxidopa</i>	2	PA; NEDS SP
<i>midodrine hydrochloride</i>	2	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil</i>	2	
<i>irbesartan</i>	2	
<i>losartan potassium tabs</i>	2	
<i>olmesartan medoxomil tabs</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>telmisartan</i>	2	
<i>valsartan tabs</i>	2	
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides		
<i>eplerenone</i>	2	
KERENDIA	3	PA
<i>spironolactone tabs</i>	2	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hydrochloride tabs</i>	2	
<i>digitek tabs 0.125mg, 0.25mg</i>	2	
<i>digoxin oral soln</i>	2	
<i>digoxin inj 0.25mg/ml</i>	2	
<i>digoxin tabs 125mcg, 250mcg</i>	2	
<i>dofetilide</i>	2	
<i>flecainide acetate</i>	2	
<i>mexiletine hydrochloride caps</i>	2	
MULTAQ	3	
<i>propafenone hcl</i>	2	
<i>propafenone hydrochloride</i>	2	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	2	
<i>quinidine gluconate cr</i>	2	
<i>quinidine gluconate er</i>	2	
<i>quinidine sulfate tabs</i>	2	
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol hcl tabs 120mg, 160mg, 240mg</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride tabs 80mg</i>	2	
Dislipidémicos, derivados del ácido fibríco		
<i>fenofibrate micronized caps 134mg, 200mg, 67mg</i>	2	
<i>fenofibrate caps 130mg, 150mg, 43mg, 50mg</i>	2	
<i>fenofibrate tabs 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	2	
<i>fenofibric acid dr</i>	2	
<i>gemfibrozil tabs</i>	2	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium</i>	2	
FLOLIPID	3	
<i>fluvastatin</i>	2	
<i>fluvastatin sodium er</i>	2	
<i>lovastatin tabs</i>	2	
<i>pitavastatin calcium</i>	2	
<i>pravastatin sodium</i>	2	
<i>rosuvastatin calcium tabs</i>	2	
<i>simvastatin tabs</i>	2	
Dislipidémicos, otros		

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cholestyramine light</i>	2	
<i>cholestyramine pack, powd</i>	2	
<i>colestipol hydrochloride</i>	2	
<i>ezetimibe</i>	2	
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	2	
<i>icosapent ethyl</i>	2	
<i>niacin er</i>	2	
NIACIN FLUSH FREE CAPS 100MG; 400MG	4	EC
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	2	
PRALUENT	3	PA
<i>prevalite powd</i>	2	
<i>prevalite pack</i>	3	
REPATHA	3	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	3	PA
REPATHA SURECLICK	3	PA
Diuréticos, ahorrador de potasio		
<i>amiloride hcl tabs</i>	2	
<i>triamterene caps</i>	2	
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide inj, tabs</i>	2	
<i>ethacrynic acid tabs</i>	2	
<i>furosemide inj, oral soln, tabs</i>	2	
<i>toremide tabs</i>	2	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide caps, tabs</i>	2	
<i>indapamide tabs</i>	2	
<i>metolazone</i>	2	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
<i>benazepril hydrochloride tabs</i>	2	
<i>captopril tabs</i>	2	
<i>enalapril maleate tabs</i>	2	
<i>fosinopril sodium</i>	2	
<i>lisinopril tabs</i>	2	
<i>moexipril hydrochloride</i>	2	
<i>perindopril erbumine</i>	2	
<i>quinapril hydrochloride</i>	2	
<i>ramipril</i>	2	
<i>trandolapril</i>	2	
Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT)		
FARXIGA	3	
JARDIANCE	3	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso</i>		
<i>isosorbide dinitrate tabs</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	2	
<i>nitroglycerin transdermal</i>	2	
<i>nitroglycerin soln 0.4mg/spray</i>	2	
<i>nitroglycerin subl 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	2	
VERQUVO	3	
<i>Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial</i>		
<i>hydralazine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>minoxidil tabs</i>	2	
Agentes de antigout		
<i>Agentes de antigout</i>		
<i>allopurinol</i>	2	
<i>colchicine</i>	2	
GLOPERBA	3	
<i>probenecid</i>	2	
<i>probenecid/colchicine</i>	2	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
<i>Aminosalicilatos</i>		
<i>balsalazide disodium</i>	2	
<i>mesalamine dr</i>	2	
<i>mesalamine er</i>	2	
<i>mesalamine enem, kit, supp</i>	2	
<i>sulfasalazine tabs, tbec</i>	2	
<i>Glucocorticoides</i>		
<i>budesonide er</i>	2	NEDS SP
<i>budesonide cpep 3mg</i>	2	
<i>budesonide foam 2mg</i>	2	
CORTIFOAM FOAM	3	
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone enem 100mg/60ml</i>	2	
<i>procto-med hc</i>	2	
<i>proctosol hc</i>	2	
<i>proctozone-hc</i>	2	
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
<i>Agentes de las enfermedades óseas metabólicas</i>		
<i>alendronate sodium</i>	2	
BONSITY	2	PA; NEDS SP
<i>calcitonin salmon</i>	2	
<i>calcitonin-salmon</i>	2	
<i>calcitriol caps 0.25mcg, 0.5mcg</i>	2	
<i>calcitriol soln 1mcg/ml</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	2	
<i>paricalcitol</i>	2	
PROLIA	3	PA
RAYALDEE	3	NEDS SP
<i>risedronate sodium</i>	2	
<i>risedronate sodium dr</i>	2	
<i>teriparatide</i>	2	PA; NEDS SP
XGEVA	3	PA; NEDS SP
<i>zoledronic acid</i>	2	
Agentes del sistema nervioso central		
<i>Agentes de esclerosis múltiple</i>		
AVONEX PEN	3	NEDS SP
AVONEX INJ 30MCG/0.5ML	3	NEDS SP
BETASERON	3	NEDS SP
<i>dalfampridine er</i>	2	
<i>dimethyl fumarate</i>	2	
<i>fingolimod hydrochloride</i>	2	NEDS SP
<i>glatiramer acetate inj 40mg/ml</i>	2	QL(12 ML por 28 días); NEDS SP
<i>glatiramer acetate inj 20mg/ml</i>	2	QL(30 ML por 30 días); NEDS SP
KESIMPTA	3	PA; NEDS SP
MAYZENT	3	NEDS SP
MAYZENT STARTER PACK TBPk 0.25MG	3	
MAYZENT STARTER PACK TBPk 0.25MG	3	NEDS SP
PLEGRIDY	3	NEDS SP
PLEGRIDY STARTER PACK	3	NEDS SP
REBIF	3	ST NSO; NEDS SP
REBIF REBIDOSE	3	ST NSO; NEDS SP
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	3	ST NSO; NEDS SP
REBIF TITRATION PACK	3	ST NSO; NEDS SP
<i>teriflunomide</i>	2	
VUMERITY	3	NEDS SP
ZEPOSIA	3	NEDS SP
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	3	NEDS SP
ZEPOSIA STARTER KIT	3	NEDS SP
<i>Agentes de fibromialgia</i>		
SAVELLA	3	
SAVELLA TITRATION PACK	3	
<i>Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas</i>		
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	2	
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	2	
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
<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 10mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonidine hydrochloride er</i>	2	
<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 20mg, 35mg</i>	2	
<i>dexmethylphenidate hcl tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 15mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	2	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride cp24</i>	2	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tabs 2.5mg</i>	2	
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	2	QL(90 EA por 90 días)
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride er (cd)</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm) tbc 18mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride er tb24</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride er tbc 10mg, 20mg</i>	2	
Sistema nervioso central, otros		
ACETAMINOPHEN SOLN 160MG/5ML	4	EC
AUSTEDO	3	PA; NEDS SP
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TEPK 0	3	QL(56 EA por 365 días); PA; NEDS SP
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TEPK 0	3	QL(84 EA por 365 días); PA; NEDS SP
AUSTEDO XR TB24 6MG	3	QL(210 EA por 30 días); PA; NEDS SP
AUSTEDO XR TB24 18MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS SP
AUSTEDO XR TB24 24MG	3	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS SP
AUSTEDO XR TB24 12MG	3	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS SP

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025
Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
COBENFY	3	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
COBENFY STARTER PACK	3	QL(112 EA por 365 días); PA NSO; NEDS SP
INGREZZA	3	PA; NEDS SP
NUEDEXTA	3	PA
RADICAVA ORS	3	PA; NEDS SP
RADICAVA ORS STARTER KIT	3	PA; NEDS SP
<i>riluzole</i>	2	
TENSION HEADACHE	4	EC
<i>tetrabenazine</i>	2	PA
VEOZAH	3	QL(30 EA por 30 días); PA
Agentes del trastorno del sueño		
<i>Agentes estimulantes de insomnio</i>		
<i>armodafinil</i>	2	PA
<i>modafinil tabs</i>	2	PA
<i>sodium oxybate</i>	2	PA; NEDS SP
<i>Agentes somníferos</i>		
BELSOMRA	3	
<i>eszopiclone</i>	2	
<i>flurazepam hcl</i>	2	
<i>flurazepam hydrochloride</i>	2	
<i>ramelteon</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>tasimelteon</i>	2	PA; NEDS SP
<i>temazepam caps 15mg, 30mg, 7.5mg</i>	2	
<i>triazolam</i>	2	
<i>zaleplon</i>	2	
<i>zolpidem tartrate tabs</i>	2	
Agentes dentales y orales		
<i>Agentes dentales y orales</i>		
<i>cevimeline hydrochloride</i>	2	
<i>chlorhexidine gluconate</i>	2	
DENTAGEL	4	EC
HM ANTISEPTIC SKIN CLEANSER	4	EC
<i>kourzeq</i>	2	
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	2	
<i>lidocaine viscous</i>	2	
<i>oralone dental paste</i>	2	
<i>periogard</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pilocarpine hydrochloride tabs 5mg, 7.5mg</i>	2	
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS	4	EC
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	4	EC
<i>sf 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	2	
<i>sodium fluoride crea 1.1%</i>	2	
<i>triamcinolone acetate dental paste</i>	2	
Agentes dermatológicos		
<i>Agentes dermatológicos, otros</i>		
AMERIDERM PERISHIELD	4	EC
<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	
CAPSAICIN CREA 0.025%, 0.075%, 0.1%	4	EC
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	2	
DESITIN CREA	4	EC
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	2	QL(200 GM por 30 días)
<i>fluorouracil</i>	2	
GNP WART REMOVER	4	EC
HIBICLENS	4	EC
HYDROLATUM	4	EC
<i>imiquimod crea</i>	2	
<i>nystatin/triamcinolone</i>	2	
<i>nystatin/triamcinolone acetate oint</i>	2	
OTEZLA TABS 20MG, 30MG	3	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS SP
<i>podofilox</i>	2	
PROCTOFOAM HC	3	
SANTYL	3	
<i>silver sulfadiazine</i>	2	
<i>ssd</i>	2	
VITAMIN A & D OINT 76%; 0; 0	4	EC
WART REMOVER MAXIMUM STRENGTH LIQD	4	EC
ZINC OXIDE OINT 20%, 25%	4	EC
<i>Agentes desencadenantes de acné y rosácea</i>		
<i>acutane</i>	2	
<i>acitretin</i>	2	
<i>adapalene gel</i>	2	PA
<i>amnestem</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>avita</i>	2	PA
<i>azelaic acid</i>	2	
<i>claravis</i>	2	
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide gel 2.5%; 1.2%, 5%; 1.2%</i>	2	
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	2	
<i>isotretinoin caps</i>	2	
<i>metronidazole crea 0.75%</i>	2	
<i>metronidazole gel 0.75%, 1%</i>	2	
<i>metronidazole lotn 0.75%</i>	2	
MYORISAN	2	
NEUAC	2	
<i>rosadan</i>	2	
<i>tazarotene crea, gel</i>	2	PA
<i>tretinoin microsphere</i>	2	PA
<i>tretinoin crea 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	2	PA
ZENATANE	2	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
<i>amcinonide crea</i>	2	
AMMONIUM LACTATE CREA 12%	4	EC
<i>ammonium lactate crea 12%</i>	2	
<i>ammonium lactate lotn</i>	2	
ANTI-DANDRUFF SHAMPOO	4	EC
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate crea, lotn, oint</i>	2	
<i>betamethasone valerate crea, lotn, oint</i>	2	
<i>clobetasol propionate e</i>	2	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate crea 0.05%</i>	2	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate soln</i>	2	QL(200 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate sham</i>	2	QL(236 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate gel, oint</i>	2	QL(240 GM por 30 días)
<i>clodan</i>	2	QL(236 ML por 30 días)
<i>desonide crea, oint</i>	2	
<i>desoximetasone crea</i>	2	
DESRX	2	
<i>fluocinolone acetonide body</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluocinolone acetonide topical</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 oint 0.005%</i>	2	
GNP HYDROCORTISONE MAXIMUM STRENGTH	4	EC
GNP HYDROCORTISONE CREA 0.5%	4	EC
<i>halobetasol propionate crea, oint</i>	2	
<i>hydrocortisone butyrate oint</i>	2	
<i>hydrocortisone valerate</i>	2	
HYDROCORTISONE CREA 1%	4	EC
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	2	
HYDROCORTISONE LOTN 1%	4	EC
<i>hydrocortisone lotn 2.5%</i>	2	
<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>pimecrolimus</i>	2	
<i>prednicarbate oint</i>	2	
<i>selenium sulfide</i>	2	
<i>tacrolimus oint 0.03%, 0.1%</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%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
TRITOCIN	2	
Antiinfecciosos tópicos		
BENZOYL PEROXIDE WASH LIQD 10%, 5%	4	EC
BENZOYL PEROXIDE GEL 10%, 2.5%, 5%	4	EC
BP WASH LIQD 2.5%	4	EC
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	2	
<i>ciclopirox olamine</i>	2	
<i>ciclopirox gel, sham, susp</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>ery</i>	2	
<i>erythromycin gel 2%</i>	2	
<i>erythromycin soln 2%</i>	2	
MENTAX	3	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mupirocin crea</i>	2	QL(180 GM por 30 días)
<i>mupirocin oint</i>	2	QL(44 GM por 30 días)
SULFAMYLON CREA	3	
<i>Pediculicidas/escabidas</i>		
LICE TREATMENT CREME RINSE LIQD 1%	4	EC
<i>malathion</i>	2	
<i>permethrin crea</i>	2	
SM LICE TREATMENT LIQD	4	EC
Agentes gastrointestinales		
<i>Agentes antidiarreicos</i>		
<i>alosetron hydrochloride tabs 0.5mg</i>	2	PA
<i>alosetron hydrochloride tabs 1mg</i>	2	PA; NEDS SP
GNP ANTI-DIARRHEAL	4	EC
<i>loperamide hydrochloride caps 2mg</i>	2	
SM ANTI-DIARRHEAL	4	EC
XERMELO	3	PA; NEDS SP
<i>Agentes antiestreñimiento</i>		
BISACODYL EC	4	EC
BISACODYL SUPP	4	EC
CHOCOLATED LAXATIVE REGULAR STRENGTH	4	EC
<i>constulose</i>	2	
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
<i>enulose</i>	2	
EPSOM SALT GRAN 0	4	EC
EVAC	4	EC
FIBER TABS TABS 625MG	4	EC
FIBER POWD 28.3%	4	EC
<i>generlac</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

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
HM ENEMA MINERAL OIL ENEM 100%	4	EC
<i>lactulose soln</i>	2	
LAXATIVE REGULAR STRENGTH	4	EC
LINZESS	3	
<i>lubiprostone</i>	2	
MILK OF MAGNESIA SUSP 7.75%	4	EC
MINERAL OIL OIL 100%	4	EC
MOVANTIK	3	
OSMOPREP	3	
POLYETHYLENE GLYCOL	4	EC
POLYETHYLENE GLYCOL 3350 PACK 17GM, 4GM	4	EC
PSYLLIUM FIBER	4	EC
REGULOID POWD 43%, 51.7%	4	EC
SENNA-S TABS	4	EC
SENNA CAPS	4	EC
SENNA SYRP 8.8MG/5ML	4	EC
SENNA TABS 8.6MG	4	EC
SOLUBLE FIBER	4	EC
STOOL SOFTENER TABS	4	EC
<i>Agentes gastrointestinales, otros</i>		
ALIGN CHEW	4	EC
ALUMINUM HYDROXIDE SUSP 320MG/5ML	4	EC
ANTACID CALCIUM RICH	4	EC
ANTACID EXTRA STRENGTH CHEW 160MG; 105MG, 750MG	4	EC
ANTACID MAXIMUM STRENGTH SUSP 800MG/10ML; 800MG/10ML; 80MG/10ML	4	EC
ANTACID ULTRA STRENGTH CHEW 1000MG	4	EC
ANTACID/ANTIGAS LIQUID SUSP 400MG/10ML; 400MG/10ML; 40MG/10ML	4	EC
BISMUTH	4	EC
CALCIUM ANTACID	4	EC
CLENPIQ	3	
CULTURELLE CAPS 10B CELL	4	EC
DAIRY RELIEF TABS 3000UNIT	4	EC
FLORASTOR CAPS 250MG	4	EC
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-g</i>	2	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	2	
GNP ANTACID & ANTI-GAS MAXIMUM STRENGTH	4	EC
GNP FAST ACTING DAIRY RELIEF	4	EC
GNP PINK BISMUTH TABS	4	EC
GOODSENSE ANTACID/EXTRA STRENGTH	4	EC

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
LACTASE FAST ACTING	4	EC
LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE/SIMETHICONE	4	EC
LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE SOLN 1MG/7.5ML	4	EC
LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE TABS 2MG	4	EC
MAGNESIUM OXIDE TABS 400MG, 420MG	4	EC
MAGNESIUM TABS 250MG	4	EC
<i>metoclopramide hcl inj, oral soln</i>	2	
<i>metoclopramide hydrochloride tabs</i>	2	
MINTOX PLUS	4	EC
<i>nitroglycerin oint 0.4%</i>	2	QL(30 GM por 30 días)
<i>opium</i>	2	
<i>opium tincture tinc 1%</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	2	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	2	
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic</i>	2	
RECTIV	3	QL(30 GM por 30 días)
SIMETHICONE DROPS INFANTS	4	EC
SIMETHICONE ULTRA STRENGTH	4	EC
SIMETHICONE CHEW	4	EC
SIMETHICONE CAPS 125MG	4	EC
SODIUM BICARBONATE TABS	4	EC
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	2	
STOMACH RELIEF EXTRA STRENGTH	4	EC
STOMACH RELIEF SUSP 525MG/30ML	4	EC
<i>ursodiol caps 300mg</i>	2	
<i>ursodiol tabs</i>	2	
VOWST	3	PA; NEDS SP
XIFAXAN TABS 550MG	3	PA; NEDS SP
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
<i>cimetidine tabs</i>	2	
FAMOTIDINE MAXIMUM STRENGTH	4	EC
FAMOTIDINE ORIGINAL STRENGTH	4	EC
<i>famotidine tabs 20mg, 40mg</i>	2	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl soln</i>	2	
<i>dicyclomine hydrochloride caps</i>	2	
<i>dicyclomine hydrochloride tabs 20mg</i>	2	
<i>glycopyrrolate soln</i>	2	
<i>glycopyrrolate tabs 1mg, 2mg</i>	2	
Inhibidores de la bomba de protones		

