

2026

Tufts Health One Care
(HMO D-SNP)

Lista de Medicamentos Cubiertos 2026

(Lista de medicamentos o
Formulario)

Envío de archivos de formulario ID: 26455, Versión 5
Vigencia on 10/01/2025

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

Tufts Health One Care (HMO D-SNP)

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

LEE LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN LA COBERTURA DE ESTE PLAN.

Introducción

Este documento se llama la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocido como *Lista de medicamentos*). Te indica qué medicamentos tienen cobertura con 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*, también conocido como *Evidencia de cobertura*.

Tabla de contenidos

A. Declaraciones requeridas.....	iii
B. Preguntas frecuentes (FAQ).....	iii
B1. ¿Qué medicamentos 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.).....	iv
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?	vii
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si tengo que hacer algo para obtenerlo?	viii
B6. ¿Qué sucederá si Tufts Health One Care sus reglas sobre cómo cubren algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)?.....	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. Nota importante: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.



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
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)?	xii
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?	xiii
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	xiii
C1. Lista de Medicamentos por tipos de enfermedades	xv
D. Índice de medicamentos cubiertos	71

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. Nota importante: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.



A. Declaraciones requeridas

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

- ❖ Tufts Health One Care es una HMO D-SNP que tiene un contrato con MassHealth (Medicaid) y Medicare. La inscripción en Tufts Health One Care depende de la renovación del contrato.
- ❖ El formulario y la red de farmacias o proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario.
- ❖ Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ❖ Usted siempre puede verificar la Lista de Medicamentos Cubiertos actualizada de Tufts Health One Care por internet en TuftsHealthOneCare.org o llamando al 1-855-393-3154 (TTY: 711), siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Nota importante: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes.
- ❖ 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. Nota importante: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. 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.
- ❖ Este documento está disponible gratis en español. También está disponible en otros idiomas, si lo solicita.

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

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

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. Nota importante: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.



B1. ¿Qué medicamentos 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 necesario por razones médicas 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 medicamento necesario para usted, **y**
 - usted surte la receta en una farmacia de la red de Tufts Health One Care.
- En algunos casos, usted tendrá que hacer algo antes de poder obtener un medicamento (consulte la pregunta B4 de abajo), para obtener más información.

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), o en los números listados al final de esta página o en los números en el pie de página de este documento.

B2. ¿La *Lista de medicamentos* cambia alguna vez?

Sí, y Tufts Health One Care debe seguir las reglas de Medicare y MassHealth (Medicaid) 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 autorización previa para algún medicamento. (La autorización previa 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).

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. Nota importante: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.



- Agregar o cambiar restricciones a la terapia escalonada de un medicamento. (Terapia escalonada significa que usted podría tener que probar un medicamento antes que cubramos otro medicamento.)

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

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

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

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

- Usted siempre puede leer la *Lista de medicamentos* actualizada de Tufts Health One Care en Internet, en TuftsHealthOneCare.org. 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), o en los números listados al final de esta página o en los números en el pie de página de este documento.

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

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

- **Sustituciones de ciertas 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 mantener \$0 con. 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

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. Nota importante: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.



- 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.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos que son retirados del mercado.** A veces, un medicamento se puede considerar inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si sucede, 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 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. Nota importante: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.



- 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, consulta las preguntas de la B10 a la B12.

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):** En el caso de algunos medicamentos, su médico u otro profesional deben obtener una aprobación por parte de Tufts Health One Care antes de hacer una receta. La autorización previa es diferente de un referido. Tufts Health One Care podría no cubrir el medicamento si usted no consigue la autorización previa.
- **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.

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 autorización previa 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.

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. Nota importante: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.

10/01/2025

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 tituló, “Lista de medicamentos por condición médica/tipo de medicamento” tiene una columna llamada “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso”.

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

En algunos casos, le avisaremos por adelantado si agregamos o cambiamos requisitos de autorización previa, 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, 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. El Índice de medicamentos cubiertos es una lista alfabética de todos los medicamentos que se incluyen en la Lista de Medicamentos. En el índice aparecen los medicamentos de marca y los genéricos.

Para buscar **por enfermedad**, busque la sección D titulada “Lista de 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.

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), o en los números listados al final de esta página o en los números en el pie de página de este documento. Si se entera de que Tufts Health One Care no cubrirá el medicamento, usted puede hacer lo siguiente:

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. Nota importante: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.



- 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 a Tufts Health One Care que haga una excepción para cubrir su medicamento. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

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

Podemos ayudarle. Podríamos cubrir su medicamento 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 nuestro plan no le permiten obtener la cantidad recetada por su profesional autorizado **O**
- el medicamento requiere autorización previa de Tufts Health One Care **O**
- usted toma algún medicamento que forma parte de una restricción de terapia escalonada.

Si estás tomando un medicamento cubierto que Tufts Health One Care no considera un medicamento de la Parte D, tienes derecho a recibir un suministro de 72 horas del medicamento una sola vez. Si la farmacia no puede facturar a Tufts Health One Care por este suministro único, MassHealth (Medicaid) lo pagará.

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:

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. Nota importante: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.



- 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 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 autorización previa.

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,

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. Nota importante: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.



comunicándose con Servicios para Miembros o enviando una solicitud a través del sitio web de Tufts Health One Care.

Correo:

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

Fax: 617-673-0956

Servicios para Miembros: 1-855-393-3154 (TTY: 711) los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Nota importante: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes.

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. Ten en cuenta que los miembros elegibles no tienen copago para los medicamentos cubiertos.

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

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. Nota importante: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.



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. Ten en cuenta que los miembros elegibles no tienen copago para los medicamentos cubiertos.