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
DEXLANSOPRAZOLE	2	
<i>esomeprazole magnesium cpdr</i>	2	
<i>esomeprazole magnesium pack 10mg, 20mg, 40mg</i>	2	
<i>lansoprazole cpdr</i>	2	
<i>omeprazole dr cpdr 10mg</i>	2	
<i>omeprazole cpdr 20mg, 40mg</i>	2	
<i>pantoprazole sodium tbec</i>	2	
<i>rabeprazole sodium</i>	2	
Protectores		
<i>misoprostol</i>	2	
<i>sucralfate susp, tabs</i>	2	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl er</i>	2	
<i>doxazosin mesylate</i>	2	
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	2	
<i>dutasteride caps</i>	2	
<i>finasteride tabs</i>	2	
<i>tadalafil tabs 2.5mg, 5mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	2	
<i>terazosin hcl caps 10mg, 1mg, 5mg</i>	2	
<i>terazosin hydrochloride caps 2mg</i>	2	
Agentes genitourinarios, otros		
<i>acetic acid 0.25%</i>	2	
<i>bethanechol chloride tabs</i>	2	
ELMIRON	3	
<i>tiopronin dr</i>	2	NEDS SP
Antiespasmódicos, urinario		
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	2	
GEMTESA	3	
<i>mirabegron er</i>	2	
MYRBETRIQ	3	
<i>oxybutynin chloride er</i>	2	
<i>oxybutynin chloride soln, tabs</i>	2	
<i>solifenacin succinate</i>	2	
<i>tolterodine tartrate</i>	2	
<i>tolterodine tartrate er</i>	2	
<i>trospium chloride</i>	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>desmopressin acetate</i>	2	
GENOTROPIN	3	PA; NEDS SP
GENOTROPIN MINQUICK INJ 0.2MG	3	PA
GENOTROPIN MINQUICK INJ 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	3	PA; NEDS SP
INCRELEX	3	PA; NEDS SP
ZOMACTON	4	EC
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
<i>Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos</i>		
OSPHENA	3	
<i>raloxifene hydrochloride</i>	2	
<i>Andrógenos</i>		
<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 20.25mg/1.25gm, 25mg/2.5gm, 40.5mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	2	
<i>Estrógenos</i>		
<i>abigale</i>	2	
<i>abigale lo</i>	2	
<i>amabelz</i>	2	
<i>amethia</i>	2	
<i>apri</i>	2	
<i>ashlyna</i>	2	
<i>aviane</i>	2	
<i>azurette</i>	2	
<i>balziva</i>	2	
<i>briellyn</i>	2	
<i>conjugated estrogens</i>	2	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tabs 0; 0</i>	2	
<i>dotti</i>	2	
<i>drospirenone/ethinyl estradiol tabs 3mg; 0.03mg</i>	2	
<i>eluryng</i>	2	
<i>enilloring</i>	2	
<i>estradiol valerate inj</i>	2	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	2	
<i>estradiol crea, pttw, ptwk, oral tabs, vaginal tabs</i>	2	
ESTRING	3	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	2	
<i>falmina</i>	2	
FEIRZA 1.5/30	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
FEIRZA 1/20	2	
<i>finzala</i>	2	
<i>fyavolv</i>	2	
<i>galbriela</i>	2	
<i>haloette</i>	2	
<i>iclevia</i>	2	
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	3	
IMVEXXY STARTER PACK	3	
<i>introvale</i>	2	
<i>jaimiess</i>	2	
<i>jinteli</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	
<i>levora 0.15/30-28</i>	2	
<i>lojaimiess</i>	2	
<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>minzoya</i>	2	
<i>necon 0.5/35-28</i>	2	
<i>nikki</i>	2	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	2	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tabs 0; 75mg; 1mg</i>	2	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	2	
<i>nortrel 1/35</i>	2	
<i>nortrel 7/7/7</i>	2	
<i>portia-28</i>	2	
PREMARIN CREA	3	
PREMARIN TABS 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	3	
PREMPHASE	3	
<i>rosyrah</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>valtya 1/50</i>	2	
<i>velivet</i>	2	
<i>vyfemla</i>	2	
XARAH FE	2	
<i>xelria fe</i>	2	
<i>xulane</i>	2	
<i>yuvafem</i>	2	
<i>zafemy</i>	2	
<i>zovia 1/35</i>	2	
Progestinas		
<i>camila</i>	2	
<i>deblitane</i>	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	
<i>errin</i>	2	
<i>gallifrey</i>	2	
<i>heather</i>	2	
LEVONORGESTREL TABS 1.5MG	4	EC
LILETTA	3	
<i>medroxyprogesterone acetate inj, tabs</i>	2	
<i>megestrol acetate tabs</i>	2	
<i>megestrol acetate susp</i>	2	EC
<i>meleya</i>	2	
NEXPLANON	3	
<i>norethindrone acetate tabs</i>	2	
<i>orquidea</i>	2	
<i>progesterone caps</i>	2	
<i>sharobel</i>	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
DEPO-MEDROL	3	
dexamethasone	2	
dexamethasone intensol	2	
dexamethasone sodium phosphate +rfid	2	
dexamethasone sodium phosphate inj 100mg/10ml, 10mg/ml, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml	2	
fludrocortisone acetate	2	
hydrocortisone sodium succinate	2	
HYDROCORTISONE OINT 1%	4	EC
hydrocortisone tabs 10mg, 20mg, 5mg	2	
kenalog-10	2	
methylprednisolone	2	
methylprednisolone acetate	2	
methylprednisolone dose pack	2	
prednisolone	2	
prednisolone sodium phosphate oral soln 10mg/5ml, 15mg/5ml, 20mg/5ml, 25mg/5ml, 5mg/5ml	2	
prednisone	2	
SOLU-CORTEF	3	
triamcinolone acetonide inj 10mg/ml, 40mg/ml	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
ADTHYZA	3	
ARMOUR THYROID	3	
euthyrox	2	
levo-t	2	
levothyroxine sodium	2	
levoxyl	2	
liomny	2	
liothyronine sodium	2	
NIVA THYROID	3	
np thyroid 120	2	
np thyroid 15	2	
np thyroid 30	2	
np thyroid 60	2	
np thyroid 90	2	
SYNTHROID	3	
THYROID	3	
unithroid	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
<i>Agentes antihiroides</i>		
<i>methimazole tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>propylthiouracil tabs</i>	2	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
<i>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)</i>		
<i>cabergoline</i>	2	
ELIGARD	3	
FIRMAGON INJ 80MG	3	
FIRMAGON INJ 120MG/VIAL	3	NEDS SP
KORLYM	3	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS SP
<i>lanreotide acetate</i>	2	NEDS SP
<i>leuprolide acetate</i>	2	
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	3	NEDS SP
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	3	NEDS SP
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	3	NEDS SP
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	3	NEDS SP
<i>mifepristone</i>	2	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS SP
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 50mcg/ml</i>	2	
<i>octreotide acetate inj 1000mcg/ml</i>	2	NEDS SP
ORGOVYX	3	PA NSO; NEDS SP
SIGNIFOR	3	QL(60 ML por 30 días); PA; NEDS SP
SOMATULINE DEPOT	3	NEDS SP
SOMAVERT	3	PA; NEDS SP
SYNAREL	3	NEDS SP
Agentes inmunológicos		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
ARCALYST	3	PA; NEDS SP
BENLYSTA	3	PA; NEDS SP
COSENTYX	3	PA; NEDS SP
COSENTYX SENSOREADY PEN	3	PA; NEDS SP
COSENTYX UNOREADY	3	PA; NEDS SP
DUPIXENT	3	PA; NEDS SP
ORENCIA CLICKJECT	3	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS SP
ORENCIA INJ 50MG/0.4ML	3	QL(1.6 ML por 28 días); PA; NEDS SP
ORENCIA INJ 87.5MG/0.7ML	3	QL(2.8 ML por 28 días); PA; NEDS SP

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
ORENCIA INJ 125MG/ML	3	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS SP
OTEZLA TBPK 0	3	QL(110 EA por 365 días); PA; NEDS SP
RINVOQ	3	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS SP
RINVOQ LQ	3	QL(360 ML por 30 días); PA; NEDS SP
SKYRIZI PEN	3	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS SP
SKYRIZI INJ 600MG/10ML	3	PA; NEDS SP
SKYRIZI INJ 150MG/ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS SP
SKYRIZI INJ 180MG/1.2ML	3	QL(1.2 ML por 28 días); PA; NEDS SP
SKYRIZI INJ 360MG/2.4ML	3	QL(2.4 ML por 28 días); PA; NEDS SP
STEQEYMA INJ 45MG/0.5ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA
STEQEYMA INJ 90MG/ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS SP
TAVNEOS	3	PA; NEDS SP
XELJANZ XR	3	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS SP
XELJANZ SOLN	3	QL(300 ML por 30 días); PA; NEDS SP
XELJANZ TABS	3	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS SP
XOLAIR	3	PA; NEDS SP
YESINTEK INJ 45MG/0.5ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA
YESINTEK INJ 90MG/ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS SP
<i>Agentes para angioedema</i>		
BERINERT	3	PA; NEDS SP
HAEGARDA	3	PA; NEDS SP
<i>icatibant acetate</i>	2	QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS SP
<i>Inmunostimulantes</i>		
ACTIMMUNE	3	NEDS SP
BESREMI	3	PA NSO; NEDS SP
PEGASYS INJ 180MCG/ML	3	QL(4 ML por 28 días); NEDS SP

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>Inmunoglobulinas</i>		
BIVIGAM INJ 10%, 5GM/50ML	3	PA BvD; NEDS SP
CUVITRU	3	PA BvD; NEDS SP
FLEBOGAMMA DIF INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	3	PA BvD; NEDS SP
GAMMAGARD LIQUID INJ 10GM/100ML, 2.5GM/25ML, 20GM/200ML, 30GM/300ML, 5GM/50ML	3	PA BvD; NEDS SP
GAMMAPLEX INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	3	PA BvD; NEDS SP
HIZENTRA	3	PA BvD; NEDS SP
OCTAGAM INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 1GM/20ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 2GM/20ML, 30GM/300ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	3	PA BvD; NEDS SP
PRIVIGEN	3	PA BvD; NEDS SP
<i>Inmunosupresores</i>		
<i>azathioprine tabs</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine caps 100mg, 25mg</i>	2	PA BvD
ENBREL MINI	3	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS SP
ENBREL SURECLICK	3	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS SP
ENBREL INJ 50MG/ML	3	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS SP
ENBREL INJ 25MG/0.5ML	3	QL(8.16 ML por 28 días); PA; NEDS SP
ENVARUSUS XR TB24 0.75MG, 1MG	3	PA BvD
ENVARUSUS XR TB24 4MG	3	PA BvD; NEDS SP
<i>everolimus tabs 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días); PA BvD; NEDS SP
GENGRAF SOLN	2	PA BvD
GENGRAF CAPS 100MG, 25MG	2	PA BvD
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJ 0, 80MG/0.8ML	3	PA; NEDS SP
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	3	PA; NEDS SP
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	3	PA; NEDS SP
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	3	PA; NEDS SP
HUMIRA PEN INJ 80MG/0.8ML	3	QL(4 EA por 28 días); PA; NEDS SP
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	3	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS SP

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
HUMIRA INJ 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML, 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	3	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS SP
JYLAMVO	3	NEDS SP
<i>leflunomide</i>	2	
<i>methotrexate sodium tabs</i>	2	
<i>methotrexate sodium inj 1gm/40ml, 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	2	
<i>methotrexate inj 50mg/2ml</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil caps, tabs</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil susr</i>	2	PA BvD; NEDS SP
<i>mycophenolic acid dr</i>	2	PA BvD
NULOJIX	3	NEDS SP
PEGASYS INJ 180MCG/0.5ML	3	QL(4 ML por 28 días); NEDS SP
PROGRAF PACK	3	PA BvD
REZUROCK	3	PA; NEDS SP
<i>sirolimus tabs</i>	2	PA BvD
<i>sirolimus soln</i>	2	PA BvD; NEDS SP
<i>tacrolimus caps 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	2	PA BvD
TREXALL	3	
XATMEP	3	
Vacunas		
ABRYSVO	1	
ACTHIB INJ 0	1	
ADACEL	1	
AREXVY	1	
BCG VACCINE INJ 50MG	1	
BEXSERO	1	
BOOSTRIX	1	
DAPTACEL INJ 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
DENG VAXIA	1	
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	1	
ENGRIX-B	1	PA BvD
GARDASIL 9	1	
HAVRIX INJ 1440UNIT/ML, 720ELU/0.5ML	1	
HEPLISAV-B	1	PA BvD
HIBERIX	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	1	
INFANRIX	1	
IPOL INACTIVATED IPV	1	
IXCHIQ	1	
IXIARO	1	
JYNNEOS	1	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
KINRIX INJ 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	1	
M-M-R II	1	
MENACTRA	1	
MENQUADFI	1	
MENVEO	1	
MRESVIA	1	
PEDIARIX INJ 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	1	
PEDVAX HIB INJ 7.5MCG/0.5ML	1	
PENBRAYA	1	
PENMENVY	1	
PENTACEL	1	
PREHEVBRIO	1	PA BvD
PRIORIX	1	
PROQUAD	1	
QUADRACEL	1	
RABAVERT	1	
RECOMBIVAX HB	1	PA BvD
ROTARIX	1	
ROTATEQ SOLN	1	
SHINGRIX	1	
STAMARIL	1	
<i>tdvax</i>	1	
TENIVAC	1	
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	1	
TICOVAC	1	
TRUMENBA	1	
TWINRIX	1	
TYPHIM VI	1	
VAQTA	1	
VARIVAX	1	
VAXCHORA	1	
VIMKUNYA	1	
VIVOTIF	1	
YF-VAX	1	
Agentes oftálmicos		
<i>Agentes oftálmicos antialérgicos</i>		
ALOCRIL	3	
<i>azelastine hcl ophthalmic soln 0.05%</i>	2	
<i>bepotastine besilate</i>	2	
<i>cromolyn sodium soln 4%</i>	2	
<i>epinastine hcl</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>olopatadine hydrochloride</i>	2	
Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos		
<i>betaxolol hcl</i>	2	
BETIMOL	3	
<i>carteolol hcl</i>	2	
<i>levobunolol hcl soln 0.5%</i>	2	
<i>timolol hemihydrate</i>	2	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	2	
<i>timolol maleate soln 0.25%, 0.5%</i>	2	
Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros		
<i>acetazolamide</i>	2	
<i>acetazolamide er</i>	2	
ALPHAGAN P SOLN 0.1%	3	
<i>apraclonidine</i>	2	
<i>brimonidine tartrate</i>	2	
<i>brinzolamide</i>	2	
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	2	
<i>methazolamide tabs</i>	2	
PHOSPHOLINE IODIDE SOLR 0.125%	3	
<i>pilocarpine hcl soln 1%, 2%, 4%</i>	2	
<i>pilocarpine hydrochloride soln 1%, 2%, 4%</i>	2	
RHOPRESSA	3	
Agentes oftálmicos, otros		
ARTIFICIAL TEARS SOLN 0.2%; 0.2%; 1%	4	EC
<i>atropine sulfate soln 1%</i>	2	
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	2	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	2	
<i>cyclopentolate hcl soln 2%</i>	2	
<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	2	
<i>cyclosporine emul 0.05%</i>	2	
CYSTARAN	3	NEDS SP
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	2	
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	2	
LUBRICANT EYE DROPS SOLN 0.6%	4	EC
LUBRICATING EYE DROPS SOLN 0.4%; 0.3%	4	EC
<i>neo-polycin</i>	2	
<i>neo-polycin hc</i>	2	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc oint 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone ophthalmic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	2	
<i>polycin</i>	2	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	2	
QC ARTIFICIAL TEARS SOLN 5MG/ML; 6MG/ML	4	EC
RESTASIS	3	
RESTASIS MULTIDOSE	3	
ROCKLATAN	3	
SIMBRINZA	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	2	
TOBRADEX ST	3	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	2	
XIIDRA	3	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin ophthalmic oint 500unit/gm</i>	2	
BESIVANCE	3	
<i>ciprofloxacin hydrochloride soln 0.3%</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>ofloxacin ophthalmic soln 0.3%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium oint 10%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium soln 10%</i>	2	
<i>tobramycin</i>	2	
<i>trifluridine</i>	2	
XDEMVI	3	PA; NEDS SP
ZIRGAN	3	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac</i>	2	
<i>bromfenac sodium</i>	2	
BROMSITE	3	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic soln 0.1%</i>	2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%</i>	2	
<i>difluprednate</i>	2	
FLAREX	3	
<i>fluorometholone</i>	2	
<i>flurbiprofen sodium</i>	2	
ILEVRO	3	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ketorolac tromethamine</i>	2	
LOTEMAX OINT	3	
<i>loteprednol etabonate</i>	2	
<i>prednisolone acetate</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic soln 1%</i>	2	
PROLENSA	3	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>bimatoprost</i>	2	
<i>latanoprost soln</i>	2	
LUMIGAN	3	
<i>tafluprost</i>	2	
<i>travoprost</i>	2	
VYZULTA	3	
Agentes para la bipolaridad		
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>lithium</i>	2	
<i>lithium carbonate er</i>	2	
<i>lithium carbonate caps, tabs</i>	2	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
Agentes para dejar de fumar		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 150mg</i>	2	
GOODSENSE NICOTINE	4	EC
GOODSENSE NICOTINE POLACRILEX GUM	4	EC
NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM STEP 1	4	EC
NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM STEP 3	4	EC
NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM PT24 14MG/24HR, 7MG/24HR	4	EC
NICOTROL INHALER	3	
NICOTROL NS	3	
TYRVAYA	3	
<i>varenicline starting month</i>	2	QL(53 EA por 28 días)
<i>varenicline tartrate</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
Agentes que revierten los opioides		
<i>naloxone hcl inj 4mg/10ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride liqd</i>	2	QL(4 EA por 30 días)
<i>naloxone hydrochloride inj 0.4mg/ml, 2mg/2ml, 4mg/10ml</i>	2	
OPVEE	3	QL(4 EA por 30 días)
Dependencia de opioides		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 2mg; 0.5mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
Disuasivos del alcohol/disminución del deseo		
<i>acamprosate calcium dr</i>	2	
<i>disulfiram tabs</i>	2	
<i>naltrexone hydrochloride tabs</i>	2	
VIVITROL	3	NEDS SP
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
Agentes del tracto respiratorio, otros		
<i>acetylcysteine soln</i>	2	PA BvD
ANORO ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)
BEVESPI AEROSPHERE	3	QL(10.7 GM por 30 días)
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)
BRONCHITOL	3	NEDS SP
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL(24 GM por 90 días)
FASENRA PEN	3	PA; NEDS SP
FASENRA INJ 10MG/0.5ML	3	PA
FASENRA INJ 30MG/ML	3	PA; NEDS SP
<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>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	PA BvD

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
KP PSEUDOEPHEDRINE HCL TABS 60MG	4	EC
PSEUDOEPHEDRINE HYDROCHLORIDE ER	4	EC
PSEUDOEPHEDRINE HYDROCHLORIDE TABS 30MG	4	EC
SODIUM CHLORIDE NEBU 7%	4	EC
STIOLTO RESPIMAT	3	QL(12 GM por 90 días)
TRELEGY ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>wixela inhub</i>	2	QL(180 EA por 90 días)
Agentes para fibrosis pulmonar		
OFEV	3	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS SP
<i>pirfenidone caps</i>	2	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS SP
<i>pirfenidone tabs 534mg</i>	2	QL(135 EA por 30 días); PA; NEDS SP
<i>pirfenidone tabs 267mg</i>	2	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS SP
<i>pirfenidone tabs 801mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS SP
Agentes para fibrosis quística		
CAYSTON	3	PA; NEDS SP
KALYDECO	3	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS SP
ORKAMBI TABS	3	QL(112 EA por 28 días); PA; NEDS SP
ORKAMBI PACK	3	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS SP
PULMOZYME	3	PA BvD; NEDS SP
TOBI PODHALER	3	NEDS SP
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS	3	PA; NEDS SP
<i>alyq</i>	2	PA
<i>ambrisentan</i>	2	PA; NEDS SP
<i>bosentan</i>	2	PA; NEDS SP
OPSUMIT	3	PA; NEDS SP
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	3	PA; NEDS SP
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	3	PA; NEDS SP
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	3	PA; NEDS SP
ORENITRAM TBCR 0.125MG, 0.25MG, 1MG, 2.5MG	3	PA
ORENITRAM TBCR 5MG	3	PA; NEDS SP
<i>sildenafil citrate tabs</i>	2	PA

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tadalafil tabs 20mg</i>	2	PA
TRACLEER TBSO	3	PA; NEDS SP
VENTAVIS	3	PA; NEDS SP
Antihistamínicos		
ACETAMINOPHEN PM EXTRA STRENGTH	4	EC
<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)
CETIRIZINE HCL TABS 5MG	4	EC
CETIRIZINE HYDROCHLORIDE CHILDRENS ALLERGY SOLN 5MG/5ML	4	EC
CETIRIZINE HYDROCHLORIDE/PSEUDOEPHEDRINE HYDROCHLORIDE	4	EC
CETIRIZINE HYDROCHLORIDE TABS 10MG	4	EC
CHLORPHENIRAMINE MALEATE TABS, TBCR	4	EC
<i>cycloheptadine hcl syrp</i>	2	
<i>cycloheptadine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>desloratadine</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
FEXOFENADINE HYDROCHLORIDE/PSEUDOEPHEDRINE HYDROCHLORIDE ER	4	EC
GNP ALLERGY RELIEF CHEW	4	EC
<i>hydroxyzine hcl inj 25mg/ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl tabs 50mg</i>	2	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrp</i>	2	
<i>hydroxyzine hydrochloride tabs 10mg, 25mg</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate caps</i>	2	
<i>levocetirizine dihydrochloride tabs</i>	2	
LORATADINE CHILDRENS SOLN	4	EC
LORATADINE-D 24HR	4	EC
LORATADINE TABS	4	EC
NIGHTTIME SLEEP AID TABS 25MG	4	EC
SLEEP AID LIQD, TABS	4	EC
SLEEP-AID CAPS 50MG	4	EC
SM LORATADINE D 12HR	4	EC

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
BUDESONIDE NASAL SPRAY	4	QL(16.86 ML por 30 días); EC
<i>budesonide susp 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	2	PA BvD
FLOVENT DISKUS AEPB 100MCG/BLIST	3	QL(180 EA por 90 días); ST
FLOVENT DISKUS AEPB 250MCG/BLIST	3	QL(720 EA por 90 días); ST
FLOVENT DISKUS AEPB 50MCG/BLIST	3	ST
<i>flunisolide soln 0.025%</i>	2	QL(150 ML por 90 días)
<i>fluticasone propionate diskus aepb 100mcg/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 diskus aepb 50mcg/act</i>	2	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>fluticasone propionate susp 50mcg/act</i>	2	QL(48 GM por 90 días)
GNP BUDESONIDE NASAL SPRAY	4	QL(16.86 ML por 30 días); EC
<i>mometasone furoate susp 50mcg/act</i>	2	QL(102 GM por 90 días)
QVAR REDHALER	3	QL(63.6 GM por 90 días)
TRIAMCINOLONE ACETONIDE AERO 55MCG/ACT	4	QL(16.9 ML por 30 días); EC
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium chew, pack, tabs</i>	2	
<i>zafirlukast</i>	2	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	3	QL(77.4 GM por 90 días)
INCRUSE ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide inhalation soln</i>	2	PA BvD
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03%</i>	2	QL(180 ML por 90 días)
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.06%</i>	2	QL(90 ML por 90 días)

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	3	NEDS SP
LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	3	NEDS SP
SPIRIVA RESPIMAT	3	QL(12 GM por 90 días)
Broncodilatadores, simpaticomimético		
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	2	QL(108 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	2	QL(40.2 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	2	QL(51 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate syrp, tabs</i>	2	
<i>albuterol sulfate nebu</i>	2	PA BvD
<i>arformoterol tartrate</i>	2	PA BvD
<i>epinephrine inj 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	2	QL(2 EA por 1 días)
<i>formoterol fumarate nebu</i>	2	PA BvD
<i>levalbuterol hcl nebu</i>	2	PA BvD
<i>levalbuterol hydrochloride nebu 0.63mg/3ml</i>	2	PA BvD
<i>levalbuterol nebu</i>	2	PA BvD
PROAIR RESPICLICK	3	QL(6 EA por 90 días)
SEREVENT DISKUS	3	QL(180 EA por 90 días)
STRIVERDI RESPIMAT	3	QL(12 GM por 90 días)
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium nebu 20mg/2ml</i>	2	PA BvD
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
<i>elixophyllin</i>	2	
<i>roflumilast</i>	2	
<i>theophylline er tb12, tb24</i>	2	
<i>theophylline elix</i>	2	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
<i>alcohol prep pads</i>	2	
<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x 5/16"</i>	2	
<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x 1/2"</i>	2	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x 12.7mm</i>	2	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	2	
<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	2	
<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	2	
<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm</i>	2	
CAPSAICIN PTCH 0.025%	4	EC

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
CHEWABLE ACETAMINOPHEN CHILDRENS	4	EC
CHILDRENS APAP	4	EC
<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	2	
<i>droplet pen needles 29gx10mm</i>	2	
<i>gauze pads 2"x2"</i>	2	
<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	2	
<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	2	
INTRALIPID	3	PA BvD
ISOPROPYL ALCOHOL	4	EC
KETO-DIASTIX	4	EC
LANSINOH LANOLIN NIPPLE	4	EC
<i>levocarnitine</i>	2	
MELATONIN	4	EC
MELATONIN GUMMIES	4	EC
MELATONIN QUICK DISSOLVE	4	EC
MELATONIN TR/VITAMIN B-6	4	EC
NUTRILIPID	3	PA BvD
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5)	3	
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5)	3	
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	3	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	3	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO GEN 5	3	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	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	
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>sodium chloride 0.9%</i>	2	
<i>sterile water for irrigation</i>	2	
<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"</i>	2	
<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x 1/2"</i>	2	
<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	2	
WHITE PETROLEUM JELLY	4	EC
Agentes óticos		
<i>Agentes óticos</i>		

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acetic acid</i>	2	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	2	
<i>ciprofloxacin soln 0.2%</i>	2	
CORTISPORIN-TC	3	
<i>flac</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01%</i>	2	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone otic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	2	
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	2	
Analgésicos		
<i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i>		
<i>buprenorphine</i>	2	QL(4 EA por 28 días)
<i>fentanyl pt72 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	2	QL(10 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl er tb24 12mg, 16mg, 8mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>methadone hcl tabs</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>methadone hcl soln 5mg/5ml</i>	2	QL(1200 ML por 30 días)
<i>methadone hydrochloride soln 10mg/5ml</i>	2	QL(600 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate er tbc</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride er</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>Analgésicos opioides, de acción rápida</i>		
<i>acetaminophen/codeine phosphate tabs 300mg; 60mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>acetaminophen/codeine soln</i>	2	QL(3600 ML por 30 días)
<i>acetaminophen/codeine tabs 300mg; 15mg, 300mg; 30mg, 300mg; 60mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>butorphanol tartrate soln</i>	2	QL(7.5 ML por 30 días)
<i>codeine sulfate tabs</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>endocet tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 200mcg</i>	2	QL(120 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	2	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS SP
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen soln 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	2	QL(3600 ML por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 300mg; 10mg, 300mg; 5mg, 300mg; 7.5mg, 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydrocodone/acetaminophen tabs 325mg; 7.5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl liqd</i>	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>morphine sulfate tabs</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate soln 100mg/5ml</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>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)
<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)
Analgésicos		
ACETAMINOPHEN ER 8 HOUR ARTHRITIS PAIN	4	EC

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
ACETAMINOPHEN SUPP 120MG, 650MG	4	EC
JOURNAVX	3	QL(30 EA por 90 días)
LIQUID ACETAMINOPHEN	4	EC
MAPAP	4	EC
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
ACETAMINOPHEN EXTRA STRENGTH	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
<i>celecoxib caps</i>	2	
<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 gel 1%</i>	2	QL(960 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium external soln 1.5%</i>	2	
<i>diflunisal tabs 500mg</i>	2	
<i>ec-naproxen tbec 500mg</i>	2	
<i>etodolac er</i>	2	
<i>etodolac caps, tabs</i>	2	
<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>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 caps 25mg, 50mg</i>	2	
<i>meloxicam tabs</i>	2	
MENSTRUAL PAIN RELIEF MULTI-SYMPTOM MAXIMUM STRENGTH	4	EC
<i>nabumetone tabs</i>	2	
<i>naproxen dr</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>naproxen sodium cr tb24 375mg</i>	2	
<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	2	
<i>naproxen susp</i>	2	
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg, 500mg</i>	2	
<i>naproxen tbec 500mg</i>	2	
<i>oxaprozin tabs</i>	2	
PAIN RELIEF EXTRA STRENGTH/ADULT	4	EC
<i>piroxicam caps</i>	2	
<i>salsalate tabs</i>	2	
<i>sulindac tabs</i>	2	
TRI-BUFFERED ASPIRIN TABS 325MG; 35MG; 40MG; 0; 0	4	EC
Anestésicos		
<i>Anestésicos locales</i>		
<i>glydo</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL	4	EC
<i>lidocaine hcl jelly prsy</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl prsy</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl inj 0.5%, 1.5%, 4%</i>	2	
<i>lidocaine hydrochloride jelly</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hydrochloride external soln</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hydrochloride inj 1%, 2%</i>	2	
<i>lidocaine/prilocaine crea</i>	2	QL(60 GM por 30 días)
<i>lidocaine oint 5%</i>	2	QL(100 GM por 30 días)
<i>lidocaine ptch 5%</i>	2	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>premium lidocaine</i>	2	QL(100 GM por 30 días)
SM ALCOHOL	4	EC
Ansiolíticos		
<i>Ansiolíticos, otros</i>		
<i>buspirone hcl tabs 15mg</i>	2	
<i>buspirone hydrochloride tabs 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	2	
<i>Benzodiazepinas</i>		
<i>alprazolam</i>	2	
<i>alprazolam er</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clorazepate dipotassium tabs</i>	2	
<i>diazepam intensol</i>	2	
<i>diazepam soln, tabs</i>	2	
<i>lorazepam intensol</i>	2	
<i>lorazepam tabs</i>	2	
<i>oxazepam</i>	2	
Antibacterianos		
<i>Aminoglicósidos</i>		
<i>amikacin sulfate inj 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	2	
ARIKAYCE	3	PA; NEDS SP
<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 crea 0.1%</i>	2	
<i>gentamicin sulfate inj 40mg/ml</i>	2	
<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	2	
<i>isotonic gentamicin inj 0.8mg/ml; 0.9%</i>	2	
<i>neomycin sulfate</i>	2	
<i>streptomycin sulfate inj 1gm</i>	2	NEDS SP
<i>tobramycin sulfate inj 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml</i>	2	
<i>Antibacterianos, otros</i>		
<i>aztreonam inj 1gm</i>	2	
<i>aztreonam inj 2gm</i>	2	NEDS SP
BACITRACIN ZINC OINT	4	EC
BACITRACIN EXTERNAL OINT 500UNIT/GM	4	EC
<i>clindacin-p</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 crea 2%</i>	2	
<i>clindamycin phosphate inj 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/60ml, 900mg/6ml</i>	2	
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	2	
<i>colistimethate sodium</i>	2	NEDS SP
<i>daptomycin</i>	2	NEDS SP
<i>daptomycin/sodium chloride</i>	2	
GNP HYDROGEN PEROXIDE	4	EC
GNP TRIPLE ANTIBIOTIC PLUS	4	EC
HM BACITRACIN	4	EC
HYDROGEN PEROXIDE SOLN	4	EC
IMPAVIDO	3	NEDS SP
<i>linezolid tabs</i>	2	
<i>linezolid susr</i>	2	NEDS SP

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>linezolid inj 600mg/300ml</i>	2	
<i>methenamine hippurate</i>	2	
<i>methenamine mandelate tabs 0.5gm, 1gm</i>	2	
<i>metronidazole vaginal</i>	2	
<i>metronidazole inj 500mg/100ml</i>	2	
<i>metronidazole tabs 250mg, 500mg</i>	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	2	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	2	
NUVESSA	3	
POVIDONE-IODINE SOLN	4	EC
SM TRIPLE ANTIBIOTIC PLUS MAXIMUM STRENGTH	4	EC
<i>tigecycline</i>	2	NEDS SP
<i>tinidazole</i>	2	
<i>trimethoprim tabs</i>	2	
TRIPLE ANTIBIOTIC OINT 400UNIT/GM; 3.5MG/GM; 5000UNIT/GM	4	EC
<i>vancomycin hcl inj 0.9%; 1gm/200ml, 100gm, 10gm</i>	2	
<i>vancomycin hydrochloride caps</i>	2	
<i>vancomycin hydrochloride inj 1.25gm, 1.5gm, 1.75gm, 1gm, 2gm, 500mg, 5gm, 750mg</i>	2	
<i>vancomycin inj 0.9%; 500mg/100ml, 0.9%; 750mg/150ml</i>	2	
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefaclor caps</i>	2	
<i>cefaclor susr 125mg/5ml, 375mg/5ml</i>	2	
<i>cefadroxil caps, susr</i>	2	
<i>cefazolin sodium/dextrose inj 1gm; 4%, 2gm; 3%, 3gm; 2%</i>	2	
<i>cefazolin sodium inj 10gm, 1gm/50ml; 4%, 1gm, 2gm, 500mg</i>	2	
<i>cefazolin/dextrose inj 3gm/150ml; 4%</i>	2	
<i>cefazolin inj 2gm/100ml; 4%, 2gm, 3gm</i>	2	
<i>cefdinir</i>	2	
<i>cefepime</i>	2	
<i>cefepime hydrochloride inj 2gm</i>	2	
<i>cefepime/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>cefprozil</i>	2	
<i>ceftazidime inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	2	
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	2	
<i>ceftriaxone sodium inj 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	2	
<i>ceftriaxone/dextrose inj 1gm; 3.74%</i>	2	
<i>cefuroxime axetil tabs</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm, 750mg</i>	2	
<i>cephalexin</i>	2	
<i>tazicef inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	2	
TEFLARO	3	NEDS SP
Betalactámico, penicilinas		
<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	
BICILLIN L-A INJ 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	3	
<i>dicloxacillin sodium</i>	2	
<i>nafticillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	2	
<i>oxacillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	2	
<i>penicillin g potassium in iso-osmotic dextrose inj 0; 20000unit/ml</i>	2	
<i>penicillin g potassium inj 20000000unit, 5000000unit</i>	2	
<i>penicillin g sodium</i>	2	NEDS SP
<i>penicillin v potassium</i>	2	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	2	
ZOSYN INJ 5%; 4GM/100ML; 0.5GM/100ML	3	
Carbapenemas		
<i>ertapenem sodium</i>	2	
<i>imipenem/cilastatin</i>	2	
<i>meropenem</i>	2	
Macrólidos		
<i>azithromycin pack, susr, tabs</i>	2	
<i>azithromycin inj 500mg</i>	2	
<i>clarithromycin er</i>	2	
<i>clarithromycin susr, tabs</i>	2	
DIFICID	3	NEDS SP
<i>erythromycin dr</i>	2	
<i>erythromycin ethylsuccinate tabs</i>	2	
<i>fidaxomicin</i>	2	NEDS SP
Quinolonas		
<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	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levofloxacin in d5w</i>	2	
<i>levofloxacin oral soln 25mg/ml</i>	2	
<i>levofloxacin tabs 250mg, 500mg, 750mg</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride tabs 400mg</i>	2	
Sulfonamidas		
<i>sulfacetamide sodium lotn 10%</i>	2	
<i>sulfadiazine tabs</i>	2	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	2	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim susp, tabs</i>	2	
Tetraciclínas		
DOXY 100	3	
<i>doxycycline hyclate caps, inj</i>	2	
<i>doxycycline hyclate tabs 100mg, 150mg, 20mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate caps 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate tabs</i>	2	
<i>doxycycline susr</i>	2	
<i>minocycline hcl caps 75mg</i>	2	
<i>minocycline hcl tabs 100mg, 75mg</i>	2	
<i>minocycline hydrochloride caps 100mg, 50mg</i>	2	
<i>minocycline hydrochloride tabs 50mg</i>	2	
<i>mondoxylene nl caps 100mg</i>	2	
<i>tetracycline hydrochloride caps</i>	2	
VIBRAMYCIN SYRP	3	
Anticonvulsivos		
Agentes de modificación de los canales de calcio		
<i>ethosuximide</i>	2	
<i>methsuximide</i>	2	
Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)		
<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 SP
<i>diazepam rectal gel</i>	2	
<i>divalproex sodium dr</i>	2	
<i>divalproex sodium er</i>	2	
<i>gabapentin caps, soln</i>	2	
<i>gabapentin tabs 600mg, 800mg</i>	2	
LIBERVANT	3	QL(10 EA por 30 días)

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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>pregabalin</i>	2	
<i>primidone tabs</i>	2	
SYMPAZAN FILM 5MG	3	
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	3	NEDS SP
<i>tiagabine hydrochloride</i>	2	
VALTOCO 10 MG DOSE	3	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
VALTOCO 15 MG DOSE	3	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
VALTOCO 20 MG DOSE	3	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
VALTOCO 5 MG DOSE	3	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
<i>vigabatrin</i>	2	NEDS SP
<i>vigadrone</i>	2	NEDS SP
VIGAFYDE	3	PA NSO; NEDS SP
<i>vigpoder</i>	2	NEDS SP
ZTALMY	3	PA NSO; NEDS SP
<i>Agentes para los canales de sodio</i>		
APTIOM	3	
<i>carbamazepine er</i>	2	
<i>carbamazepine chew 100mg</i>	2	
<i>carbamazepine susp, tabs</i>	2	
<i>epitol</i>	2	
<i>eslicarbazepine acetate</i>	2	
<i>lacosamide inj, oral soln</i>	2	
<i>lacosamide tabs</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxcarbazepine</i>	2	
<i>phenytek</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended</i>	2	
<i>phenytoin chew, susp</i>	2	
<i>rufinamide susp</i>	2	NEDS SP
<i>rufinamide tabs 200mg</i>	2	
<i>rufinamide tabs 400mg</i>	2	NEDS SP
XCOPRI TABS	3	NEDS SP

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
XCOPRI TBPk 0	3	
XCOPRI TBPk 0	3	NEDS SP
ZONISADE	3	
<i>zonisamide</i>	2	
Anticonvulsivos, otros		
BRIVIACT SOLN, TABS	3	NEDS SP
EPIDIOLEX	3	PA NSO; NEDS SP
EPRONTIA	3	
<i>felbamate</i>	2	
FINTEPLA	3	PA NSO; NEDS SP
FYCOMPA	3	
<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 chew, tabs</i>	2	
<i>levetiracetam er</i>	2	
<i>levetiracetam inj, oral soln, tabs, tb3d</i>	2	
NAYZILAM	3	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
<i>perampanel</i>	2	
<i>roweepra tabs 500mg</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	
<i>topiramate csp, soln, tabs</i>	2	
<i>valproic acid</i>	2	
Antidepresivos		
Antidepresivos, otros		
AUVELITY	3	
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 100mg, 150mg, 200mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tb24 150mg, 300mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride tabs</i>	2	
<i>mirtazapine odt</i>	2	
<i>mirtazapine tabs</i>	2	
ZURZUVAE CAPS 30MG	3	QL(14 EA por 14 días); PA NSO; NEDS SP