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

B15. ¿Qué son los medicamentos 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 Venta Libre de MassHealth Standard (Medicaid) para averiguar qué medicamentos de venta sin receta médica están cubiertos.

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 ciertas agujas/jeringas.

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 hasta 90 días, enviados directamente a su hogar. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro 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 cubiertos. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro 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.

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. Nota importante: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.



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. Consulta las preguntas B15 y B16 para obtener más información sobre los medicamentos de venta libre y los productos que no son medicamentos.

Todos los medicamentos están en el nivel 1 y tienen un copago de \$0
Los medicamentos OTC tienen un copago de \$0.

Si tienes alguna pregunta, llama a Servicios para Miembros al **1-855-393-3154** (TTY: 711) o a uno de los números listados en la parte inferior de esta página o a los números en el pie de página de este documento.

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”.

- 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. Nota importante: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. 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), o en los números listados al final de esta página o en los números en el pie de página de este documento.
- 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. Nota importante: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.



C1. Lista de Medicamentos 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. Esta limitación también puede aplicarse a ciertos medicamentos que no están en el formulario, como Vyndamax y Attruby.

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

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

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

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

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

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

Si tiene preguntas, llame a Tufts Health One Care al **1-855-393-3154** (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Nota importante: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite TuftsHealthOneCare.org.



Disponible a través de un proveedor de farmacia especializada designado. Tienes la opción de obtener este medicamento mediante un proveedor designado de farmacia especializada. Estas farmacias se especializan en surtir una cantidad seleccionada de medicamentos directamente a nuestros miembros. Ofrecen entrega gratuita a tu hogar, apoyo educativo 24/7 por teléfono y el apoyo de enfermeras y farmacéuticos. También trabajan estrechamente con tu doctor. Los medicamentos incluyen, entre otros, aquellos que se usan en el tratamiento de esclerosis múltiple, hepatitis C, artritis reumatoide y cánceres tratados con medicamentos por vía oral.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos se indican en minúscula y cursiva (por ejemplo, *omeprazol*), mientras que los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (por ejemplo, ENBREL). La información en la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso” indica si Tufts Health One Care tiene alguna regla para la cobertura de tu medicamento.

D. Índice de medicamentos cubiertos

En esta sección, puedes buscar un medicamento por su nombre en orden alfabético. Esto te indica el número de página donde puedes encontrar información adicional sobre la cobertura de tu medicamento.

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. Nota importante: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [TuftsHealthOneCare.org](https://www.tuftshealthonecare.org).



Tabla de contenidos

Agentes antidemencia.....	3
Agentes antiespásticos.....	3
Agentes antiyaquecosos	3
Agentes antiasténicos.....	4
Agentes antiparkinsonianos	4
Agentes cardiovasculares.....	4
Agentes de antigout	10
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal	10
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas	10
Agentes del sistema nervioso central	11
Agentes del trastorno del sueño	13
Agentes dentales y orales	13
Agentes dermatológicos	14
Agentes gastrointestinales.....	16
Agentes genitourinarios.....	18
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis).....	18
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)	19
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)	21
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)	22
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides).....	23
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria).....	23
Agentes inmunológicos	24
Agentes oftálmicos	29
Agentes para la bipolaridad.....	32
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción	32
Agentes para vías respiratorias/pulmonares.....	32
Agentes Terapéuticos, Misceláneos	36
Agentes óticos.....	37
Analgésicos	37
Anestésicos.....	39
Ansiolíticos	39
Antibacterianos	39
Anticonvulsivos	43
Antidepresivos	45
Antidepressants.....	46
Antieméticos	47
Antimicobacterianos.....	47
Antimicóticos	48
Antineoplásicos.....	49
Antiparasitarios	56
Antipsicóticos	56
Antivírico	58

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Electrolitos/minerales/metales/vitaminas.....	62
Productos y modificadores sanguíneos	65
Reguladores de la glucemia	66
Relajantes musculares esqueléticos.....	69
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento	69

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026
Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antidemencia		
Agentes antidemencia, otros		
<i>memantine/donepezil hydrochloride er cp24 10mg; 14mg, 10mg; 21mg, 10mg; 28mg</i>	1	
NAMZARIC C4PK 10MG; 0	1	
NAMZARIC CP24 10MG; 7MG	1	
Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)		
<i>memantine hcl titration pak tabs 0</i>	1	
<i>memantine hydrochloride er cp24 14mg, 21mg, 28mg, 7mg</i>	1	
<i>memantine hydrochloride soln 2mg/ml</i>	1	
<i>memantine hydrochloride tabs 10mg, 5mg</i>	1	
Inhibidores de la colinesterasa		
<i>donepezil hcl tabs 10mg, 23mg</i>	1	
<i>donepezil hcl tbdp 10mg, 5mg</i>	1	
<i>donepezil hydrochloride tabs 5mg</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide er cp24 16mg, 24mg, 8mg</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide soln 4mg/ml</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide tabs 12mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>rivastigmine tartrate caps 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg</i>	1	
<i>rivastigmine transdermal system pt24 13.3mg/24hr, 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr</i>	1	
Agentes antiespásticos		
Agentes antiespásticos		
<i>baclofen tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>dantrolene sodium caps 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>tizanidine hcl tabs 2mg</i>	1	
<i>tizanidine hydrochloride tabs 4mg</i>	1	
Agentes antiyaquecosos		
Agonista de receptores de serotonina (5-HT)		
<i>naratriptan hcl tabs 1mg, 2.5mg</i>	1	
<i>rizatriptan benzoate odt tbdp 10mg, 5mg</i>	1	
<i>rizatriptan benzoate tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>sumatriptan succinate refill inj 6mg/0.5ml</i>	1	
<i>sumatriptan succinate inj 4mg/0.5ml, 6mg/0.5ml</i>	1	
<i>sumatriptan succinate tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>sumatriptan soln 20mg/act, 5mg/act</i>	1	
Alcaloides del cornezuelo		
<i>dihydroergotamine mesylate soln 4mg/ml</i>	1	QL(8 ML por 30 días); NEDS
<i>ergotamine tartrate/caffeine tabs 100mg; 1mg</i>	1	
Antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene)		
AIMOVIG INJ 140MG/ML, 70MG/ML	1	QL(1 ML por 30 días); PA