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
ZURZUVAE CAPS 20MG, 25MG	3	QL(28 EA por 14 días); PA NSO; NEDS SP
<i>Inhibidores de la monoaminoxidasa</i>		
EMSAM	3	ST NSO; NEDS SP
MARPLAN	3	
<i>phenelzine sulfate</i>	2	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	2	
<i>Tricíclicos</i>		
<i>amitriptyline hcl tabs 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	2	
<i>amitriptyline hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	
<i>amoxapine</i>	2	
<i>clomipramine hydrochloride</i>	2	
<i>desipramine hydrochloride</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>imipramine hcl tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>imipramine hydrochloride tabs 10mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl caps 25mg, 75mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl soln</i>	2	
<i>nortriptyline hydrochloride caps 10mg, 50mg</i>	2	
<i>protriptyline hcl</i>	2	
<i>trimipramine maleate caps</i>	2	
Antidepressants		
<i>SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)</i>		
<i>citalopram hydrobromide</i>	2	
<i>desvenlafaxine er</i>	2	
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 hydrochloride dr cpep 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr cpep 30mg, 40mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate</i>	2	
FETZIMA	3	ST NSO
FETZIMA TITRATION PACK	3	ST NSO
<i>fluoxetine dr</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluoxetine hydrochloride</i>	2	
<i>fluvoxamine maleate</i>	2	
<i>nefazodone hydrochloride</i>	2	
<i>paroxetine hcl</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride</i>	2	
<i>raldesy</i>	3	NEDS SP
<i>sertraline hcl</i>	2	
<i>sertraline hydrochloride</i>	2	
<i>trazodone hydrochloride</i>	2	
TRINTELLIX	3	
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	2	
VIIBRYD STARTER PACK	3	
<i>vilazodone hydrochloride</i>	2	
Antieméticos		
Adyuvantes para terapia emetogénica		
<i>aprepitant caps 0, 40mg, 80mg</i>	2	PA BvD
<i>aprepitant caps 125mg</i>	2	PA BvD; NEDS SP
<i>dronabinol</i>	2	PA BvD
<i>granisetron hydrochloride tabs</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron hcl soln</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron hcl tabs 24mg</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron hydrochloride tabs</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron odt tbdp 4mg, 8mg</i>	2	PA BvD
Antieméticos, otros		
MECLIZINE 25	4	EC
MECLIZINE HCL TABS 12.5MG	4	EC
<i>meclizine hcl tabs 12.5mg, 25mg</i>	2	
MECLIZINE HYDROCHLORIDE CHEW	4	EC
<i>prochlorperazine edisylate inj 10mg/2ml</i>	2	
<i>prochlorperazine maleate tabs</i>	2	
<i>prochlorperazine supp 25mg</i>	2	
<i>promethazine hcl inj</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>scopolamine</i>	2	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
<i>dapsone tabs</i>	2	
<i>rifabutin</i>	2	
Antituberculosos		
<i>ethambutol hydrochloride</i>	2	
<i>isoniazid syrp, tabs</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
PRIFTIN	3	
<i>pyrazinamide tabs</i>	2	
<i>rifampin caps, inj</i>	2	
SIRTURO	3	PA; NEDS SP
TRECTOR	3	
Antimicóticos		
<i>Antimicóticos</i>		
ABELCET	3	PA
<i>amphotericin b</i>	2	PA
<i>amphotericin b liposome</i>	2	PA; NEDS SP
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>fluconazole</i>	2	
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	2	
<i>flucytosine</i>	2	NEDS SP
GNP CLOTRIMAZOLE 3	4	EC
<i>griseofulvin microsize</i>	2	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	2	
<i>itraconazole</i>	2	
<i>ketoconazole sham, tabs</i>	2	
<i>ketoconazole crea</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>klayesta</i>	2	
<i>micafungin</i>	2	
<i>miconazole 3</i>	2	
MICONAZOLE 3 COMBINATION PACK	4	EC
MICONAZOLE 3 COMBO PACK	4	EC
MICONAZOLE 7	4	EC
MICONAZOLE NITRATE	4	EC
<i>naftifine hydrochloride</i>	2	
<i>nyamyc</i>	2	
<i>nystatin</i>	2	
<i>nystop</i>	2	
<i>posaconazole</i>	2	NEDS SP
<i>posaconazole dr</i>	2	NEDS SP
SM CLOTRIMAZOLE VAGINAL	4	EC
SM MICONAZOLE 3	4	EC
<i>terbinafine hcl</i>	2	QL(42 EA por 42 días)

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>terconazole</i>	2	
TOLNAFTATE	4	EC
TOLNAFTATE ANTIFUNGAL	4	EC
<i>voriconazole tabs</i>	2	
<i>voriconazole susr</i>	2	NEDS SP
<i>voriconazole inj</i>	2	PA; NEDS SP
Antineoplásicos		
<i>Agentes alquilantes</i>		
<i>cyclophosphamide caps, tabs</i>	2	PA BvD
GLEOSTINE CAPS 100MG, 10MG, 40MG	3	
LEUKERAN	3	NEDS SP
MATULANE	3	NEDS SP
VALCHLOR	3	NEDS SP
<i>Agentes antiangiogénicos</i>		
<i>lenalidomide</i>	2	PA NSO; NEDS SP
POMALYST	3	PA NSO; NEDS SP
REVLIMID	3	PA NSO; NEDS SP
THALOMID	3	NEDS SP
<i>Antiandrogénicos</i>		
<i>abiraterone acetate</i>	2	PA NSO; NEDS SP
ABIRTEGA	2	PA NSO
<i>bicalutamide</i>	2	
ERLEADA	3	PA NSO; NEDS SP
EULEXIN	3	
<i>flutamide</i>	2	
<i>nilutamide</i>	2	NEDS SP
NUBEQA	3	PA NSO; NEDS SP
XTANDI	3	PA NSO; NEDS SP
<i>Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco</i>		
DARZALEX	3	NEDS SP
OPDIVO	3	NEDS SP
YERVOY	3	NEDS SP
<i>Antiestrógenos/modificadores</i>		
EMCYT	3	NEDS SP
ORSERDU	3	PA NSO; NEDS SP
SOLTAMOX	3	NEDS SP
<i>tamoxifen citrate tabs</i>	2	
<i>toremifene citrate</i>	2	NEDS SP
<i>Antimetabolitos</i>		
DROXIA	3	
<i>hydroxyurea caps</i>	2	
<i>mercaptopurine tabs</i>	2	
<i>mercaptopurine susp</i>	2	NEDS SP

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
PURIXAN	3	NEDS SP
TABLOID	3	
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA	3	PA NSO; NEDS SP
<i>bortezomib inj 1mg, 2.5mg</i>	2	
<i>bortezomib inj 3.5mg/1.4ml, 3.5mg</i>	2	NEDS SP
<i>boruzu</i>	2	
<i>docetaxel inj 160mg/8ml, 20mg/ml, 80mg/4ml</i>	2	
IBRANCE TABS 100MG, 125MG, 75MG	3	PA NSO; NEDS SP
INREBIC	3	PA NSO; NEDS SP
ITOVEBI TABS 9MG	3	PA NSO; NEDS SP
ITOVEBI TABS 3MG	3	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
IWILFIN	3	PA NSO; NEDS SP
KISQALI FEMARA 200 DOSE	3	PA NSO; NEDS SP
KISQALI FEMARA 400 DOSE	3	PA NSO; NEDS SP
KISQALI FEMARA 600 DOSE	3	PA NSO; NEDS SP
LAZCLUZE TABS 240MG	3	PA NSO; NEDS SP
LAZCLUZE TABS 80MG	3	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
<i>leucovorin calcium tabs</i>	2	
LONSURF	3	PA NSO; NEDS SP
LYSODREN	3	NEDS SP
MODEYSO	3	PA NSO; NEDS SP
OGSIVEO	3	PA NSO; NEDS SP
OJEMDA	3	PA NSO; NEDS SP
ONUREG	3	PA NSO; NEDS SP
<i>paclitaxel inj 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml, 30mg/5ml</i>	2	
REVUFORJ	3	PA NSO; NEDS SP
SYNRIBO	3	NEDS SP
TRUSELTIQ	3	PA NSO; NEDS SP
VONJO	3	PA NSO; NEDS SP
ZOLINZA	3	PA NSO; NEDS SP
Complementos del tratamiento		
<i>mesna tabs</i>	2	NEDS SP
MESNEX TABS	3	NEDS SP
VORANIGO TABS 40MG	3	PA NSO; NEDS SP
VORANIGO TABS 10MG	3	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>Inhibidores de enzimas</i>		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	3	PA NSO; NEDS SP
KYPROLIS	3	NEDS SP
<i>Inhibidores de la aromatasa, tercera generación</i>		
<i>anastrozole tabs</i>	2	
<i>exemestane</i>	2	
<i>letrozole</i>	2	
<i>Inhibidores moleculares dirigidos</i>		
ALECENSA	3	PA NSO; NEDS SP
ALUNBRIG	3	PA NSO; NEDS SP
AUGTYRO	3	PA NSO; NEDS SP
AYVAKIT	3	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
BALVERSA	3	PA NSO; NEDS SP
BOSULIF CAPS 50MG	3	PA NSO; NEDS SP
BOSULIF CAPS 100MG	3	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
BOSULIF TABS 100MG	3	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
BOSULIF TABS 400MG, 500MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
BRAFTOVI CAPS 75MG	3	PA NSO; NEDS SP
BRUKINSA CAPS	3	PA NSO; NEDS SP
BRUKINSA TABS	3	PA; NEDS SP
CABOMETYX	3	PA NSO; NEDS SP
CALQUENCE	3	PA NSO; NEDS SP
CAPRELSA TABS 300MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
CAPRELSA TABS 100MG	3	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
COMETRIQ	3	PA NSO; NEDS SP
COPIKTRA	3	PA NSO; NEDS SP
COTELLIC	3	PA NSO; NEDS SP
DANZITEN	3	PA NSO; NEDS SP
<i>dasatinib</i>	2	PA NSO; NEDS SP
DAURISMO	3	PA NSO; NEDS SP
ERIVEDGE	3	PA NSO; NEDS SP

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>erlotinib hydrochloride tabs 150mg, 25mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días); NEDS SP
<i>erlotinib hydrochloride tabs 100mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días); NEDS SP
<i>everolimus tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
<i>everolimus tbso 2mg, 3mg, 5mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
EXKIVITY	3	PA NSO; NEDS SP
FOTIVDA	3	PA NSO; NEDS SP
FRUZAQLA	3	PA NSO; NEDS SP
GAVRETO	3	PA NSO; NEDS SP
<i>gefitinib</i>	2	PA NSO; NEDS SP
GILOTRIF	3	PA NSO; NEDS SP
GOMEKLI	3	PA NSO; NEDS SP
HERNEXEOS	3	PA NSO; NEDS SP
IBRANCE CAPS 100MG, 125MG, 75MG	3	PA NSO; NEDS SP
IBTROZI	3	PA NSO; NEDS SP
ICLUSIG	3	PA NSO; NEDS SP
IDHIFA	3	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
<i>imatinib mesylate tabs</i>	2	NEDS SP
IMBRUVICA	3	PA NSO; NEDS SP
IMKELDI	3	PA NSO; NEDS SP
INLYTA	3	PA NSO; NEDS SP
INQOVI	3	PA NSO; NEDS SP
JAKAFI	3	PA NSO; NEDS SP
JAYPIRCA	3	PA NSO; NEDS SP
KISQALI	3	PA NSO; NEDS SP
KOSELUGO	3	PA NSO; NEDS SP
KRAZATI	3	PA NSO; NEDS SP
<i>lapatinib ditosylate</i>	2	QL(180 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS SP
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS SP
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS SP
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS SP
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS SP
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS SP

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS SP
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS SP
LORBRENA	3	PA NSO; NEDS SP
LUMAKRAS	3	PA NSO; NEDS SP
LYNPARZA TABS	3	PA NSO; NEDS SP
LYTGOBI	3	PA NSO; NEDS SP
MEKINIST	3	PA NSO; NEDS SP
MEKTOVI	3	PA NSO; NEDS SP
NERLYNX	3	PA NSO; NEDS SP
<i>nilotinib hydrochloride</i>	2	PA NSO; NEDS SP
NINLARO	3	PA NSO; NEDS SP
ODOMZO	3	PA NSO; NEDS SP
OJJAARA	3	PA NSO; NEDS SP
<i>pazopanib hydrochloride tabs 200mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
PEMAZYRE	3	PA NSO; NEDS SP
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS SP
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS SP
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	3	PA NSO; NEDS SP
QINLOCK	3	PA NSO; NEDS SP
RETEVMO CAPS	3	PA NSO; NEDS SP
RETEVMO TABS 120MG, 160MG	3	PA NSO; NEDS SP
RETEVMO TABS 80MG	3	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
RETEVMO TABS 40MG	3	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
REZLIDHIA	3	PA NSO; NEDS SP
ROMVIMZA	3	PA NSO; NEDS SP
ROZLYTREK	3	PA NSO; NEDS SP
RUBRACA	3	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
RYDAPT	3	PA NSO; NEDS SP
SCSEMBLIX TABS 20MG, 40MG	3	PA NSO; NEDS SP
SCSEMBLIX TABS 100MG	3	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
<i>sorafenib</i>	2	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sorafenib tosylate</i>	2	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
SPRYCEL	3	PA NSO; NEDS SP
STIVARGA	3	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
<i>sunitinib malate</i>	2	PA NSO; NEDS SP
TABRECTA	3	PA NSO; NEDS SP
TAFINLAR	3	PA NSO; NEDS SP
TAGRISSE	3	PA NSO; NEDS SP
TALZENNA	3	PA NSO; NEDS SP
TASIGNA	3	PA NSO; NEDS SP
TAZVERIK	3	PA NSO; NEDS SP
TEPMETKO	3	PA NSO; NEDS SP
TIBSOVO	3	PA NSO; NEDS SP
TRUQAP	3	PA NSO; NEDS SP
TUKYSA	3	PA NSO; NEDS SP
TURALIO	3	PA NSO; NEDS SP
VANFLYTA	3	PA NSO; NEDS SP
VENCLEXTA STARTING PACK	3	PA NSO; NEDS SP
VENCLEXTA TABS 10MG, 50MG	3	PA NSO
VENCLEXTA TABS 100MG	3	PA NSO; NEDS SP
VERZENIO	3	PA NSO; NEDS SP
VITRAKVI	3	PA NSO; NEDS SP
VIZIMPRO	3	PA NSO; NEDS SP
XALKORI	3	PA NSO; NEDS SP
XOSPATA	3	PA NSO; NEDS SP
XPOVIO	3	PA NSO; NEDS SP
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	3	PA NSO; NEDS SP
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	3	PA NSO; NEDS SP
ZEJULA	3	PA NSO; NEDS SP
ZELBORAF	3	PA NSO; NEDS SP
ZYDELIG	3	PA NSO; NEDS SP
ZYKADIA TABS	3	PA NSO; NEDS SP
Retinoides		
<i>bexarotene caps</i>	2	NEDS SP
<i>bexarotene gel</i>	2	PA NSO; NEDS SP
PANRETIN	3	NEDS SP
<i>tretinoin caps 10mg</i>	2	NEDS SP
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole tabs</i>	2	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ivermectin tabs</i>	2	
<i>praziquantel tabs</i>	2	
REESES PINWORM MEDICINE SUSP 144MG/ML	4	EC
Antiprotazoico		
<i>atovaquone</i>	2	
<i>atovaquone/proguanil hcl tabs 62.5mg; 25mg</i>	2	
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	2	
<i>chloroquine phosphate tabs</i>	2	
COARTEM	3	QL(24 EA por 3 días)
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 200mg</i>	2	
<i>mefloquine hydrochloride</i>	2	
<i>nitazoxanide</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	NEDS SP
<i>quinine sulfate caps 324mg</i>	2	PA
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		
<i>chlorpromazine hcl tabs</i>	2	
<i>chlorpromazine hydrochloride conc, tabs</i>	2	
<i>fluphenazine decanoate inj</i>	2	
<i>fluphenazine hcl conc</i>	2	
<i>fluphenazine hydrochloride</i>	2	
<i>haloperidol decanoate inj</i>	2	
<i>haloperidol lactate</i>	2	
<i>haloperidol conc, tabs</i>	2	
<i>loxapine</i>	2	
<i>molindone hydrochloride</i>	2	
<i>perphenazine tabs</i>	2	
<i>pimozide</i>	2	
<i>thioridazine hydrochloride</i>	2	
<i>thiothixene caps 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	2	
<i>trifluoperazine hcl tabs 10mg, 2mg, 5mg</i>	2	
<i>trifluoperazine hydrochloride tabs 1mg</i>	2	
Resistente al tratamiento		
<i>clozapine odt</i>	2	
<i>clozapine tabs 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	
VERSACLOZ	3	NEDS SP
Segunda generación/atípico		
ABILIFY ASIMTUFII	3	NEDS SP
ABILIFY MAINTENA	3	NEDS SP

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT TBPk 10MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
ABILIFY MYCITE STARTER KIT TBPk 15MG, 20MG, 2MG, 30MG, 5MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
<i>aripiprazole</i>	2	
<i>aripiprazole odt</i>	2	
ARISTADA	3	NEDS SP
ARISTADA INITIO	3	NEDS SP
<i>asenapine maleate sl</i>	2	ST NSO
CAPLYTA	3	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
FANAPT	3	ST NSO; NEDS SP
FANAPT TITRATION PACK A	3	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK B	3	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK C	3	ST NSO
INVEGA HAFYERA	3	NEDS SP
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	3	
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	3	NEDS SP
INVEGA TRINZA	3	NEDS SP
<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 SP
NUPLAZID CAPS	3	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
NUPLAZID TABS 10MG	3	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
<i>olanzapine</i>	2	
<i>olanzapine odt</i>	2	
OPIPZA	3	PA NSO; NEDS SP
<i>paliperidone er</i>	2	
PERSERIS	3	NEDS SP
<i>quetiapine fumarate tabs 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg</i>	2	
<i>quetiapine fumarate tabs 25mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
REXULTI	3	NEDS SP
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG, 25MG	3	
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG, 50MG	3	NEDS SP
<i>risperidone</i>	2	
<i>risperidone er inj 12.5mg, 25mg</i>	2	
<i>risperidone er inj 37.5mg, 50mg</i>	2	NEDS SP
<i>risperidone odt</i>	2	
SECUADO	3	NEDS SP
VRAYLAR CPPK	3	
VRAYLAR CAPS	3	NEDS SP
<i>ziprasidone hcl</i>	2	
<i>ziprasidone mesylate</i>	2	
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	3	
ZYPREXA RELPREVV INJ 300MG, 405MG	3	NEDS SP
Antivírico		
<i>Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)</i>		
APTIVUS CAPS	3	NEDS SP
<i>atazanavir</i>	2	
<i>atazanavir sulfate caps 300mg</i>	2	
<i>darunavir</i>	2	NEDS SP
EVOTAZ	3	NEDS SP
<i>fosamprenavir calcium</i>	2	NEDS SP
KALETRA SOLN	3	
LEXIVA SUSP	3	
<i>lopinavir/ritonavir</i>	2	
NORVIR PACK, SOLN	3	
PREZCOBIX	3	NEDS SP
PREZISTA SUSP	3	NEDS SP
PREZISTA TABS 75MG	3	
PREZISTA TABS 150MG	3	NEDS SP
REYATAZ PACK	3	NEDS SP
<i>ritonavir</i>	2	
SYMTUZA	3	NEDS SP
VIRACEPT TABS 250MG	3	
VIRACEPT TABS 625MG	3	NEDS SP
<i>Agentes anti-VIH, otros</i>		
FUZEON	3	NEDS SP
<i>maraviroc tabs 300mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días); NEDS SP
<i>maraviroc tabs 150mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días); NEDS SP
RUKOBIA	3	NEDS SP

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
SELZENTRY SOLN	3	QL(1800 ML por 30 días)
SELZENTRY TABS 25MG	3	
SELZENTRY TABS 75MG	3	NEDS SP
SUNLENCA TBPK	3	NEDS SP
SUNLENCA TABS	3	QL(24 EA por 168 días); NEDS SP
TYBOST	3	
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
<i>cidofovir</i>	2	NEDS SP
LIVTENCITY	3	PA; NEDS SP
PREVYMIS TABS	3	PA; NEDS SP
PREVYMIS PACK 20MG	3	PA
PREVYMIS PACK 120MG	3	PA; NEDS SP
<i>valganciclovir</i>	2	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	2	NEDS SP
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl caps, soln, tabs</i>	2	
<i>oseltamivir phosphate caps, susr</i>	2	
RELENZA DISKHALER	3	
<i>rimantadine hydrochloride</i>	2	
XOFLUZA TBPK 40MG, 80MG	3	QL(1 EA por 7 días)
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET	3	PA; NEDS SP
<i>ribavirin caps</i>	2	
<i>ribavirin tabs 200mg</i>	2	
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	2	PA; NEDS SP
VOSEVI	3	PA; NEDS SP
Agentes antiherpéticos		
<i>acyclovir sodium inj 50mg/ml</i>	2	PA
<i>acyclovir caps, susp, tabs</i>	2	
<i>famciclovir tabs</i>	2	
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	2	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY	3	NEDS SP
DOVATO	3	NEDS SP
GENVOYA	3	NEDS SP
ISENTRESS HD	3	QL(60 EA por 30 días); NEDS SP
ISENTRESS PACK	3	
ISENTRESS TABS	3	QL(120 EA por 30 días); NEDS SP

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
ISENTRESS CHEW 100MG	3	QL(180 EA por 30 días); NEDS SP
ISENTRESS CHEW 25MG	3	QL(720 EA por 30 días)
JULUCA	3	NEDS SP
STRIBILD	3	NEDS SP
TIVICAY PD	3	
TIVICAY TABS 10MG	3	
TIVICAY TABS 25MG, 50MG	3	NEDS SP
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
COMPLERA	3	NEDS SP
DELSTRIGO	3	NEDS SP
EDURANT	3	NEDS SP
EDURANT PED	3	NEDS SP
<i>efavirenz</i>	2	
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	2	NEDS SP
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	2	NEDS SP
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	2	NEDS SP
<i>etravirine</i>	2	NEDS SP
INTELENCE TABS 25MG	3	
<i>nevirapine</i>	2	
<i>nevirapine er</i>	2	
PIFELTRO	3	NEDS SP
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir</i>	2	
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	2	
CIMDUO	3	NEDS SP
DESCOVY	3	NEDS SP
<i>emtricitabine</i>	2	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	2	NEDS SP
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg; 300mg</i>	2	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg; 150mg, 133mg; 200mg</i>	2	NEDS SP
EMTRIVA SOLN	3	
<i>lamivudine/zidovudine</i>	2	
<i>lamivudine soln 10mg/ml</i>	2	
<i>lamivudine tabs 150mg, 300mg</i>	2	
ODEFSEY	3	NEDS SP
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	2	
TRIUMEQ	3	NEDS SP

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
TRIUMEQ PD	3	
TRIZIVIR	3	NEDS SP
VIREAD POWD	3	NEDS SP
VIREAD TABS 150MG, 200MG, 250MG	3	NEDS SP
<i>zidovudine</i>	2	
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil</i>	2	
<i>entecavir</i>	2	
<i>lamivudine tabs 100mg</i>	2	
VEMLIDY	3	NEDS SP
Antivirales, agentes de coronavirus		
PAXLOVID TBP 150MG; 100MG	3	QL(11 EA por 5 días)
PAXLOVID TBP 150MG; 100MG	3	QL(20 EA por 5 días)
PAXLOVID TBP 300MG; 100MG	3	QL(30 EA por 5 días)
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Aglutinantes de potasio		
LOKELMA	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powd</i>	2	
<i>sps</i>	2	
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
VITAMIN B1 TABS 100MG	4	EC
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET	3	NEDS SP
<i>deferasirox tabs</i>	2	
<i>deferasirox pack</i>	2	NEDS SP
<i>deferasirox tbso 125mg</i>	2	
<i>deferasirox tbso 250mg, 500mg</i>	2	NEDS SP
<i>penicillamine tabs</i>	2	NEDS SP
<i>trientine hydrochloride</i>	2	NEDS SP
Quelantes de fosfato		
<i>calcium acetate caps</i>	2	
<i>calcium acetate tabs 667mg</i>	2	EC
<i>sevelamer carbonate</i>	2	
VELPHORO	3	NEDS SP
Reemplazo de electrolitos/minerales		
AMINOSYN II INJ 107.6MEQ/L; 1490MG/100ML; 1527MG/100ML; 1050MG/100ML; 1107MG/100ML; 750MG/100ML; 450MG/100ML; 990MG/100ML; 1500MG/100ML; 1575MG/100ML; 258MG/100ML; 405MG/100ML; 447MG/100ML; 1083MG/100ML; 795MG/100ML; 50MEQ/L; 600MG/100ML; 300MG/100ML; 750MG/100ML	3	PA BvD

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	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
CALCIUM 500/VITAMIN D3	4	EC
CALCIUM 600 WITH VITAMIN D CHEW	4	EC
CALCIUM CARBONATE SUSP	4	EC
CALCIUM CARBONATE TABS 1250MG	4	EC
CALCIUM CITRATE TABS 200MG	4	EC
CALCIUM HIGH POTENCY TABS 1500MG	4	EC
<i>carglumic acid</i>	2	PA; NEDS SP
CHELATED MAGNESIUM	4	EC
CLINIMIX 6/5	3	PA BvD
CLINIMIX 8/10	3	PA BvD
CLINIMIX E 8/10	3	PA BvD
<i>dextrose 10%</i>	2	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	2	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 5%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	2	
<i>dextrose 50%</i>	2	
<i>dextrose 70%</i>	2	
<i>dextrose/sodium chloride</i>	2	
<i>effe-k tbe f 25meq</i>	2	
FERROUS GLUCONATE TABS 240MG, 324MG	4	EC
FERROUS SULFATE TBEC	4	EC
FERROUS SULFATE SOLN 220MG/5ML, 300MG/5ML	4	EC
FERROUS SULFATE TABS 325MG	4	EC
<i>glucose (dextrose) 50%</i>	2	
<i>glucose (dextrose) 70%</i>	2	
IRON POLYSACCHARIDE COMPLEX	4	EC
IRON TBCR 45MG	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	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<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	
<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	
KP FERROUS GLUCONATE	4	EC
<i>lactated ringers inj 3meq/l; 109meq/l; 28meq/l; 4meq/l; 130meq/l</i>	2	
MAG-OXIDE	4	EC
MAGNESIUM GLYCINATE CAPS 100MG	4	EC
MAGNESIUM OXIDE CAPS 500MG	4	EC
MAGNESIUM OXIDE TABS 250MG, 400MG, 420MG	4	EC
<i>magnesium sulfate inj 50%</i>	2	
MAGNESIUM TABS 250MG, 500MG	4	EC
PLENAMINE	3	PA BvD
<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/50ml, 20meq/50ml, 2meq/ml</i>	2	
<i>potassium citrate er</i>	2	
PREMASOL INJ 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	3	PA BvD
PROSOL	3	PA BvD
<i>sodium chloride 0.45% inj</i>	2	
<i>sodium chloride inj 0.9%, 2.5meq/ml, 3%, 4meq/ml, 5%</i>	2	
SODIUM CHLORIDE TABS 1GM	4	EC
SODIUM FLUORIDE CHEW 0.25MG, 0.5MG, 1MG	4	EC
SODIUM FLUORIDE SOLN 0.5MG/ML	4	EC

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025
Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
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
Vitaminas		
B COMPLEX/C TABS 300MG; 150MG; 10MG; 50MG; 5MG; 10.2MG; 15MG	4	EC
B COMPLEX CAPS 5MG; 1MCG; 60MG; 20MG; 0.5MG; 3MG; 3MG; 60MG	4	EC
B COMPLEX TABS 6MCG; 0.4MG; 20MG; 10MG; 2MG; 1.7MG; 1.2MG	4	EC
B-12 QUICK DISSOLVE SUBL 1000MCG	4	EC
B-COMPLEX/B-12 LIQD 1200MCG/ML; 30MG/ML; 20MG/ML; 2MG/ML; 1.7MG/ML	4	EC
B-COMPLEX CAPS 5MG; 1MCG; 400MCG; 60MG; 20MG; 0.5MG; 3MG; 3MG; 60MG	4	EC
B-COMPLEX TABS 6MCG; 400MCG; 20MG; 2MG; 1.7MG; 1.5MG	4	EC
C COMPLEX TBCR 500MG; 25MG; 25MG; 40MG; 5MG	4	EC
CALCIUM ASCORBATE TABS	4	EC
COD LIVER OIL CAPS 4000UNIT; 200UNIT	4	EC
CYANOCOBALAMIN INJ 1000MCG/ML	4	EC
D 5000 CAPS	4	EC
D-5000	4	EC
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX	4	EC
ENDUR-ACIN TBCR 750MG	4	EC
ENDUR-AMIDE TBCR 750MG	4	EC
ERGOCALCIFEROL SOLN 8000UNIT/ML	4	EC
FOLIC ACID INJ	4	EC
FOLIC ACID CAPS 800MCG	4	EC
FOLIC ACID TABS 1MG, 400MCG, 800MCG	4	EC
GNP VITAMIN E WATER DISPERSIBLE	4	EC
HEALTHY KIDS COD LIVER OIL/VITAMIN D	4	EC
KP FOLIC ACID TABS 1MG	4	EC

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
LIQUID VITAMIN C	4	EC
MULTI VITAMIN TABS 60MG; 0; 45MG; 0; 10MG; 0; 400UNIT; 6MCG; 400MCG; 20MG; 2MG; 3000UNIT; 1.7MG; 1.5MG; 30UNIT	4	EC
MULTI-VIT/IRON/FLUORIDE SOLN 35MG/ML; 400UNIT/ML; 10MG/ML; 8MG/ML; 0.4MG/ML; 1500UNIT/ML; 0.6MG/ML; 0.25MG/ML; 0.5MG/ML; 5UNIT/ML	4	EC
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE DROPS SOLN 35MG/ML; 400UNIT/ML; 2MCG/ML; 8MG/ML; 0.4MG/ML; 1500UNIT/ML; 0.6MG/ML; 0.5MG/ML; 0.5MG/ML; 5UNIT/ML	4	EC
MULTI-VITAMIN/MINERALS TABS 60MG; 160MG; 6MCG; 18MG; 0.4MG; 150MCG; 100MG; 20MG; 125MG; 2MG; 1.7MG; 1.2MG; 5000UNIT; 400UNIT; 15MG	4	EC
MULTIVITAMIN CHILDRENS CHEW 60MG; 0; 10MCG; 4.5MCG; 300MCG; 13.5MG; 1.05MG; 750MCG; 1.2MG; 0; 1.05MG; 6.75MG; 0	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 WITH FLUORIDE SOLN	4	EC
NIACIN TIMED RELEASE	4	EC
NIACIN TR CPR 250MG	4	EC
NIACIN TR TBCR 250MG	4	EC
NIACINAMIDE PROLONGED RELEASE	4	EC
NIACINAMIDE TABS 500MG	4	EC
NIACIN TABS 100MG, 250MG, 500MG, 50MG	4	EC
PHYTONADIONE TABS	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 A PALMITATE TABS 10000UNIT	4	EC
VITAMIN A CAPS 10000UNIT, 8000UNIT	4	EC
VITAMIN B COMPLEX TABS 2MCG; 15MG; 5MG; 2MG; 2MG; 2MG	4	EC
VITAMIN B-12 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

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
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 250MG	4	EC
VITAMIN B6 TABS 250MG	4	EC
VITAMIN C GUMMIES	4	EC
VITAMIN C TR TBCR 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 TABS 1000MG, 250MG, 500MG	4	EC
VITAMIN D (ERGOCALCIFEROL)	4	EC
VITAMIN D INFANT LIQD 400UNIT/ML	4	EC
VITAMIN D-3 TABS 2000UNIT	4	EC
VITAMIN D3 400	4	EC
VITAMIN D3 CAPS 1000UNIT, 250MCG; 0; 0, 50MCG	4	EC
VITAMIN D3 CHEW 1000UNIT, 2000UNIT, 400UNIT	4	EC
VITAMIN D3 TABS 25MCG, 400UNIT	4	EC
VITAMIN D CAPS 50000UNIT	4	EC
VITAMIN E CAPS 400UNIT, 90MG	4	EC
VITAMIN E SOLN 15MG/0.67ML	4	EC
VITAMIN K1 INJ 10MG/ML, 1MG/0.5ML	4	EC
VITAMINS A & D	4	EC
Productos y modificadores sanguíneos		
<i>Agentes homeostáticos</i>		
<i>aminocaproic acid inj, oral soln</i>	2	
<i>aminocaproic acid tabs 500mg</i>	2	
<i>tranexamic acid tabs</i>	2	
<i>Agentes modificadores de plaquetas</i>		
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	2	
BRILINTA	3	
CABLIVI	3	NEDS SP
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel</i>	2	
DOPTELET	3	PA; NEDS SP
<i>prasugrel hydrochloride</i>	2	
<i>Anticoagulantes</i>		
<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	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fondaparinux sodium inj 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	2	NEDS SP
FRAGMIN INJ 10000UNIT/4ML, 2500UNIT/0.2ML, 5000UNIT/0.2ML	3	
FRAGMIN INJ 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNIT/0.72ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	3	NEDS SP
<i>heparin sodium/d5w inj 5%; 40unit/ml</i>	2	
<i>heparin sodium inj 10000unit/ml, 1000unit/ml, 20000unit/ml, 5000unit/0.5ml, 5000unit/ml</i>	2	
<i>jantoven</i>	2	
<i>rivaroxaban susr</i>	2	
<i>warfarin sodium tabs</i>	2	
XARELTO STARTER PACK	3	
XARELTO TABS	3	
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	2	
<i>eltrombopag olamine</i>	2	PA; NEDS SP
MOZOBIL	3	NEDS SP
NEULASTA	3	NEDS SP
NEULASTA ONPRO KIT	3	NEDS SP
<i>plerixafor</i>	2	NEDS SP
PROCRT INJ 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	3	
PROCRT INJ 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	3	NEDS SP
PROMACTA	3	PA; NEDS SP
RETACRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	3	
RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	3	NEDS SP
UDENYCA	3	NEDS SP
UDENYCA ONBODY	3	NEDS SP
ZARXIO	3	NEDS SP
Reguladores de la glucemia		
Agentes antidiabéticos		
<i>acarbose tabs</i>	2	
<i>glimepiride tabs 1mg, 2mg, 4mg</i>	2	
<i>glipizide er</i>	2	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	2	
<i>glipizide tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>glyburide micronized</i>	2	
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	2	
<i>glyburide tabs 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	2	
GLYXAMBI	3	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
JANUMET	3	
JANUMET XR	3	
JANUVIA	3	
JENTADUETO	3	
JENTADUETO XR	3	
<i>metformin hydrochloride er tb24 500mg, 750mg</i>	2	
<i>metformin hydrochloride soln</i>	2	
<i>metformin hydrochloride tabs 1000mg, 500mg, 850mg</i>	2	
<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
<i>saxagliptin hydrochloride</i>	2	
<i>saxagliptin hydrochloride/metformin hydrochloride er</i>	2	
SYMLINPEN 120	3	NEDS SP
SYMLINPEN 60	3	NEDS SP
SYNJARDY	3	
SYNJARDY XR	3	
TRADJENTA	3	
TRULICITY	3	PA
XIGDUO XR	3	
Agentes antiglucémicos		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
<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	
GLUTOSE 5	4	EC
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	
GVOKE KIT	3	
GVOKE PFS	3	
Insulinas		

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
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	
INSULIN LISPRO	3	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	2	
INSULIN LISPRO KWIKPEN	2	
INSULIN LISPRO PROTAMINE/INSULIN LISPRO KWIKPEN	2	
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH	3	
NOVOLIN 70/30	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	3	
NOVOLIN N	3	
NOVOLIN N FLEXPEN	3	
NOVOLIN R	3	
NOVOLIN R FLEXPEN	3	
NOVOLOG	3	
NOVOLOG FLEXPEN	3	
NOVOLOG MIX 70/30	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	3	
NOVOLOG PENFILL	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	3	
TOUJEO SOLOSTAR	3	
TRESIBA	3	
TRESIBA FLEXTOUCH	3	
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	2	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Cuánto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>betaine anhydrous</i>	2	NEDS SP
CHOLBAM	3	PA; NEDS SP
CREON	3	
<i>cromolyn sodium conc 100mg/5ml</i>	2	
CYSTAGON	3	
<i>dichlorphenamide</i>	2	PA; NEDS SP
ENDARI	3	NEDS SP
<i>l-glutamine</i>	2	NEDS SP
<i>miglustat</i>	2	PA; NEDS SP
<i>nitisinone</i>	2	PA; NEDS SP
PROLASTIN-C	3	PA; NEDS SP
PYRUKYND	3	PA; NEDS SP
PYRUKYND TAPER PACK	3	PA; NEDS SP
REVCovi	3	NEDS SP
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	2	PA; NEDS SP
<i>sodium phenylbutyrate</i>	2	NEDS SP
SUCRAID	3	NEDS SP
WELIREG	3	PA NSO; NEDS SP
<i>yargesa</i>	2	PA; NEDS SP
<i>zelvysia</i>	2	PA; NEDS SP
ZENPEP	3	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

D. Índice de medicamentos cubiertos

Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	61
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	61
ABELCET	50
<i>abigale</i>	20
<i>abigale lo</i>	20
ABILIFY ASIMTUFII	57
ABILIFY MAINTENA	57
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	58
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	58
<i>abiraterone acetate</i>	51
ABIRTEGA	51
ABRYSVO	27
<i>acamprosate calcium dr</i>	32
<i>acarbose</i>	68
<i>accutane</i>	13
<i>acebutolol hydrochloride</i>	4
ACETAMINOPHEN	11
ACETAMINOPHEN	40
ACETAMINOPHEN	40
ACETAMINOPHEN ER 8 HOUR	39
ARTHRITIS PAIN	
ACETAMINOPHEN EXTRA STRENGTH	40
ACETAMINOPHEN PM EXTRA	34
STRENGTH	
<i>acetaminophen/codeine</i>	38
<i>acetaminophen/codeine phosphate</i>	38
<i>acetazolamide</i>	29
<i>acetazolamide er</i>	29
<i>acetic acid</i>	38
<i>acetic acid 0.25%</i>	19
<i>acetylcysteine</i>	32
<i>acitretin</i>	13
ACTHIB	27
ACTIMMUNE	25
<i>acyclovir</i>	60
<i>acyclovir sodium</i>	60
ADACEL	27
<i>adapalene</i>	13
<i>adefovir dipivoxil</i>	62
ADEMPAS	33
ADTHYZA	23
AIMOVIG	3

Nombre del medicamento	Página
AKEEGA	52
<i>albendazole</i>	56
<i>albuterol sulfate</i>	36
<i>albuterol sulfate hfa</i>	36
<i>alcohol prep pads</i>	36
ALECENSA	53
<i>alendronate sodium</i>	9
<i>alfuzosin hcl er</i>	19
ALIGN	17
<i>aliskiren</i>	5
<i>allopurinol</i>	9
ALOCRIIL	28
<i>alosetron hydrochloride</i>	16
ALPHAGAN P	29
<i>alprazolam</i>	41
<i>alprazolam er</i>	41
ALUMINUM HYDROXIDE	17
ALUNBRIG	53
<i>alyq</i>	33
<i>amabelz</i>	20
<i>amantadine hcl</i>	60
<i>ambrisentan</i>	33
<i>amcinonide</i>	14
AMERIDERM PERISHIELD	13
<i>amethia</i>	20
<i>amikacin sulfate</i>	42
<i>amiloride hcl</i>	8
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	5
<i>aminocaproic acid</i>	67
AMINOSYN II	62
AMINOSYN-PF 7%	63
<i>amiodarone hydrochloride</i>	7
<i>amitriptyline hcl</i>	48
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	48
<i>amlodipine besylate</i>	5
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	5
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	5
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	5
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	5
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6
AMMONIUM LACTATE	14
<i>amnestem</i>	13
<i>amoxapine</i>	48
<i>amoxicillin</i>	44

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	44	<i>atorvastatin calcium</i>	7
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	44	<i>atovaquone</i>	57
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	10	<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	57
<i>amphotericin b</i>	50	<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	57
<i>amphotericin b liposome</i>	50	<i>atropine sulfate</i>	29
<i>ampicillin</i>	44	ATROVENT HFA	35
<i>ampicillin sodium</i>	44	AUGTYRO	53
<i>ampicillin/sulbactam</i>	44	AUSTEDO	11
<i>ampicillin-sulbactam</i>	44	AUSTEDO XR	11
<i>anagrelide hydrochloride</i>	68	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	11
<i>anastrozole</i>	53	KIT	
ANORO ELLIPTA	32	AUVELITY	47
ANTACID CALCIUM RICH	17	<i>aviane</i>	20
ANTACID EXTRA STRENGTH	17	<i>avita</i>	14
ANTACID MAXIMUM STRENGTH	17	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	53
ANTACID ULTRA STRENGTH	17	AVONEX	10
ANTACID/ANTIGAS LIQUID	17	AVONEX PEN	10
ANTI-DANDRUFF SHAMPOO	14	AYVAKIT	53
<i>apraclonidine</i>	29	<i>azathioprine</i>	26
<i>aprepitant</i>	49	<i>azelaic acid</i>	14
<i>apri</i>	20	<i>azelastine hcl</i>	28
APTIOM	46	<i>azelastine hcl</i>	34
APTIVUS	59	<i>azelastine hydrochloride</i>	34
ARCALYST	24	<i>azithromycin</i>	44
AREXVY	27	<i>aztreonam</i>	42
<i>arformoterol tartrate</i>	36	<i>azurette</i>	20
ARIKAYCE	42	B COMPLEX	65
<i>aripiprazole</i>	58	B COMPLEX/C	65
<i>aripiprazole odt</i>	58	B-12 QUICK DISSOLVE	65
ARISTADA	58	<i>bacitracin</i>	30
ARISTADA INITIO	58	BACITRACIN	42
<i>armodafinil</i>	12	BACITRACIN ZINC	42
ARMOUR THYROID	23	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	29
ARTIFICIAL TEARS	29	<i>baclofen</i>	3
<i>asenapine maleate sl</i>	58	<i>balsalazide disodium</i>	9
<i>ashlyna</i>	20	BALVERSA	53
ASPIRIN EC	40	<i>balziva</i>	20
ASPIRIN REGULAR STRENGTH	40	BAQSIMI ONE PACK	69
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	67	BAQSIMI TWO PACK	69
<i>atazanavir</i>	59	BCG VACCINE	27
<i>atazanavir sulfate</i>	59	B-COMPLEX	65
<i>atenolol</i>	4	B-COMPLEX/B-12	65
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	6	<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x</i>	36
<i>atomoxetine</i>	11	<i>1/2"</i>	
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	11		