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
EMGALITY INJ 120MG/ML	1	QL(2 ML por 30 días); PA
EMGALITY INJ 100MG/ML	1	QL(3 ML por 30 días); PA
NURTEC TBDP 75MG	1	PA
QULIPTA TABS 10MG, 30MG, 60MG	1	PA
UBRELVY TABS 100MG, 50MG	1	PA
Profiláctico		
<i>timolol maleate tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
Agentes antimiasmáticos		
Parasimpaticomiméticos		
<i>pyridostigmine bromide er tbc 180mg</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide tabs 60mg</i>	1	
Agentes antiparkinsonianos		
Agentes antiparkinsonianos, otros		
<i>carbidopa/levodopa/entacapone tabs 12.5mg; 200mg; 50mg, 18.75mg; 200mg; 75mg, 25mg; 200mg; 100mg, 31.25mg; 200mg; 125mg, 37.5mg; 200mg; 150mg, 50mg; 200mg; 200mg</i>	1	
<i>entacapone tabs 200mg</i>	1	
Agonistas de la dopamina		
<i>bromocriptine mesylate caps 5mg</i>	1	
<i>bromocriptine mesylate tabs 2.5mg</i>	1	
<i>pramipexole dihydrochloride tabs 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg</i>	1	
<i>ropinirole er tb24 12mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg</i>	1	
<i>ropinirole hcl tabs 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	1	
<i>ropinirole hydrochloride tabs 0.25mg, 3mg</i>	1	
Anticolinérgicos		
<i>benztropine mesylate tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hcl soln 0.4mg/ml</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride tabs 2mg, 5mg</i>	1	
Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate tabs 0.5mg, 1mg</i>	1	
<i>selegiline hcl caps 5mg</i>	1	
<i>selegiline hcl tabs 5mg</i>	1	
Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos		
<i>carbidopa/levodopa er tbc 25mg; 100mg, 50mg; 200mg</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa odt tbdp 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa tabs 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg</i>	1	
<i>carbidopa tabs 25mg</i>	1	
Agentes cardiovasculares		
Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa		