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x 5/16"</i>	36	<i>boruzu</i>	52
<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x 12.7mm</i>	36	<i>bosentan</i>	33
<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	36	BOSULIF	53
<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	36	BP WASH	15
<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	36	BRAFTOVI	53
<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm</i>	36	BREO ELLIPTA	32
BELSOMRA	12	BREYNA	32
<i>benazepril hydrochloride</i>	8	BREZTRI AEROSPHERE	32
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>briellyn</i>	20
BENLYSTA	24	BRILINTA	67
BENZOYL PEROXIDE	15	<i>brimonidine tartrate</i>	29
BENZOYL PEROXIDE WASH	15	<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	29
<i>benztropine mesylate</i>	4	<i>brinzolamide</i>	29
<i>bepotastine besilate</i>	28	BRIVIACT	47
BERINERT	25	<i>bromfenac</i>	30
BESIVANCE	30	<i>bromfenac sodium</i>	30
BESREMI	25	<i>bromocriptine mesylate</i>	4
<i>betaine anhydrous</i>	71	BROMSITE	30
<i>betamethasone dipropionate</i>	14	BRONCHITOL	32
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	14	BRUKINSA	53
<i>betamethasone valerate</i>	14	<i>budesonide</i>	9
BETASERON	10	<i>budesonide</i>	35
<i>betaxolol hcl</i>	29	<i>budesonide er</i>	9
<i>bethanechol chloride</i>	19	BUDESONIDE NASAL SPRAY	35
BETIMOL	29	<i>bumetanide</i>	8
BEVESPI AEROSPHERE	32	<i>buprenorphine</i>	38
<i>bexarotene</i>	56	<i>buprenorphine hcl</i>	32
BEXSERO	27	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	31
<i>bicalutamide</i>	51	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	32
BICILLIN L-A	44	<i>bupropion hydrochloride</i>	47
BIKTARVY	60	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	31
<i>bimatoprost</i>	31	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	47
BISACODYL	16	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	47
BISACODYL EC	16	<i>bupirone hcl</i>	41
BISMUTH	17	<i>bupirone hydrochloride</i>	41
<i>bisoprolol fumarate</i>	4	<i>butorphanol tartrate</i>	38
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	6	C COMPLEX	65
BIVIGAM	26	<i>cabergoline</i>	24
BONSITY	9	CABLIVI	67
BOOSTRIX	27	CABOMETYX	53
<i>bortezomib</i>	52	<i>calcipotriene</i>	13
		<i>calcitonin salmon</i>	9
		<i>calcitonin-salmon</i>	9
		<i>calcitriol</i>	9

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>calcitriol</i>	13	<i>ceftazidime</i>	43
CALCIUM 500/VITAMIN D3	63	<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	43
CALCIUM 600 WITH VITAMIN D	63	<i>ceftriaxone sodium</i>	43
<i>calcium acetate</i>	62	<i>ceftriaxone/dextrose</i>	43
CALCIUM ANTACID	17	<i>cefuroxime axetil</i>	43
CALCIUM ASCORBATE	65	<i>cefuroxime sodium</i>	44
CALCIUM CARBONATE	63	<i>celecoxib</i>	40
CALCIUM CITRATE	63	<i>cephalexin</i>	44
CALCIUM HIGH POTENCY	63	CETIRIZINE HCL	34
CALQUENCE	53	CETIRIZINE HYDROCHLORIDE	34
<i>camila</i>	22	CETIRIZINE HYDROCHLORIDE	34
<i>candesartan cilexetil</i>	6	CHILDRENS ALLERGY	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	6	CETIRIZINE	34
CAPLYTA	58	HYDROCHLORIDE/PSEUDOEPHEDRIN	
CAPRELSA	53	E HYDROCHLORIDE	
CAPSAICIN	13	<i>cevimeline hydrochloride</i>	12
CAPSAICIN	36	CHELATED MAGNESIUM	63
<i>captopril</i>	8	CHEMET	62
<i>carbamazepine</i>	46	CHEWABLE ACETAMINOPHEN	37
<i>carbamazepine er</i>	46	CHILDRENS	
<i>carbidopa</i>	4	CHILDRENS APAP	37
<i>carbidopa/levodopa</i>	4	<i>chlorhexidine gluconate</i>	12
<i>carbidopa/levodopa er</i>	4	<i>chloroquine phosphate</i>	57
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	4	CHLORPHENIRAMINE MALEATE	34
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	4	<i>chlorpromazine hcl</i>	57
<i>carglumic acid</i>	63	<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	57
<i>carteolol hcl</i>	29	<i>chlorthalidone</i>	8
<i>cartia xt</i>	5	CHOCOLATED LAXATIVE REGULAR	16
<i>carvedilol</i>	4	STRENGTH	
CAYSTON	33	CHOLBAM	71
<i>cefactor</i>	43	<i>cholestyramine</i>	8
<i>cefadroxil</i>	43	<i>cholestyramine light</i>	8
<i>cefazolin</i>	43	<i>ciclopirox</i>	15
<i>cefazolin sodium</i>	43	<i>ciclopirox nail lacquer</i>	15
<i>cefazolin sodium/dextrose</i>	43	<i>ciclopirox olamine</i>	15
<i>cefazolin/dextrose</i>	43	<i>cidofovir</i>	60
<i>cefdinir</i>	43	<i>cilostazol</i>	67
<i>cefepime</i>	43	CIMDUO	61
<i>cefepime hydrochloride</i>	43	<i>cimetidine</i>	18
<i>cefepime/dextrose</i>	43	<i>cinacalcet hydrochloride</i>	10
<i>cefixime</i>	43	<i>ciprofloxacin</i>	38
<i>cefotetan</i>	43	<i>ciprofloxacin</i>	44
<i>cefoxitin sodium</i>	43	<i>ciprofloxacin hcl</i>	44
<i>cefpodoxime proxetil</i>	43	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	30
<i>cefprozil</i>	43	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	44

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	44	<i>conjugated estrogens</i>	20
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	38	<i>constulose</i>	16
<i>citalopram hydrobromide</i>	48	COPIKTRA	53
<i>claravis</i>	14	CORLANOR	6
<i>clarithromycin</i>	44	CORTIFOAM	9
<i>clarithromycin er</i>	44	CORTISPORIN-TC	38
CLENPIQ	17	COSENTYX	24
<i>clindacin-p</i>	42	COSENTYX SENSOREADY PEN	24
<i>clindamycin hcl</i>	42	COSENTYX UNOREADY	24
<i>clindamycin hydrochloride</i>	42	COTELLIC	53
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	42	CREON	71
<i>clindamycin phosphate</i>	15	<i>cromolyn sodium</i>	28
<i>clindamycin phosphate</i>	42	<i>cromolyn sodium</i>	36
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	14	<i>cromolyn sodium</i>	71
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	14	CULTURELLE	17
CLINIMIX 6/5	63	<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	37
CLINIMIX 8/10	63	CUVITRU	26
CLINIMIX E 8/10	63	CYANOCOBALAMIN	65
<i>clobazam</i>	45	<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	70
<i>clobetasol propionate</i>	14	<i>cyclopentolate hcl</i>	29
<i>clobetasol propionate e</i>	14	<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	29
<i>clodan</i>	14	<i>cyclophosphamide</i>	51
<i>clomipramine hydrochloride</i>	48	<i>cyclosporine</i>	26
<i>clonazepam</i>	45	<i>cyclosporine</i>	29
<i>clonazepam odt</i>	45	<i>cyclosporine modified</i>	26
<i>clonidine</i>	6	<i>cyproheptadine hcl</i>	34
<i>clonidine hydrochloride</i>	6	<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	34
<i>clonidine hydrochloride er</i>	11	CYSTAGON	71
<i>clopidogrel</i>	67	CYSTARAN	29
<i>clorazepate dipotassium</i>	42	D 5000	65
CLOTTRIMAZOLE	50	D-5000	65
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	13	<i>dabigatran etexilate</i>	67
<i>clozapine</i>	57	DAIRY RELIEF	17
<i>clozapine odt</i>	57	<i>dalfampridine er</i>	10
COARTEM	57	<i>danazol</i>	20
COBENFY	12	<i>dantrolene sodium</i>	3
COBENFY STARTER PACK	12	DANZITEN	53
COD LIVER OIL	65	<i>dapsone</i>	49
<i>codeine sulfate</i>	38	DAPTACEL	27
<i>colchicine</i>	9	<i>daptomycin</i>	42
<i>colestipol hydrochloride</i>	8	<i>daptomycin/sodium chloride</i>	42
<i>colistimethate sodium</i>	42	<i>darifenacin hydrobromide er</i>	19
COMBIVENT RESPIMAT	32	<i>darunavir</i>	59
COMETRIQ	53	DARZALEX	51
COMPLERA	61	<i>dasatinib</i>	53

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
DAURISMO	53	<i>diazepam</i>	42
<i>deblitane</i>	22	<i>diazepam intensol</i>	42
<i>deferasirox</i>	62	<i>diazepam rectal gel</i>	45
DELSTRIGO	61	<i>diazoxide</i>	69
DENG VAXIA	27	<i>dichlorphenamide</i>	71
DENTAGEL	12	<i>diclofenac epolamine</i>	40
DEPO-MEDROL	23	<i>diclofenac potassium</i>	40
DEPO-SUBQ PROVERA 104	22	<i>diclofenac sodium</i>	13
DESCOVY	61	<i>diclofenac sodium</i>	30
<i>desipramine hydrochloride</i>	48	<i>diclofenac sodium</i>	40
DESITIN	13	<i>diclofenac sodium dr</i>	40
<i>desloratadine</i>	34	<i>diclofenac sodium er</i>	40
<i>desmopressin acetate</i>	20	<i>dicloxacin sodium</i>	44
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	20	<i>dicyclomine hcl</i>	18
<i>desonide</i>	14	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	18
<i>desoximetasone</i>	14	DIFICID	44
DESRX	14	<i>diflunisal</i>	40
<i>desvenlafaxine er</i>	48	<i>difluprednate</i>	30
<i>dexamethasone</i>	23	<i>digitek</i>	7
<i>dexamethasone intensol</i>	23	<i>digoxin</i>	7
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	23	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	3
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	30	<i>diltiazem hcl</i>	5
<i>dexamethasone sodium phosphate + rfid</i>	23	<i>diltiazem hcl cd</i>	5
DEXLANSOPRAZOLE	19	<i>diltiazem hcl er</i>	5
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	11	<i>diltiazem hydrochloride</i>	5
<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	11	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	5
<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	11	<i>dilt-xr</i>	5
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	11	<i>dimethyl fumarate</i>	10
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	11	DIPHENHYDRAMINE HCL	34
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	10	DIPHENHYDRAMINE	34
<i>dextrose 10%</i>	63	HYDROCHLORIDE	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	63	<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed</i>	27
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	63	<i>pediatric</i>	
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	63	<i>disulfiram</i>	32
<i>dextrose 5%</i>	63	<i>divalproex sodium dr</i>	45
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	63	<i>divalproex sodium er</i>	45
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	63	<i>docetaxel</i>	52
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	63	DOCUSATE CALCIUM	16
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	63	DOCUSATE MINI	16
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	63	DOCUSATE SODIUM	16
<i>dextrose 50%</i>	63	<i>dofetilide</i>	7
<i>dextrose 70%</i>	63	<i>donepezil hcl</i>	3
<i>dextrose/sodium chloride</i>	63	<i>donepezil hydrochloride</i>	3
DIACOMIT	45	DOPTELET	67
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX	65	<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	29

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	29	<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	61
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	29	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	61
<i>dotti</i>	20	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	61
DOVATO	60	EMTRIVA	61
<i>doxazosin mesylate</i>	19	<i>enalapril maleate</i>	8
<i>doxepin hcl</i>	48	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>doxepin hydrochloride</i>	48	ENBREL	26
DOXY 100	45	ENBREL MINI	26
<i>doxycycline</i>	45	ENBREL SURECLICK	26
<i>doxycycline hyclate</i>	45	ENDARI	71
<i>doxycycline monohydrate</i>	45	<i>endocet</i>	38
DRIZALMA SPRINKLE	48	ENDUR-ACIN	65
<i>dronabinol</i>	49	ENDUR-AMIDE	65
<i>droplet pen needles 29gx10mm</i>	37	ENEMA READY-TO-USE	16
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	20	ENERGIX-B	27
DROXIA	51	<i>enilloring</i>	20
<i>droxidopa</i>	6	<i>enoxaparin sodium</i>	67
<i>duloxetine hydrochloride dr</i>	48	<i>entacapone</i>	4
DUPIXENT	24	<i>entecavir</i>	62
<i>dutasteride</i>	19	ENTRESTO	6
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	19	<i>enulose</i>	16
<i>ec-naproxen</i>	40	ENVARSUS XR	26
<i>econazole nitrate</i>	50	EPIDIOLEX	47
ED CHLORPED JR	34	<i>epinastine hcl</i>	28
EDURANT	61	<i>epinephrine</i>	36
EDURANT PED	61	<i>epitol</i>	46
<i>efavirenz</i>	61	<i>eplerenone</i>	7
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	61	EPRONTIA	47
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	61	EPSOM SALT	16
<i>effe-k</i>	63	ERGOCALCIFEROL	65
ELIGARD	24	<i>ergotamine tartrate/cafeine</i>	3
ELIQUIS	67	ERIVEDGE	53
ELIQUIS STARTER PACK	67	ERLEADA	51
<i>elixophyllin</i>	36	<i>erlotinib hydrochloride</i>	54
ELMIRON	19	<i>errin</i>	22
<i>eltrombopag olamine</i>	68	<i>ertapenem sodium</i>	44
<i>eluryng</i>	20	<i>ery</i>	15
EMCYT	51	<i>erythromycin</i>	15
EMGALITY	3	<i>erythromycin</i>	30
EMSAM	48	<i>erythromycin dr</i>	44
<i>emtricitabine</i>	61	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	44
		<i>escitalopram oxalate</i>	48
		<i>eslicarbazepine acetate</i>	46
		<i>esomeprazole magnesium</i>	19

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>estradiol</i>	20	FETZIMA	48
<i>estradiol valerate</i>	20	FETZIMA TITRATION PACK	48
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	20	FEXOFENADINE	34
ESTRING	20	HYDROCHLORIDE/PSEUDOEPHEDRIN	
<i>eszopiclone</i>	12	E HYDROCHLORIDE ER	
<i>ethacrynic acid</i>	8	FIBER	16
<i>ethambutol hydrochloride</i>	49	FIBER TABS	16
<i>ethosuximide</i>	45	<i>fidaxomicin</i>	44
<i>etodolac</i>	40	<i>finasteride</i>	19
<i>etodolac er</i>	40	<i> fingolimod hydrochloride</i>	10
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	20	FINTEPLA	47
<i>etravirine</i>	61	<i>finzala</i>	21
EULEXIN	51	FIRMAGON	24
<i>euthyrox</i>	23	<i>flac</i>	38
EVAC	16	FLAREX	30
<i>everolimus</i>	26	FLEBOGAMMA DIF	26
<i>everolimus</i>	54	<i>flecainide acetate</i>	7
EVOTAZ	59	FLOLIPID	7
<i>exemestane</i>	53	FLORASTOR	17
EXKIVITY	54	FLOVENT DISKUS	35
<i>ezetimibe</i>	8	<i>fluconazole</i>	50
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	8	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	50
<i>falmina</i>	20	<i>flucytosine</i>	50
<i>famciclovir</i>	60	<i>fludrocortisone acetate</i>	23
<i>famotidine</i>	18	<i>flunisolide</i>	35
FAMOTIDINE MAXIMUM STRENGTH	18	<i>fluocinolone acetonide</i>	15
FAMOTIDINE ORIGINAL STRENGTH	18	<i>fluocinolone acetonide</i>	38
FANAPT	58	<i>fluocinolone acetonide body</i>	14
FANAPT TITRATION PACK A	58	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	14
FANAPT TITRATION PACK B	58	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	15
FANAPT TITRATION PACK C	58	<i>fluocinonide</i>	15
FARXIGA	8	<i>fluocinonide emulsified base</i>	15
FASENRA	32	<i>fluorometholone</i>	30
FASENRA PEN	32	<i>fluorouracil</i>	13
FEIRZA 1.5/30	20	<i>fluoxetine dr</i>	48
FEIRZA 1/20	21	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	49
<i>felbamate</i>	47	<i>fluphenazine decanoate</i>	57
<i>felodipine er</i>	5	<i>fluphenazine hcl</i>	57
<i>fenofibrate</i>	7	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	57
<i>fenofibrate micronized</i>	7	<i>flurazepam hcl</i>	12
<i>fenofibric acid dr</i>	7	<i>flurazepam hydrochloride</i>	12
<i>fentanyl</i>	38	<i>flurbiprofen</i>	40
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	38	<i>flurbiprofen sodium</i>	30
FERROUS GLUCONATE	63	<i>flutamide</i>	51
FERROUS SULFATE	63	<i>fluticasone propionate</i>	15

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>fluticasone propionate</i>	35	<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	42
<i>fluticasone propionate diskus</i>	35	GENVOYA	60
<i>fluticasone propionate hfa</i>	35	GILOTRIF	54
<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	32	<i>glatiramer acetate</i>	10
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	32	GLEOSTINE	51
<i>fluvastatin</i>	7	<i>glimepiride</i>	68
<i>fluvastatin sodium er</i>	7	<i>glipizide</i>	68
<i>fluvoxamine maleate</i>	49	<i>glipizide er</i>	68
FOLIC ACID	65	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	68
<i>fondaparinux sodium</i>	67	GLOPERBA	9
<i>formoterol fumarate</i>	36	GLUCAGEN HYPOKIT	69
<i>fosamprenavir calcium</i>	59	GLUCAGON EMERGENCY KIT	69
<i>fosinopril sodium</i>	8	GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	69
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	6	LOW BLOOD SUGAR	
FOTIVDA	54	<i>glucose (dextrose) 50%</i>	63
FRAGMIN	68	<i>glucose (dextrose) 70%</i>	63
FRUZAQLA	54	GLUTOSE 5	69
<i>furosemide</i>	8	<i>glyburide</i>	68
FUZEON	59	<i>glyburide micronized</i>	68
<i>fyavolv</i>	21	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	68
FYCOMPA	47	GLYCERIN ADULT	16
<i>gabapentin</i>	45	GLYCERIN ADULT	16
<i>galantamine hydrobromide</i>	3	GLYCERIN INFANTS & CHILDREN	16
<i>galantamine hydrobromide er</i>	3	<i>glycopyrrolate</i>	18
<i>galbriela</i>	21	<i>glydo</i>	41
<i>gallifrey</i>	22	GLYXAMBI	68
GAMMAGARD LIQUID	26	GNP ALLERGY RELIEF	34
GAMMAPLEX	26	GNP ANTACID & ANTI-GAS	17
GARDASIL 9	27	MAXIMUM STRENGTH	
<i>gatifloxacin</i>	30	GNP ANTI-DIARRHEAL	16
<i>gauze pads 2"x2"</i>	37	GNP BEST FIBER	16
<i>gavilyte-c</i>	17	GNP BUDESONIDE NASAL SPRAY	35
<i>gavilyte-g</i>	17	GNP CLOTRIMAZOLE 3	50
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	17	GNP FAST ACTING DAIRY RELIEF	17
GAVRETO	54	GNP FIBER POWDER	16
<i>gefitinib</i>	54	GNP GLYCERIN ADULT	16
<i>gemfibrozil</i>	7	GNP GLYCERIN CHILD	16
GEMTESA	19	GNP HYDROCORTISONE	15
<i>generlac</i>	16	GNP HYDROCORTISONE MAXIMUM	15
GENGRAF	26	STRENGTH	
GENOTROPIN	20	GNP HYDROGEN PEROXIDE	42
GENOTROPIN MINISQUICK	20	GNP IBUPROFEN CHILDRENS	40
<i>gentak</i>	30	GNP IBUPROFEN INFANTS	40
<i>gentamicin sulfate</i>	30	<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	37
<i>gentamicin sulfate</i>	42	<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	37

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
GNP NAPROXEN	40	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	70
GNP PINK BISMUTH	17	HUMALOG KWIKPEN	70
GNP TRIPLE ANTIBIOTIC PLUS	42	HUMALOG MIX 50/50	70
GNP VITAMIN E WATER DISPERSIBLE	65	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	70
GNP WART REMOVER	13	HUMALOG MIX 75/25	70
GOMEKLI	54	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	70
GOODSENSE ANTACID/EXTRA	17	HUMIRA	27
STRENGTH		HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	26
GOODSENSE ASPIRIN	40	DISEASE STARTER PACK	
GOODSENSE IBUPROFEN CHILDRENS	40	HUMIRA PEN	26
GOODSENSE IBUPROFEN INFANTS	40	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	26
GOODSENSE MAGNESIUM CITRATE	16	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	26
GOODSENSE NICOTINE	31	STARTER PACK	
GOODSENSE NICOTINE POLACRILEX	31	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	26
GUM		HUMULIN 70/30	70
<i>granisetron hydrochloride</i>	49	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	70
<i>griseofulvin microsize</i>	50	HUMULIN N	70
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	50	HUMULIN N KWIKPEN	70
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	11	HUMULIN R	70
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	69	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	70
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	69	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	70
GVOKE KIT	69	<i>hydralazine hydrochloride</i>	9
GVOKE PFS	69	<i>hydrochlorothiazide</i>	8
HAEGARDA	25	<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	39
<i>halobetasol propionate</i>	15	<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	39
<i>haloette</i>	21	<i>hydrocortisone</i>	9
<i>haloperidol</i>	57	HYDROCORTISONE	15
<i>haloperidol decanoate</i>	57	HYDROCORTISONE	23
<i>haloperidol lactate</i>	57	<i>hydrocortisone butyrate</i>	15
HAVRIX	27	<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	23
HEALTHY KIDS COD LIVER	65	<i>hydrocortisone valerate</i>	15
OIL/VITAMIN D		<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	38
<i>heather</i>	22	HYDROGEN PEROXIDE	42
<i>heparin sodium</i>	68	HYDROLATUM	13
<i>heparin sodium/d5w</i>	68	<i>hydromorphone hcl</i>	39
HEPLISAV-B	27	<i>hydromorphone hcl er</i>	38
HERNEXEOS	54	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	57
HIBERIX	27	<i>hydroxyurea</i>	51
HIBICLENS	13	<i>hydroxyzine hcl</i>	34
HIZENTRA	26	<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	34
HM ANTISEPTIC SKIN CLEANSER	12	<i>hydroxyzine pamoate</i>	34
HM BACITRACIN	42	IBRANCE	52
HM ENEMA MINERAL OIL	17	IBRANCE	54
HM NAPROXEN SODIUM	40	IBTROZI	54
HUMALOG	70	<i>ibu</i>	40

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
IBUPROFEN	40	IRON POLYSACCHARIDE COMPLEX	63
<i>icatibant acetate</i>	25	ISENTRESS	60
<i>iclevia</i>	21	ISENTRESS HD	60
ICLUSIG	54	<i>isoniazid</i>	49
<i>icosapent ethyl</i>	8	ISOPROPYL ALCOHOL	37
IDHIFA	54	ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL	41
ILEVRO	30	<i>isosorbide dinitrate</i>	9
<i>imatinib mesylate</i>	54	<i>isosorbide mononitrate</i>	9
IMBRUVICA	54	<i>isosorbide mononitrate er</i>	9
<i>imipenem/cilastatin</i>	44	<i>isotonic gentamicin</i>	42
<i>imipramine hcl</i>	48	<i>isotretinoin</i>	14
<i>imipramine hydrochloride</i>	48	ITOVEBI	52
<i>imiquimod</i>	13	<i>itraconazole</i>	50
IMKELDI	54	<i>ivabradine hydrochloride</i>	6
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	27	<i>ivermectin</i>	57
IMPAVIDO	42	IWILFIN	52
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	21	IXCHIQ	27
IMVEXXY STARTER PACK	21	IXIARO	27
INCRELEX	20	<i>jaimiess</i>	21
INCRUSE ELLIPTA	35	JAKAFI	54
<i>indapamide</i>	8	<i>jantoven</i>	68
<i>indomethacin</i>	40	JANUMET	69
INFANRIX	27	JANUMET XR	69
INGREZZA	12	JANUVIA	69
INLYTA	54	JARDIANCE	8
INQOVI	54	JAYPIRCA	54
INREBIC	52	JENTADUETO	69
INSULIN LISPRO	70	JENTADUETO XR	69
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	70	<i>jinteli</i>	21
INSULIN LISPRO KWIKPEN	70	JOURNAVX	40
INSULIN LISPRO	70	<i>joyeaux</i>	21
PROTAMINE/INSULIN LISPRO		JULUCA	61
KWIKPEN		<i>junel 1.5/30</i>	21
INTELENCE	61	<i>junel 1/20</i>	21
INTRALIPID	37	<i>junel fe 1.5/30</i>	21
<i>introvale</i>	21	<i>junel fe 1/20</i>	21
INVEGA HAFYERA	58	<i>junel fe 24</i>	21
INVEGA SUSTENNA	58	JYLAMVO	27
INVEGA TRINZA	58	JYNNEOS	27
IPOL INACTIVATED IPV	27	KALETRA	59
<i>ipratropium bromide</i>	35	KALYDECO	33
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	32	<i>kariva</i>	21
<i>irbesartan</i>	6	<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	63
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	63
IRON	63	<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%</i>	64

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	64	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	47
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	64	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	47
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	64	<i>lanreotide acetate</i>	24
<i>kelnor 1/35</i>	21	LANSINOH LANOLIN NIPPLE	37
<i>kenalog-10</i>	23	<i>lansoprazole</i>	19
KERENDIA	7	LANTUS	70
KESIMPTA	10	LANTUS SOLOSTAR	70
<i>ketoconazole</i>	50	<i>lapatinib ditosylate</i>	54
KETO-DIASTIX	37	<i>larin 1.5/30</i>	21
<i>ketorolac tromethamine</i>	31	<i>larin 1/20</i>	21
KINRIX	28	<i>larin fe 1.5/30</i>	21
KISQALI	54	<i>larin fe 1/20</i>	21
KISQALI FEMARA 200 DOSE	52	<i>latanoprost</i>	31
KISQALI FEMARA 400 DOSE	52	LAXATIVE REGULAR STRENGTH	17
KISQALI FEMARA 600 DOSE	52	LAZCLUZE	52
<i>klayesta</i>	50	<i>leflunomide</i>	27
<i>klor-con</i>	64	<i>lenalidomide</i>	51
<i>klor-con 10</i>	64	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	54
<i>klor-con 8</i>	64	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	54
<i>klor-con m10</i>	64	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	54
<i>klor-con m15</i>	64	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	54
<i>klor-con m20</i>	64	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	54
<i>klor-con/ef</i>	64	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	54
KORLYM	24	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	55
KOSELUGO	54	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	55
<i>kourzeq</i>	12	<i>lessina</i>	21
KP FERROUS GLUCONATE	64	<i>letrozole</i>	53
KP FOLIC ACID	65	<i>leucovorin calcium</i>	52
KP PSEUDOEPHEDRINE HCL	33	LEUKERAN	51
<i>k-prime</i>	63	<i>leuprolide acetate</i>	24
KRAZATI	54	<i>levalbuterol</i>	36
KYNMOBI	4	<i>levalbuterol hcl</i>	36
KYPROLIS	53	<i>levalbuterol hydrochloride</i>	36
<i>labetalol hydrochloride</i>	4	LEVEMIR FLEXTOUCH	70
<i>lacosamide</i>	46	<i>levetiracetam</i>	47
LACTASE FAST ACTING	18	<i>levetiracetam er</i>	47
<i>lactated ringers</i>	64	<i>levobunolol hcl</i>	29
<i>lactulose</i>	17	<i>levocarnitine</i>	37
<i>lamivudine</i>	61	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	34
<i>lamivudine</i>	62	<i>levofloxacin</i>	30
<i>lamivudine/zidovudine</i>	61	<i>levofloxacin</i>	45
<i>lamotrigine</i>	47	<i>levofloxacin in d5w</i>	45
<i>lamotrigine er</i>	47	<i>levonest</i>	21
<i>lamotrigine odt</i>	47	LEVONORGESTREL	22
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	47	<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	21

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	21	LORBRENA	55
<i>levora 0.15/30-28</i>	21	<i>losartan potassium</i>	6
<i>levo-t</i>	23	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>levothyroxine sodium</i>	23	LOTEMAX	31
<i>levoxyl</i>	23	<i>loteprednol etabonate</i>	31
LEXIVA	59	<i>lovastatin</i>	7
<i>l-glutamine</i>	71	<i>loxapine</i>	57
LIBERVANT	45	<i>lubiprostone</i>	17
LICE TREATMENT CREME RINSE	16	LUBRICANT EYE DROPS	29
<i>lidocaine</i>	41	LUBRICATING EYE DROPS	29
<i>lidocaine hcl</i>	41	LUMAKRAS	55
<i>lidocaine hcl jelly</i>	41	LUMIGAN	31
<i>lidocaine hydrochloride</i>	41	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	24
<i>lidocaine hydrochloride jelly</i>	41	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	24
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	12	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	24
<i>lidocaine viscous</i>	12	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	24
<i>lidocaine/prilocaine</i>	41	<i>lurasidone hydrochloride</i>	58
LILETTA	22	LYBALVI	58
<i>linezolid</i>	42	LYNPARZA	55
LINZESS	17	LYSODREN	52
<i>liomny</i>	23	LYTGOBI	55
<i>liothyronine sodium</i>	23	MAGNESIUM	18
LIQUID ACETAMINOPHEN	40	MAGNESIUM	64
LIQUID VITAMIN C	66	MAGNESIUM GLYCINATE	64
<i>lisinopril</i>	8	MAGNESIUM OXIDE	18
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	6	MAGNESIUM OXIDE	64
<i>lithium</i>	31	<i>magnesium sulfate</i>	64
<i>lithium carbonate</i>	31	MAG-OXIDE	64
<i>lithium carbonate er</i>	31	<i>malathion</i>	16
LIVTENCITY	60	MAPAP	40
<i>lojaimiess</i>	21	<i>maraviroc</i>	59
LOKELMA	62	<i>marlissa</i>	21
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	36	MARPLAN	48
LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	36	MATULANE	51
LONSURF	52	<i>matzim la</i>	5
<i>loperamide hydrochloride</i>	16	MAVYRET	60
LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE	18	MAYZENT	10
LOPERAMIDE	18	MAYZENT STARTER PACK	10
HYDROCHLORIDE/SIMETHICONE		MECLIZINE 25	49
<i>lopinavir/ritonavir</i>	59	MECLIZINE HCL	49
LORATADINE	34	MECLIZINE HYDROCHLORIDE	49
LORATADINE CHILDRENS	34	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	22
LORATADINE-D 24HR	34	<i>mefloquine hydrochloride</i>	57
<i>lorazepam</i>	42	<i>megestrol acetate</i>	22
<i>lorazepam intensol</i>	42	MEKINIST	55

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
MEKTOVI	55	<i>metolazone</i>	8
MELATONIN	37	<i>metoprolol succinate er</i>	4
MELATONIN GUMMIES	37	<i>metoprolol tartrate</i>	4
MELATONIN QUICK DISSOLVE	37	<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	6
MELATONIN TR/VITAMIN B-6	37	<i>metronidazole</i>	14
<i>meleya</i>	22	<i>metronidazole</i>	43
<i>meloxicam</i>	40	<i>metronidazole vaginal</i>	43
<i>memantine hcl titration pak</i>	3	<i>metryrosine</i>	6
<i>memantine hydrochloride</i>	3	<i>mexiletine hydrochloride</i>	7
<i>memantine hydrochloride er</i>	3	<i>mibelas 24 fe</i>	21
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	3	<i>miconazole 3</i>	50
MENACTRA	28	<i>miconazole 3</i>	50
MENQUADFI	28	MICONAZOLE 3 COMBINATION PACK	50
MENSTRUAL PAIN RELIEF MULTI-SYMPOM MAXIMUM STRENGTH	40	MICONAZOLE 3 COMBO PACK	50
MENTAX	15	MICONAZOLE 7	50
MENVEO	28	MICONAZOLE NITRATE	50
<i>mercaptopurine</i>	51	<i>microgestin 1.5/30</i>	21
<i>meropenem</i>	44	<i>microgestin 1/20</i>	21
<i>mesalamine</i>	9	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	21
<i>mesalamine dr</i>	9	<i>microgestin fe 1/20</i>	21
<i>mesalamine er</i>	9	<i>midodrine hydrochloride</i>	6
<i>mesna</i>	52	<i>mifepristone</i>	24
MESNEX	52	<i>miglitol</i>	69
<i>metformin hydrochloride</i>	69	<i>miglustat</i>	71
<i>metformin hydrochloride er</i>	69	MILK OF MAGNESIA	17
<i>methadone hcl</i>	38	MINERAL OIL	17
<i>methadone hydrochloride</i>	38	<i>minocycline hcl</i>	45
<i>methazolamide</i>	29	<i>minocycline hydrochloride</i>	45
<i>methenamine hippurate</i>	43	<i>minoxidil</i>	9
<i>methenamine mandelate</i>	43	MINTOX PLUS	18
<i>methimazole</i>	24	<i>minzoya</i>	21
<i>methotrexate</i>	27	<i>mirabegron er</i>	19
<i>methotrexate sodium</i>	27	<i>mirtazapine</i>	47
<i>methsuximide</i>	45	<i>mirtazapine odt</i>	47
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	11	<i>misoprostol</i>	19
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	11	M-M-R II	28
<i>methylphenidate hydrochloride er (cd)</i>	11	<i>modafinil</i>	12
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	11	MODEYSO	52
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm)</i>	11	<i>moexipril hydrochloride</i>	8
<i>methylprednisolone</i>	23	<i>molindone hydrochloride</i>	57
<i>methylprednisolone acetate</i>	23	<i>mometasone furoate</i>	15
<i>methylprednisolone dose pack</i>	23	<i>mometasone furoate</i>	35
<i>metoclopramide hcl</i>	18	<i>mondoxylene nl</i>	45
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	18	<i>montelukast sodium</i>	35
		<i>morphine sulfate</i>	39

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>morphine sulfate er</i>	38	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis one</i>	29
MOUNJARO	69	<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	29
MOVANTIK	17	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	30
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	45	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	38
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	30	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	30
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	45	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	38
MOZOBIL	68	<i>neo-polycin</i>	29
MRESVIA	28	<i>neo-polycin hc</i>	29
MULTAQ	7	NERLYNX	55
MULTI VITAMIN	66	NEUAC	14
MULTI-VIT/IRON/FLUORIDE	66	NEULASTA	68
MULTIVITAMIN CHILDRENS	66	NEULASTA ONPRO KIT	68
MULTIVITAMIN GUMMIES ADULT	66	<i>nevirapine</i>	61
MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE	66	<i>nevirapine er</i>	61
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE DROPS	66	NEXPLANON	22
MULTI-VITAMIN/MINERALS	66	NIACIN	66
<i>mupirocin</i>	16	<i>niacin er</i>	8
<i>mycophenolate mofetil</i>	27	NIACIN FLUSH FREE	6
<i>mycophenolic acid dr</i>	27	NIACIN FLUSH FREE	8
MYORISAN	14	NIACIN TIMED RELEASE	66
MYRBETRIQ	19	NIACIN TR	66
<i>nabumetone</i>	40	NIACINAMIDE	66
<i>nadolol</i>	5	NIACINAMIDE PROLONGED RELEASE	66
<i>naftcillin sodium</i>	44	NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM	31
<i>naftifine hydrochloride</i>	50	NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM	31
<i>naloxone hcl</i>	31	STEP 1	
<i>naloxone hydrochloride</i>	31	NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM	31
<i>naltrexone hydrochloride</i>	32	STEP 3	
NAMZARIC	3	NICOTROL INHALER	31
<i>naproxen</i>	41	NICOTROL NS	31
<i>naproxen dr</i>	40	<i>nifedipine er</i>	5
<i>naproxen sodium</i>	41	NIGHTTIME SLEEP AID	34
<i>naproxen sodium cr</i>	41	<i>nikki</i>	21
<i>naratriptan hcl</i>	3	<i>nilotinib hydrochloride</i>	55
NATACYN	30	<i>nilutamide</i>	51
<i>nateglinide</i>	69	<i>nimodipine</i>	5
NAYZILAM	47	NINLARO	55
<i>nebivolol hydrochloride</i>	5	<i>nitazoxanide</i>	57
<i>necon 0.5/35-28</i>	21	<i>nitisinone</i>	71
<i>nefazodone hydrochloride</i>	49	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	43
<i>neomycin sulfate</i>	42	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	43
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	29	<i>nitroglycerin</i>	9
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc</i>	29	<i>nitroglycerin</i>	18
		<i>nitroglycerin transdermal</i>	9

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
NIVA THYROID	23	OFEV	33
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	21	<i>ofloxacin</i>	30
<i>norethindrone acetate</i>	22	<i>ofloxacin</i>	38
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	21	OGSIVEO	52
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	21	OJEMDA	52
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	22	OJJAARA	55
<i>nortrel 1/35</i>	22	<i>olanzapine</i>	58
<i>nortrel 7/7/7</i>	22	<i>olanzapine odt</i>	58
<i>nortriptyline hcl</i>	48	<i>olmesartan medoxomil</i>	6
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	48	<i>olmesartan</i>	6
NORVIR	59	<i>medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	
NOVOLIN 70/30	70	<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	6
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	70	<i>olopatadine hydrochloride</i>	29
NOVOLIN N	70	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	8
NOVOLIN N FLEXPEN	70	<i>omeprazole</i>	19
NOVOLIN R	70	<i>omeprazole dr</i>	19
NOVOLIN R FLEXPEN	70	OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT	37
NOVOLOG	70	(GEN 5)	
NOVOLOG FLEXPEN	70	OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS	37
NOVOLOG MIX 70/30	70	(GEN 5)	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	70	OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	37
FLEXPEN		OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	37
NOVOLOG PENFILL	70	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO	37
<i>np thyroid 120</i>	23	GEN 5	
<i>np thyroid 15</i>	23	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	37
<i>np thyroid 30</i>	23	OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	37
<i>np thyroid 60</i>	23	KIT (GEN 3)	
<i>np thyroid 90</i>	23	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	37
NUBEQA	51	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	37
NUEDEXTA	12	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	37
NULOJIX	27	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	37
NUPLAZID	58	OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	37
NURTEC	4	OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	37
NUTRILIPID	37	OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	37
NUVESSA	43	OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	37
<i>nyamyc</i>	50	OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	37
<i>nystatin</i>	50	OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	37
<i>nystatin/triamcinolone</i>	13	OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	37
<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	13	<i>ondansetron hcl</i>	49
<i>nystop</i>	50	<i>ondansetron hydrochloride</i>	49
OCTAGAM	26	<i>ondansetron odt</i>	49
<i>octreotide acetate</i>	24	ONUREG	52
ODEFSEY	61	OPDIVO	51
ODOMZO	55	OPIPZA	58
		<i>opium</i>	18