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>prazosin hydrochloride caps 1mg, 2mg, 5mg</i>	1	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		
<i>acebutolol hydrochloride caps 200mg, 400mg</i>	1	
<i>atenolol tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>carvedilol tabs 12.5mg, 25mg, 3.125mg, 6.25mg</i>	1	
<i>labetalol hydrochloride tabs 100mg, 200mg, 300mg</i>	1	
<i>metoprolol succinate er tb24 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tabs 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>nadolol tabs 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>nebivolol hydrochloride tabs 10mg, 2.5mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>pindolol tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>propranolol hcl soln 40mg/5ml</i>	1	
<i>propranolol hcl tabs 40mg</i>	1	
<i>propranolol hydrochloride er cp24 120mg, 160mg, 60mg, 80mg</i>	1	
<i>propranolol hydrochloride soln 20mg/5ml</i>	1	
<i>propranolol hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	1	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>felodipine er tb24 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>nifedipine er tb24 30mg, 60mg, 90mg</i>	1	
<i>nimodipine caps 30mg</i>	1	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
<i>cartia xt cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	1	
<i>dilt-xr cp24 120mg, 180mg, 240mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl cd cp24 360mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl er cp12 120mg, 60mg, 90mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl er tb24 300mg, 360mg, 420mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl tabs 30mg, 60mg</i>	1	
<i>diltiazem hydrochloride er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	1	
<i>diltiazem hydrochloride er tb24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	1	
<i>diltiazem hydrochloride tabs 120mg, 90mg</i>	1	
<i>matzim la tb24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	1	
<i>taztia xt cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	1	
<i>tiadytl er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	1	
<i>verapamil hcl er cp24 100mg, 300mg</i>	1	
<i>verapamil hcl er tbc 120mg</i>	1	
<i>verapamil hcl sr cp24 120mg, 180mg, 240mg, 360mg</i>	1	
<i>verapamil hcl tabs 40mg, 80mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er cp24 100mg, 200mg, 300mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>verapamil hydrochloride er tbc</i> 180mg, 240mg	1	
<i>verapamil hydrochloride tabs</i> 120mg	1	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>aliskiren tabs</i> 150mg, 300mg	1	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide tabs</i> 5mg; 50mg	1	
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium tabs</i> 10mg; 10mg, 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 10mg; 80mg, 2.5mg; 10mg, 2.5mg; 20mg, 2.5mg; 40mg, 5mg; 10mg, 5mg; 20mg, 5mg; 40mg, 5mg; 80mg	1	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride caps</i> 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 2.5mg; 10mg, 5mg; 10mg, 5mg; 20mg, 5mg; 40mg	1	
<i>amlodipine besylate/valsartan tabs</i> 10mg; 160mg, 10mg; 320mg, 5mg; 160mg, 5mg; 320mg	1	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil tabs</i> 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 5mg; 20mg, 5mg; 40mg	1	
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide tabs</i> 10mg; 12.5mg; 160mg, 10mg; 25mg; 160mg, 5mg; 12.5mg; 160mg, 5mg; 25mg; 160mg	1	
<i>atenolol/chlorthalidone tabs</i> 100mg; 25mg, 50mg; 25mg	1	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide tabs</i> 10mg; 12.5mg, 20mg; 12.5mg, 20mg; 25mg, 5mg; 6.25mg	1	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide tabs</i> 10mg; 6.25mg, 2.5mg; 6.25mg, 5mg; 6.25mg	1	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tabs</i> 16mg; 12.5mg, 32mg; 12.5mg, 32mg; 25mg	1	
CORLANOR SOLN 5MG/5ML	1	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide tabs</i> 10mg; 25mg, 5mg; 12.5mg	1	
ENTRESTO CPSP 15MG; 16MG, 6MG; 6MG	1	
ENTRESTO TABS 24MG; 26MG, 49MG; 51MG, 97MG; 103MG	1	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide tabs</i> 10mg; 12.5mg, 20mg; 12.5mg	1	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tabs</i> 12.5mg; 150mg, 12.5mg; 300mg	1	
<i>ivabradine hydrochloride tabs</i> 5mg, 7.5mg	1	
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide tabs</i> 12.5mg; 10mg, 12.5mg; 20mg, 25mg; 20mg	1	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide tabs</i> 12.5mg; 100mg, 12.5mg; 50mg, 25mg; 100mg	1	
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide tabs</i> 25mg; 100mg, 25mg; 50mg, 50mg; 100mg	1	
<i>metyrosine caps</i> 250mg	1	NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg; 40mg, 10mg; 25mg; 40mg, 5mg; 12.5mg; 20mg, 5mg; 12.5mg; 40mg, 5mg; 25mg; 40mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 20mg, 12.5mg; 40mg, 25mg; 40mg</i>	1	
<i>pentoxifylline er tbc 400mg</i>	1	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 10mg, 12.5mg; 20mg, 25mg; 20mg</i>	1	
<i>ranolazine er tb12 1000mg, 500mg</i>	1	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide tabs 25mg; 25mg</i>	1	