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>opium tincture</i>	18	<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	18
OPSUMIT	33	<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	18
OPVEE	31	<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na</i>	18
<i>oralone dental paste</i>	12	<i>ascorbate/ascorbic</i>	
ORENCIA	24	PEGASYS	25
ORENCIA CLICKJECT	24	PEGASYS	27
ORENITRAM	33	PEMAZYRE	55
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	33	PENBRAYA	28
1		<i>penicillamine</i>	62
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	33	<i>penicillin g potassium</i>	44
2		<i>penicillin g potassium in iso-osmotic</i>	44
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	33	<i>dextrose</i>	
3		<i>penicillin g sodium</i>	44
ORGOVYX	24	<i>penicillin v potassium</i>	44
ORKAMBI	33	PENMENVY	28
<i>orquidea</i>	22	PENTACEL	28
ORSERDU	51	<i>pentamidine isethionate</i>	57
<i>oseltamivir phosphate</i>	60	<i>pentoxifylline er</i>	6
OSMOPREP	17	<i>perampanel</i>	47
OSPHENA	20	<i>perindopril erbumine</i>	8
OTEZLA	13	<i>periogard</i>	12
OTEZLA	25	<i>permethrin</i>	16
<i>oxacillin sodium</i>	44	<i>perphenazine</i>	57
<i>oxaprozin</i>	41	PERSERIS	58
<i>oxazepam</i>	42	<i>phenelzine sulfate</i>	48
<i>oxcarbazepine</i>	46	<i>phenobarbital</i>	46
<i>oxybutynin chloride</i>	19	<i>phenytek</i>	46
<i>oxybutynin chloride er</i>	19	<i>phenytoin</i>	46
<i>oxycodone hydrochloride</i>	39	<i>phenytoin sodium extended</i>	46
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	39	PHOSPHOLINE IODIDE	29
OZEMPIC	69	PHYTONADIONE	66
<i>paclitaxel</i>	52	PIFELTRO	61
PAIN RELIEF EXTRA	41	<i>pilocarpine hcl</i>	29
STRENGTH/ADULT		<i>pilocarpine hydrochloride</i>	13
<i>paliperidone er</i>	58	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	29
PANRETIN	56	<i>pimecrolimus</i>	15
<i>pantoprazole sodium</i>	19	<i>pimozide</i>	57
<i>paricalcitol</i>	10	<i>pindolol</i>	5
<i>paroxetine hcl</i>	49	<i>pioglitazone hcl</i>	69
<i>paroxetine hydrochloride</i>	49	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	69
PAXLOVID	62	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	69
<i>pazopanib hydrochloride</i>	55	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	69
PEDIARIX	28	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	44
PEDVAX HIB	28	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	55
<i>peg-3350/electrolytes</i>	18	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	55

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	55	PREVYMIS	60
<i>pirfenidone</i>	33	PREZCOBIX	59
<i>piroxicam</i>	41	PREZISTA	59
<i>pitavastatin calcium</i>	7	PRIFTIN	50
PLEGRIDY	10	<i>primaquine phosphate</i>	57
PLEGRIDY STARTER PACK	10	<i>primidone</i>	46
PLENAMINE	64	PRIORIX	28
<i>plerixafor</i>	68	PRIVIGEN	26
<i>podofilox</i>	13	PROAIR RESPICLICK	36
<i>polycin</i>	30	<i>probenecid</i>	9
POLYETHYLENE GLYCOL	17	<i>probenecid/colchicine</i>	9
POLYETHYLENE GLYCOL 3350	17	<i>prochlorperazine</i>	49
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	30	<i>prochlorperazine edisylate</i>	49
POMALYST	51	<i>prochlorperazine maleate</i>	49
<i>portia-28</i>	22	PROCRIT	68
<i>posaconazole</i>	50	PROCTOFOAM HC	13
<i>posaconazole dr</i>	50	<i>procto-med hc</i>	9
<i>potassium chloride</i>	64	<i>proctosol hc</i>	9
<i>potassium chloride er</i>	64	<i>proctozone-hc</i>	9
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride</i>	64	<i>progesterone</i>	22
<i>potassium citrate er</i>	64	PROGRAF	27
POVIDONE-IODINE	43	PROLASTIN-C	71
PRALUENT	8	PROLENSA	31
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	4	PROLIA	10
<i>prasugrel hydrochloride</i>	67	PROMACTA	68
<i>pravastatin sodium</i>	7	<i>promethazine hcl</i>	49
<i>praziquantel</i>	57	<i>promethazine hydrochloride</i>	49
<i>prazosin hydrochloride</i>	4	<i>promethazine hydrochloride plain</i>	49
<i>prednicarbate</i>	15	<i>propafenone hcl</i>	7
<i>prednisolone</i>	23	<i>propafenone hydrochloride</i>	7
<i>prednisolone acetate</i>	31	<i>propafenone hydrochloride er</i>	7
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	23	<i>propranolol hcl</i>	5
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	31	<i>propranolol hydrochloride</i>	5
<i>prednisone</i>	23	<i>propranolol hydrochloride er</i>	5
<i>pregabalin</i>	46	<i>propylthiouracil</i>	24
PREHEVBRIO	28	PROQUAD	28
PREMARIN	22	PROSOL	64
PREMASOL	64	<i>protriptyline hcl</i>	48
<i>premium lidocaine</i>	41	PSEUDOEPHEDRINE	33
PREMPHASE	22	HYDROCHLORIDE	
<i>prenatal</i>	66	PSEUDOEPHEDRINE	33
<i>prevalite</i>	8	HYDROCHLORIDE ER	
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS	13	PSYLLIUM FIBER	17
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	13	PULMOZYME	33
		PURIXAN	52

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>pyrazinamide</i>	50	RETEVMO	55
<i>pyridostigmine bromide</i>	4	REVCovi	71
<i>pyridostigmine bromide er</i>	4	REVLIMID	51
<i>pyrimethamine</i>	57	REVUFORJ	52
PYRUKYND	71	REXULTI	59
PYRUKYND TAPER PACK	71	REYATAZ	59
QC ARTIFICIAL TEARS	30	REZLIDHIA	55
QINLOCK	55	REZUROCK	27
QUADRACEL	28	RHOPRESSA	29
<i>quetiapine fumarate</i>	58	<i>ribavirin</i>	60
<i>quinapril hydrochloride</i>	8	<i>rifabutin</i>	49
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>rifampin</i>	50
<i>quinidine gluconate cr</i>	7	<i>riluzole</i>	12
<i>quinidine gluconate er</i>	7	<i>rimantadine hydrochloride</i>	60
<i>quinidine sulfate</i>	7	RINVOQ	25
<i>quinine sulfate</i>	57	RINVOQ LQ	25
QVAR REDHALER	35	<i>risedronate sodium</i>	10
RABAVERT	28	<i>risedronate sodium dr</i>	10
<i>rabeprazole sodium</i>	19	RISPERDAL CONSTA	59
RADICAVA ORS	12	<i>risperidone</i>	59
RADICAVA ORS STARTER KIT	12	<i>risperidone er</i>	59
<i>raldesy</i>	49	<i>risperidone odt</i>	59
<i>raloxifene hydrochloride</i>	20	<i>ritonavir</i>	59
<i>ramelteon</i>	12	<i>rivaroxaban</i>	68
<i>ramipril</i>	8	<i>rivastigmine tartrate</i>	3
<i>ranolazine er</i>	6	<i>rivastigmine transdermal system</i>	3
<i>rasagiline mesylate</i>	4	<i>rizatriptan benzoate</i>	3
RAYALDEE	10	<i>rizatriptan benzoate odt</i>	3
REBIF	10	ROCKLATAN	30
REBIF REBIDOSE	10	<i>roflumilast</i>	36
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	10	ROMVIMZA	55
REBIF TITRATION PACK	10	<i>ropinirole er</i>	4
RECOMBIVAX HB	28	<i>ropinirole hcl</i>	4
RECTIV	18	<i>ropinirole hydrochloride</i>	4
REESES PINWORM MEDICINE	57	<i>rosadan</i>	14
REGULOID	17	<i>rosuvastatin calcium</i>	7
RELENZA DISKHALER	60	<i>rosyrah</i>	22
RENAL CAPS	66	ROTARIX	28
<i>repaglinide</i>	69	ROTATEQ	28
REPATHA	8	<i>roweepra</i>	47
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	8	ROZLYTREK	55
REPATHA SURECLICK	8	RUBRACA	55
RESTASIS	30	<i>rufinamide</i>	46
RESTASIS MULTIDOSE	30	RUKOBIA	59
RETACRIT	68	RYBELSUS	69

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
RYDAPT	55	SM TRIPLE ANTIBIOTIC PLUS	43
<i>sacubitril/valsartan</i>	6	MAXIMUM STRENGTH	
<i>salsalate</i>	41	SODIUM BICARBONATE	18
SANTYL	13	SODIUM CHLORIDE	33
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	71	<i>sodium chloride</i>	64
SAVELLA	10	<i>sodium chloride 0.45%</i>	64
SAVELLA TITRATION PACK	10	<i>sodium chloride 0.9%</i>	37
<i>saxagliptin hydrochloride</i>	69	<i>sodium fluoride</i>	13
<i>saxagliptin hydrochloride/metformin</i>	69	SODIUM FLUORIDE	64
<i>hydrochloride er</i>		<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	13
SCSEMBLIX	55	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	13
<i>scopolamine</i>	49	<i>sodium oxybate</i>	12
SECUADO	59	<i>sodium phenylbutyrate</i>	71
<i>selegiline hcl</i>	4	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	62
<i>selenium sulfide</i>	15	<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium</i>	18
SELZENTRY	60	<i>sulfate</i>	
SENNA	17	<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	60
SENNA-S	17	<i>solifenacin succinate</i>	19
SEREVENT DISKUS	36	SOLTAMOX	51
<i>sertraline hcl</i>	49	SOLUBLE FIBER	17
<i>sertraline hydrochloride</i>	49	SOLU-CORTEF	23
<i>sevelamer carbonate</i>	62	SOMATULINE DEPOT	24
<i>sf 5000 plus</i>	13	SOMAVERT	24
<i>sharobel</i>	22	<i>sorafenib</i>	55
SHINGRIX	28	<i>sorafenib tosylate</i>	56
SIGNIFOR	24	<i>sorine</i>	7
<i>sildenafil citrate</i>	33	<i>sotalol hcl</i>	7
<i>silver sulfadiazine</i>	13	<i>sotalol hydrochloride</i>	7
SIMBRINZA	30	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	7
SIMETHICONE	18	SPIRIVA RESPIMAT	36
SIMETHICONE DROPS INFANTS	18	<i>spironolactone</i>	7
SIMETHICONE ULTRA STRENGTH	18	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>simvastatin</i>	7	SPRITAM	47
<i>sirolimus</i>	27	SPRYCEL	56
SIRTURO	50	<i>sps</i>	62
SKYRIZI	25	<i>ssd</i>	13
SKYRIZI PEN	25	STAMARIL	28
SLEEP AID	34	STEQEYMA	25
SLEEP-AID	34	<i>sterile water for irrigation</i>	37
SM ALCOHOL	41	STIOLTO RESPIMAT	33
SM ANTI-DIARRHEAL	16	STIVARGA	56
SM CLOTRIMAZOLE VAGINAL	50	STOMACH RELIEF	18
SM LICE TREATMENT	16	STOMACH RELIEF EXTRA STRENGTH	18
SM LORATADINE D 12HR	34	STOOL SOFTENER	17
SM MICONAZOLE 3	50	<i>streptomycin sulfate</i>	42

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
STRIBILD	61	TASIGNA	56
STRIVERDI RESPIMAT	36	<i>tasimelteon</i>	12
<i>subvenite</i>	47	TAVNEOS	25
<i>subvenite starter kit/blue</i>	47	<i>taysofy</i>	22
<i>subvenite starter kit/green</i>	47	<i>tazarotene</i>	14
<i>subvenite starter kit/orange</i>	47	<i>tazicef</i>	44
SUCRAID	71	<i>taztia xt</i>	5
<i>sucrafate</i>	19	TAZVERIK	56
<i>sulfacetamide sodium</i>	30	<i>tdvax</i>	28
<i>sulfacetamide sodium</i>	45	<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x</i>	37
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	30	<i>1/2"</i>	
<i>phosphate</i>		TEFLARO	44
<i>sulfadiazine</i>	45	TEKTURN HCT	6
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	45	<i>telmisartan</i>	7
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	45	<i>telmisartan/amlodipine</i>	6
SULFAMYLON	16	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>sulfasalazine</i>	9	<i>temazepam</i>	12
<i>sulindac</i>	41	TENIVAC	28
<i>sumatriptan</i>	3	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	61
<i>sumatriptan succinate</i>	3	TENSION HEADACHE	12
<i>sumatriptan succinate refill</i>	3	TEPMETKO	56
<i>sunitinib malate</i>	56	<i>terazosin hcl</i>	19
SUNLENCA	60	<i>terazosin hydrochloride</i>	19
SYMLINPEN 120	69	<i>terbinafine hcl</i>	50
SYMLINPEN 60	69	<i>terconazole</i>	51
SYMPAZAN	46	<i>teriflunomide</i>	10
SYMTUZA	59	<i>teriparatide</i>	10
SYNAREL	24	<i>testosterone</i>	20
SYNJARDY	69	<i>testosterone cypionate</i>	20
SYNJARDY XR	69	<i>testosterone enanthate</i>	20
SYNRIBO	52	<i>testosterone pump</i>	20
SYNTHROID	23	TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-	28
TABLOID	52	ADSORBED ADULT	
TABRECTA	56	<i>tetrabenazine</i>	12
<i>tacrolimus</i>	15	<i>tetracycline hydrochloride</i>	45
<i>tacrolimus</i>	27	THALOMID	51
<i>tadalafil</i>	19	<i>theophylline</i>	36
<i>tadalafil</i>	34	<i>theophylline er</i>	36
TAFINLAR	56	<i>thioridazine hydrochloride</i>	57
<i>tafluprost</i>	31	<i>thiothixene</i>	57
TAGRISO	56	THYROID	23
TALZENNA	56	<i>tiadylt er</i>	5
<i>tamoxifen citrate</i>	51	<i>tiagabine hydrochloride</i>	46
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	19	TIBSOVO	56
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	22	TICOVAC	28

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>tigecycline</i>	43	<i>triamcinolone acetonide</i>	15
<i>timolol hemihydrate</i>	29	<i>triamcinolone acetonide</i>	23
<i>timolol maleate</i>	4	TRIAMCINOLONE ACETONIDE	35
<i>timolol maleate</i>	29	<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	13
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	29	<i>triamterene</i>	8
<i>tinidazole</i>	43	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>tiopronin dr</i>	19	<i>triazolam</i>	12
TIVICAY	61	TRI-BUFFERED ASPIRIN	41
TIVICAY PD	61	<i>trientine hydrochloride</i>	62
<i>tizanidine hcl</i>	3	<i>trifluoperazine hcl</i>	57
<i>tizanidine hydrochloride</i>	3	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	57
TOBI PODHALER	33	<i>trifluridine</i>	30
TOBRADEX ST	30	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	4
<i>tobramycin</i>	30	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	4
<i>tobramycin sulfate</i>	42	<i>trimethoprim</i>	43
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	30	<i>trimipramine maleate</i>	48
TOLNAFTATE	51	TRINTELLIX	49
TOLNAFTATE ANTIFUNGAL	51	TRIPLE ANTIBIOTIC	43
<i>tolterodine tartrate</i>	19	<i>tri-sprintec</i>	22
<i>tolterodine tartrate er</i>	19	TRITOCIN	15
<i>topiramate</i>	47	TRIUMEQ	61
<i>toremifene citrate</i>	51	TRIUMEQ PD	62
<i>torseamide</i>	8	<i>trivora-28</i>	22
TOUJEO MAX SOLOSTAR	70	TRIZIVIR	62
TOUJEO SOLOSTAR	70	TROPHAMINE	65
TRACLEER	34	<i>trospium chloride</i>	19
TRADJENTA	69	<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x</i>	37
<i>tramadol hydrochloride</i>	39	<i>1/2"</i>	
<i>tramadol hydrochloride er</i>	38	<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	37
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	39	TRULICITY	69
<i>trandolapril</i>	8	TRUMENBA	28
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	6	TRUQAP	56
<i>tranexamic acid</i>	67	TRUSELTIQ	52
<i>tranylcypromine sulfate</i>	48	TUKYSA	56
TRAVASOL	65	TURALIO	56
<i>travoprost</i>	31	<i>turqoz</i>	22
<i>trazodone hydrochloride</i>	49	TWINRIX	28
TRECTOR	50	TYBOST	60
TRELEGY ELLIPTA	33	TYPHIM VI	28
TRESIBA	70	TYRVAYA	31
TRESIBA FLEXTOUCH	70	UBRELVY	4
<i>tretinoin</i>	14	UDENYCA	68
<i>tretinoin</i>	56	UDENYCA ONBODY	68
<i>tretinoin microsphere</i>	14	<i>unithroid</i>	23
TREXALL	27	<i>ursodiol</i>	18

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	60	<i>vilazodone hydrochloride</i>	49
VALCHLOR	51	VIMKUNYA	28
<i>valganciclovir</i>	60	VIRACEPT	59
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	60	VIREAD	62
<i>valproic acid</i>	47	VITAMIN A	66
<i>valsartan</i>	7	VITAMIN A & D	13
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6	VITAMIN A PALMITATE	66
VALTOCO 10 MG DOSE	46	VITAMIN B COMPLEX	66
VALTOCO 15 MG DOSE	46	VITAMIN B1	62
VALTOCO 20 MG DOSE	46	VITAMIN B1	67
VALTOCO 5 MG DOSE	46	VITAMIN B-1	66
<i>valtya 1/50</i>	22	VITAMIN B-12	66
<i>vancomycin</i>	43	VITAMIN B-2	67
<i>vancomycin hcl</i>	43	VITAMIN B6	67
<i>vancomycin hydrochloride</i>	43	VITAMIN B-6	67
VANFLYTA	56	VITAMIN B-COMPLEX 100	67
VAQTA	28	VITAMIN C	67
<i>varenicline starting month</i>	31	VITAMIN C GUMMIES	67
<i>varenicline tartrate</i>	31	VITAMIN C TR	67
VARIVAX	28	VITAMIN C-500 TIMED RELEASE	67
VAXCHORA	28	VITAMIN D	67
<i>velivet</i>	22	VITAMIN D (ERGOCALCIFEROL)	67
VELPHORO	62	VITAMIN D INFANT	67
VEMLIDY	62	VITAMIN D3	67
VENCLEXTA	56	VITAMIN D-3	67
VENCLEXTA STARTING PACK	56	VITAMIN D3 400	67
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	49	VITAMIN E	67
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	49	VITAMIN K1	67
VENTAVIS	34	VITAMINS A & D	67
VEOZAH	12	VITRAKVI	56
<i>verapamil hcl</i>	5	VIVITROL	32
<i>verapamil hcl er</i>	5	VIVOTIF	28
<i>verapamil hcl sr</i>	5	VIZIMPRO	56
<i>verapamil hydrochloride</i>	5	VONJO	52
<i>verapamil hydrochloride er</i>	5	VORANIGO	52
<i>verapamil hydrochloride sr</i>	5	<i>voriconazole</i>	51
VERQUVO	9	VOSEVI	60
VERSACLOZ	57	VOWST	18
VERZENIO	56	VRAYLAR	59
VIBRAMYCIN	45	VUMERITY	10
<i>vigabatrin</i>	46	<i>vyfemla</i>	22
<i>vigadrone</i>	46	VYZULTA	31
VIGAFYDE	46	<i>warfarin sodium</i>	68
<i>vigpoder</i>	46	WART REMOVER MAXIMUM	13
VIIBRYD STARTER PACK	49	STRENGTH	

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
WELIREG	71	<i>ziprasidone hcl</i>	59
WHITE PETROLEUM JELLY	37	<i>ziprasidone mesylate</i>	59
<i>wixela inhub</i>	33	ZIRGAN	30
XALKORI	56	<i>zoledronic acid</i>	10
XARAH FE	22	ZOLINZA	52
XARELTO	68	<i>zolpidem tartrate</i>	12
XARELTO STARTER PACK	68	ZOMACTON	20
XATMEP	27	ZONISADE	47
XCOPRI	46	<i>zonisamide</i>	47
XDEMVI	30	ZOSYN	44
XELJANZ	25	<i>zovia 1/35</i>	22
XELJANZ XR	25	ZTALMY	46
<i>xelria fe</i>	22	ZURZUVAE	47
XERMELO	16	ZYDELIG	56
XGEVA	10	ZYKADIA	56
XIFAXAN	18	ZYPREXA RELPREVV	59
XIGDUO XR	69		
XIIDRA	30		
XOFLUZA	60		
XOLAIR	25		
XOSPATA	56		
XPOVIO	56		
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	56		
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	56		
XTANDI	51		
<i>xulane</i>	22		
<i>yargesa</i>	71		
YERVOY	51		
YESINTEK	25		
YF-VAX	28		
<i>yuvaferm</i>	22		
<i>zafemy</i>	22		
<i>zafirlukast</i>	35		
<i>zaleplon</i>	12		
ZARXIO	68		
ZEJULA	56		
ZELBORAF	56		
<i>zelvysia</i>	71		
ZENATANE	14		
ZENPEP	71		
ZEPOSIA	10		
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	10		
ZEPOSIA STARTER KIT	10		
<i>zidovudine</i>	62		
ZINC OXIDE	13		

ID de formulario: 25504, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

2025

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.



a **Point32Health** company

H7419_LOCD25_Accepted