<i>telmisartan/amlodipine tabs 10mg; 40mg, 10mg; 80mg, 5mg; 40mg, 5mg; 80mg</i>	1	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 40mg, 12.5mg; 80mg, 25mg; 80mg</i>	1	
<i>trandolapril/verapamil hcl er tbc 1mg; 240mg, 2mg; 180mg, 2mg; 240mg, 4mg; 240mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide caps 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tabs 25mg; 37.5mg, 50mg; 75mg</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 160mg, 12.5mg; 320mg, 12.5mg; 80mg, 25mg; 160mg, 25mg; 320mg</i>	1	
Agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine hydrochloride tabs 0.1mg, 0.2mg, 0.3mg</i>	1	
<i>clonidine ptwk 0.1mg/24hr, 0.2mg/24hr, 0.3mg/24hr</i>	1	
<i>droxidopa caps 100mg</i>	1	PA
<i>droxidopa caps 200mg, 300mg</i>	1	PA; NEDS
<i>midodrine hydrochloride tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil tabs 16mg, 32mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>irbesartan tabs 150mg, 300mg, 75mg</i>	1	
<i>losartan potassium tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil tabs 20mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>telmisartan tabs 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>valsartan tabs 160mg, 320mg, 40mg, 80mg</i>	1	
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides		
<i>eplerenone tabs 25mg, 50mg</i>	1	
KERENDIA TABS 10MG, 20MG, 40MG	1	PA
<i>spironolactone tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hydrochloride tabs 100mg, 200mg, 400mg</i>	1	
<i>digoxin inj 0.25mg/ml</i>	1	
<i>digoxin oral soln 0.05mg/ml</i>	1	
<i>digoxin tabs 125mcg, 250mcg</i>	1	
DOFETILIDE CAPS 125MCG	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>dofetilide caps 250mcg, 500mcg</i>	1	
<i>flecainide acetate tabs 100mg, 150mg, 50mg</i>	1	
<i>mexiletine hydrochloride caps 150mg, 200mg, 250mg</i>	1	
MULTAQ TABS 400MG	1	
<i>propafenone hcl tabs 150mg, 225mg, 300mg</i>	1	
<i>propafenone hydrochloride er cp12 225mg, 325mg, 425mg</i>	1	
<i>propafenone hydrochloride tabs 225mg, 300mg</i>	1	
<i>quinidine sulfate tabs 200mg, 300mg</i>	1	
<i>sotalol hcl tabs 120mg, 160mg, 240mg</i>	1	
<i>sotalol hydrochloride (af) tabs 120mg, 160mg, 80mg</i>	1	
<i>sotalol hydrochloride tabs 80mg</i>	1	
Dislipidémicos, derivados del ácido fibríco		
<i>fenofibrate micronized caps 134mg, 200mg, 67mg</i>	1	
<i>fenofibrate caps 130mg, 43mg, 50mg</i>	1	
<i>fenofibrate tabs 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	1	
<i>fenofibric acid dr cpdr 135mg, 45mg</i>	1	
<i>gemfibrozil tabs 600mg</i>	1	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium tabs 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>fluvastatin sodium er tb24 80mg</i>	1	
<i>fluvastatin caps 20mg, 40mg</i>	1	
<i>lovastatin tabs 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>pitavastatin calcium tabs 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
<i>pravastatin sodium tabs 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>rosuvastatin calcium tabs 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>simvastatin tabs 10mg, 20mg, 40mg, 5mg, 80mg</i>	1	
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light pack 4gm</i>	1	
<i>cholestyramine light powd 4gm/dose</i>	1	
<i>cholestyramine pack 4gm</i>	1	
<i>cholestyramine powd 4gm/dose</i>	1	
<i>colestipol hydrochloride gran 5gm</i>	1	
<i>colestipol hydrochloride pack 5gm</i>	1	
<i>colestipol hydrochloride tabs 1gm</i>	1	
<i>ezetimibe/simvastatin tabs 10mg; 10mg, 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 10mg; 80mg</i>	1	
<i>ezetimibe tabs 10mg</i>	1	
<i>icosapent ethyl caps 0.5gm, 1gm</i>	1	
NEXLETOL TABS 180MG	1	PA
NEXLIZET TABS 180MG; 10MG	1	PA
<i>niacin er tbcr 1000mg, 500mg, 750mg</i>	1	
<i>omega-3-acid ethyl esters caps 375mg; 465mg; 1gm</i>	1	
PRALUENT INJ 150MG/ML, 75MG/ML	1	PA
<i>prevalite pack 4gm</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>prevalite powd 4gm/dose</i>	1	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM INJ 420MG/3.5ML	1	PA
REPATHA SURECLICK INJ 140MG/ML	1	PA
REPATHA INJ 140MG/ML	1	PA
Diuréticos, ahorrador de potasio		
<i>amiloride hcl tabs 5mg</i>	1	
<i>triamterene caps 100mg, 50mg</i>	1	
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide inj 0.25mg/ml</i>	1	
<i>bumetanide tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
<i>ethacrynic acid tabs 25mg</i>	1	
<i>furosemide inj 10mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral soln 10mg/ml, 40mg/5ml</i>	1	
<i>furosemide tabs 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>toremide tabs 100mg, 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone tabs 25mg, 50mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide caps 12.5mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide tabs 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>indapamide tabs 1.25mg, 2.5mg</i>	1	
<i>metolazone tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
<i>benazepril hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>captopril tabs 100mg, 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>enalapril maleate tabs 10mg, 2.5mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium tabs 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>lisinopril tabs 10mg, 2.5mg, 20mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>moexipril hydrochloride tabs 15mg, 7.5mg</i>	1	
<i>perindopril erbumine tabs 2mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>quinapril hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>ramipril caps 1.25mg, 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>trandolapril tabs 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT)		
<i>dapagliflozin propanediol tabs 10mg, 5mg</i>	1	
FARXIGA TABS 10MG, 5MG	1	
JARDIANCE TABS 10MG, 25MG	1	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso		
<i>isosorbide dinitrate tabs 10mg, 20mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate er tb24 120mg, 30mg, 60mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate tabs 10mg, 20mg</i>	1	
<i>nitroglycerin transdermal pt24 0.1mg/hr, 0.2mg/hr, 0.4mg/hr, 0.6mg/hr</i>	1	
<i>nitroglycerin soln 0.4mg/spray</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>nitroglycerin subl 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	1	
VERQUVO TABS 10MG, 2.5MG, 5MG	1	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial		
<i>hydralazine hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>minoxidil tabs 10mg, 2.5mg</i>	1	
Agentes de antigout		
Agentes de antigout		
<i>allopurinol tabs 100mg, 300mg</i>	1	
<i>colchicine tabs 0.6mg</i>	1	
<i>probenecid/colchicine tabs 0.5mg; 500mg</i>	1	
<i>probenecid tabs 500mg</i>	1	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
Aminosalicilatos		
<i>balsalazide disodium caps 750mg</i>	1	
<i>mesalamine dr cpdr 400mg</i>	1	
<i>mesalamine dr tbec 1.2gm, 800mg</i>	1	
<i>mesalamine er cp24 0.375gm</i>	1	
<i>mesalamine er cpcr 500mg</i>	1	
<i>mesalamine enem 4gm</i>	1	
<i>mesalamine kit 4gm</i>	1	
<i>mesalamine supp 1000mg</i>	1	
<i>sulfasalazine tabs 500mg</i>	1	
<i>sulfasalazine tbec 500mg</i>	1	
Glucocorticoides		
<i>budesonide er tb24 9mg</i>	1	NEDS
<i>budesonide cpep 3mg</i>	1	
CORTIFOAM FOAM 10%	1	
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone enem 100mg/60ml</i>	1	
<i>procto-med hc crea 2.5%</i>	1	
<i>proctosol hc crea 2.5%</i>	1	
<i>proctozone-hc crea 2.5%</i>	1	
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
<i>alendronate sodium soln 70mg/75ml</i>	1	
<i>alendronate sodium tabs 10mg, 35mg, 70mg</i>	1	
BONSITY INJ 560MCG/2.24ML	1	PA; NEDS
CALCITONIN SALMON INJ 200UNIT/ML	1	
<i>calcitonin-salmon soln 200unit/act</i>	1	
<i>calcitriol caps 0.25mcg, 0.5mcg</i>	1	
<i>calcitriol soln 1mcg/ml</i>	1	
<i>cinacalcet hydrochloride tabs 30mg, 60mg, 90mg</i>	1	
JUBBONTI INJ 60MG/ML	1	PA
<i>paricalcitol caps 1mcg, 2mcg, 4mcg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RAYALDEE CPR 30MCG	1	NEDS
<i>risedronate sodium dr tbec 35mg</i>	1	
<i>risedronate sodium tabs 150mg, 30mg, 35mg, 5mg</i>	1	
<i>teriparatide inj 560mcg/2.24ml</i>	1	PA; NEDS
WYOST INJ 120MG/1.7ML	1	PA; NEDS
<i>zoledronic acid inj 4mg/100ml, 4mg/5ml, 5mg/100ml</i>	1	
Agentes del sistema nervioso central		
Agentes de esclerosis múltiple		
AVONEX PEN INJ 30MCG/0.5ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty
AVONEX INJ 30MCG/0.5ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty
BETASERON INJ 0.3MG	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>dalfampridine er tb12 10mg</i>	1	SP-Optum Specialty
<i>dimethyl fumarate cpdr 120mg, 240mg</i>	1	SP-Optum Specialty
<i>fingolimod hydrochloride caps 0.5mg</i>	1	NEDS
<i>glatiramer acetate inj 40mg/ml</i>	1	QL(12 ML por 28 días); NEDS
<i>glatiramer acetate inj 20mg/ml</i>	1	QL(30 ML por 30 días); NEDS
KESIMPTA INJ 20MG/0.4ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PLEGRIDY STARTER PACK INJ 0	1	NEDS; SP-Optum Specialty
PLEGRIDY INJ 125MCG/0.5ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK INJ 0	1	ST; NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF REBIDOSE INJ 22MCG/0.5ML, 44MCG/0.5ML	1	ST; NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF TITRATION PACK INJ 0	1	ST; NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF INJ 22MCG/0.5ML, 44MCG/0.5ML	1	ST; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>teriflunomide tabs 14mg, 7mg</i>	1	
VUMERITY CPDR 231MG	1	NEDS; SP-Optum Specialty
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK CPPK 0	1	NEDS
ZEPOSIA CAPS 0.92MG	1	NEDS
Agentes de fibromialgia		
SAVELLA TITRATION PACK MISC 0	1	
SAVELLA TABS 100MG, 12.5MG, 25MG, 50MG	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
<i>amphetamine/dextroamphetamine cp24 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg, 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg, 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg, 5mg; 5mg; 5mg; 5mg, 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg, 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	1	
<i>amphetamine/dextroamphetamine tabs 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg, 1.875mg; 1.875mg; 1.875mg; 1.875mg, 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg, 3.125mg; 3.125mg; 3.125mg; 3.125mg, 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg, 5mg; 5mg; 5mg; 5mg, 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	1	
<i>dextroamphetamine sulfate er cp24 10mg, 15mg, 5mg</i>	1	
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	1	
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
<i>atomoxetine hydrochloride caps 10mg, 25mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 100mg, 80mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 10mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonidine hydrochloride er tb12 0.1mg</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 20mg, 35mg</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hcl tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 15mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride cp24 25mg</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tabs 2.5mg</i>	1	
<i>guanfacine hydrochloride er tb24 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	1	QL(90 EA por 90 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er (cd) cpcr 10mg, 20mg, 30mg, 40mg, 50mg, 60mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er (la) cp24 10mg, 20mg, 30mg, 40mg, 60mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm) tbcr 18mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er tb24 18mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er tbcr 10mg, 20mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride chew 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride soln 10mg/5ml, 5mg/5ml</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
Sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TEPK 12MG; 18MG; 24MG; 30MG	1	QL(56 EA por 365 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TEPK 6MG; 12MG; 24 MG	1	QL(84 EA por 365 días); PA; NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AUSTEDO XR TB24 6MG	1	QL(210 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 18MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 24MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 12MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO TABS 12MG, 6MG, 9MG	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
COBENFY STARTER PACK CPPK 20MG; 0	1	QL(112 EA por 365 días); PA NSO; NEDS
COBENFY CAPS 20MG; 100MG, 20MG; 50MG, 30MG; 125MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
NUEDEXTA CAPS 20MG; 10MG	1	PA; NEDS
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP 105MG/5ML	1	PA; NEDS
RADICAVA ORS SUSP 105MG/5ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>riluzole tabs 50mg</i>	1	
<i>tetrabenazine tabs 12.5mg, 25mg</i>	1	PA; SP-Optum Specialty
VEOZAH TABS 45MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
Agentes del trastorno del sueño		
<i>Agentes estimulantes de insomnio</i>		
<i>armodafinil tabs 150mg, 200mg, 250mg, 50mg</i>	1	PA
<i>modafinil tabs 100mg, 200mg</i>	1	PA
SODIUM OXYBATE SOLN 500MG/ML	1	PA; NEDS
<i>Agentes somníferos</i>		
BELSOMRA TABS 10MG, 15MG, 20MG, 5MG	1	
<i>eszopiclone tabs 1mg, 2mg, 3mg</i>	1	
<i>ramelteon tabs 8mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>tasimelteon caps 20mg</i>	1	PA; NEDS
<i>temazepam caps 15mg, 30mg, 7.5mg</i>	1	
<i>zaleplon caps 10mg, 5mg</i>	1	
<i>zolpidem tartrate tabs 10mg, 5mg</i>	1	
Agentes dentales y orales		
<i>Agentes dentales y orales</i>		
<i>cevimeline hydrochloride caps 30mg</i>	1	
<i>chlorhexidine gluconate soln 0.12%</i>	1	
<i>kourzeq pste 0.1%</i>	1	
<i>lidocaine hydrochloride viscous soln 2%</i>	1	
<i>lidocaine viscous soln 2%</i>	1	
<i>oralone dental paste pste 0.1%</i>	1	
<i>periogard soln 0.12%</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>pilocarpine hydrochloride tabs 5mg, 7.5mg</i>	1	
<i>sf 5000 plus crea 1.1%</i>	1	
<i>sodium fluoride 5000 plus crea 1.1%</i>	1	
<i>sodium fluoride 5000 ppm crea 1.1%</i>	1	
<i>sodium fluoride crea 1.1%</i>	1	
<i>triamcinolone acetone dental paste pste 0.1%</i>	1	
Agentes dermatológicos		
Agentes dermatológicos, otros		
<i>calcipotriene crea 0.005%</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene oint 0.005%</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene soln 0.005%</i>	1	QL(120 ML por 30 días)
<i>calcitriol oint 3mcg/gm</i>	1	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate crea 0.05%; 1%</i>	1	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate lotn 0.05%; 1%</i>	1	
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	1	QL(200 GM por 30 días)
<i>fluorouracil crea 5%</i>	1	
<i>fluorouracil soln 2%, 5%</i>	1	
<i>imiquimod crea 3.75%, 5%</i>	1	
<i>nystatin/triamcinolone acetone oint 100000unit/gm; 0.1%</i>	1	
<i>nystatin/triamcinolone crea 100000unit/gm; 1mg/gm</i>	1	
<i>nystatin/triamcinolone oint 100000unit/gm; 0.1%</i>	1	
OTEZLA TABS 20MG, 30MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>podofilox gel 0.5%</i>	1	
<i>podofilox soln 0.5%</i>	1	
SANTYL OINT 250UNIT/GM	1	
<i>silver sulfadiazine crea 1%</i>	1	
<i>ssd crea 1%</i>	1	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
<i>acutane caps 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	
<i>acitretin caps 10mg, 17.5mg, 25mg</i>	1	
<i>adapalene gel 0.1%, 0.3%</i>	1	PA
<i>amnesteem caps 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	
<i>azelaic acid gel 15%</i>	1	
<i>claravis caps 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide gel 2.5%; 1.2%, 5%; 1.2%</i>	1	
<i>clindamycin/benzoyl peroxide gel 5%; 1%</i>	1	
<i>isotretinoin caps 10mg, 20mg, 25mg, 30mg, 35mg, 40mg</i>	1	
<i>metronidazole crea 0.75%</i>	1	
<i>metronidazole gel 0.75%, 1%</i>	1	
<i>metronidazole lotn 0.75%</i>	1	
<i>tazarotene crea 0.05%, 0.1%</i>	1	PA
<i>tazarotene gel 0.05%, 0.1%</i>	1	PA

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tretinoin crea 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	1	PA
ZENATANE CAPS 10MG, 20MG, 30MG, 40MG	1	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
<i>ammonium lactate crea 12%</i>	1	
<i>ammonium lactate lotn 12%</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate augmented crea 0.05%</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate augmented gel 0.05%</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate augmented lotn 0.05%</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate augmented oint 0.05%</i>	1	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE CREA 0.05%	1	
<i>betamethasone dipropionate lotn 0.05%</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate oint 0.05%</i>	1	
<i>betamethasone valerate crea 0.1%</i>	1	
<i>betamethasone valerate lotn 0.1%</i>	1	
<i>betamethasone valerate oint 0.1%</i>	1	
<i>clobetasol propionate e crea 0.05%</i>	1	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate crea 0.05%</i>	1	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate gel 0.05%</i>	1	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate oint 0.05%</i>	1	QL(240 GM por 30 días)
CLOBETASOL PROPIONATE SHAM 0.05%	1	QL(236 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate soln 0.05%</i>	1	QL(200 ML por 30 días)
<i>clodan sham 0.05%</i>	1	QL(236 ML por 30 días)
DESONIDE CREA 0.05%	1	
DESONIDE OINT 0.05%	1	
<i>desoximetasone crea 0.05%, 0.25%</i>	1	
EUCRISA OINT 2%	1	PA
<i>fluocinolone acetonide body oil 0.01%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide scalp oil 0.01%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide topical oil 0.01%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide crea 0.01%, 0.025%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide oint 0.025%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide soln 0.01%</i>	1	
<i>fluocinonide emulsified base crea 0.05%</i>	1	
<i>fluocinonide crea 0.05%, 0.1%</i>	1	
FLUOCINONIDE GEL 0.05%	1	
FLUOCINONIDE OINT 0.05%	1	
FLUOCINONIDE SOLN 0.05%	1	
<i>fluticasone propionate crea 0.05%</i>	1	
<i>fluticasone propionate oint 0.005%</i>	1	
<i>halobetasol propionate crea 0.05%</i>	1	
<i>halobetasol propionate oint 0.05%</i>	1	
HYDROCORTISONE VALERATE CREA 0.2%	1	
<i>hydrocortisone valerate oint 0.2%</i>	1	
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone lotn 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone oint 1%, 2.5%</i>	1	
<i>mometasone furoate crea 0.1%</i>	1	
<i>mometasone furoate oint 0.1%</i>	1	
<i>mometasone furoate soln 0.1%</i>	1	
<i>pimecrolimus crea 1%</i>	1	
<i>selenium sulfide lotn 2.5%</i>	1	
<i>tacrolimus oint 0.03%, 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolone acetone crea 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	1	
<i>triamcinolone acetone lotn 0.025%, 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolone acetone oint 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	1	
Antiinfecciosos tópicos		
<i>ciclopirox nail lacquer soln 8%</i>	1	
<i>ciclopirox olamine crea 0.77%</i>	1	
<i>ciclopirox gel 0.77%</i>	1	
CICLOPIROX SHAM 1%	1	
<i>ciclopirox susp 0.77%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate gel 1%</i>	1	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE LOTN 1%	1	
<i>clindamycin phosphate external soln 1%</i>	1	
<i>ery pads 2%</i>	1	
<i>erythromycin gel 2%</i>	1	
<i>erythromycin soln 2%</i>	1	
<i>mupirocin crea 2%</i>	1	QL(180 GM por 30 días)
<i>mupirocin oint 2%</i>	1	QL(44 GM por 30 días)
SULFAMYLLON CREA 85MG/GM	1	
Pediculicidas/escabicidas		
<i>malathion lotn 0.5%</i>	1	
<i>permethrin crea 5%</i>	1	
Agentes gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
<i>alosetron hydrochloride tabs 0.5mg</i>	1	PA
<i>alosetron hydrochloride tabs 1mg</i>	1	PA; NEDS
<i>loperamide hydrochloride caps 2mg</i>	1	
XERMELO TABS 250MG	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiestreñimiento		
<i>constulose soln 10gm/15ml</i>	1	
<i>enulose soln 10gm/15ml</i>	1	
<i>generlac soln 10gm/15ml</i>	1	
<i>lactulose soln 10gm/15ml</i>	1	
LINZESS CAPS 145MCG, 290MCG, 72MCG	1	
<i>lubiprostone caps 24mcg, 8mcg</i>	1	
MOVANTIK TABS 12.5MG, 25MG	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes gastrointestinales, otros		
CLENPIQ SOLN 12GM/175ML; 3.5GM/175ML; 10MG/175ML	1	
<i>gavilyte-c solr 240gm; 2.98gm; 6.72gm; 5.84gm; 22.72gm</i>	1	
<i>gavilyte-g solr 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm</i>	1	
<i>gavilyte-n/ flavor pack solr 420gm; 1.48gm; 5.72gm; 11.2gm</i>	1	
<i>metoclopramide hcl inj 5mg/ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral soln 5mg/5ml</i>	1	
<i>metoclopramide hydrochloride tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>nitroglycerin oint 0.4%</i>	1	QL(30 GM por 30 días)
<i>opium tincture tinc 1%</i>	1	
<i>opium tinc 1%</i>	1	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate solr 4.7gm; 100gm; 1.015gm; 5.9gm; 2.691gm; 7.5gm</i>	1	
<i>peg-3350/electrolytes solr 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm</i>	1	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl solr 420gm; 1.48gm; 5.72gm; 11.2gm</i>	1	
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic solr 4.7gm; 100gm; 1.015gm; 5.9gm; 2.691gm; 7.5gm</i>	1	
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate soln 1.6gm/177ml; 3.13gm/177ml; 17.5gm/177ml</i>	1	
<i>ursodiol caps 300mg</i>	1	
<i>ursodiol tabs 250mg, 500mg</i>	1	
VOQUEZNA TABS 10MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
VOQUEZNA TABS 20MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA
VOWST CAPS 0	1	PA; NEDS
XIFAXAN TABS 550MG	1	PA; NEDS
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
<i>cimetidine tabs 200mg, 300mg, 400mg, 800mg</i>	1	
<i>famotidine tabs 20mg, 40mg</i>	1	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl soln 10mg/5ml</i>	1	
<i>dicyclomine hydrochloride caps 10mg</i>	1	
<i>dicyclomine hydrochloride tabs 20mg</i>	1	
<i>glycopyrrolate soln 1mg/5ml</i>	1	
<i>glycopyrrolate tabs 1mg, 2mg</i>	1	
Inhibidores de la bomba de protones		
DEXLANSOPRAZOLE CPDR 30MG, 60MG	1	
<i>esomeprazole magnesium cpdr 20mg, 40mg</i>	1	
<i>esomeprazole magnesium pack 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>lansoprazole cpdr 15mg, 30mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>omeprazole dr cpdr 10mg</i>	1	
<i>omeprazole cpdr 20mg, 40mg</i>	1	
<i>pantoprazole sodium tbec 20mg, 40mg</i>	1	
<i>rabeprazole sodium tbec 20mg</i>	1	
Protectores		
<i>misoprostol tabs 100mcg, 200mcg</i>	1	
<i>sucralfate susp 1gm/10ml</i>	1	
<i>sucralfate tabs 1gm</i>	1	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl er tb24 10mg</i>	1	
<i>doxazosin mesylate tabs 1mg, 2mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride caps 0.5mg; 0.4mg</i>	1	
<i>dutasteride caps 0.5mg</i>	1	
<i>finasteride tabs 5mg</i>	1	
<i>tadalafil tabs 2.5mg, 5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride caps 0.4mg</i>	1	
<i>terazosin hcl caps 10mg, 1mg, 5mg</i>	1	
<i>terazosin hydrochloride caps 2mg</i>	1	
Agentes genitourinarios, otros		
<i>acetic acid 0.25% soln 0.25%</i>	1	
<i>bethanechol chloride tabs 10mg, 25mg, 50mg, 5mg</i>	1	
ELMIRON CAPS 100MG	1	
<i>tiopronin dr tbec 100mg, 300mg</i>	1	NEDS
Antiespasmódicos, urinario		
GEMTESA TABS 75MG	1	
MYRBETRIQ SRER 8MG/ML	1	
MYRBETRIQ TB24 25MG, 50MG	1	
<i>oxybutynin chloride er tb24 10mg, 15mg, 5mg</i>	1	
<i>oxybutynin chloride soln 5mg/5ml</i>	1	
<i>oxybutynin chloride tabs 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>solifenacin succinate tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>tolterodine tartrate er cp24 2mg, 4mg</i>	1	
<i>tolterodine tartrate tabs 1mg, 2mg</i>	1	
<i>tropium chloride tabs 20mg</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>desmopressin acetate soln 0.01%</i>	1	
<i>desmopressin acetate tabs 0.1mg, 0.2mg</i>	1	
GENOTROPIN MINQUICK INJ 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1MG, 2MG	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG	1	PA; SP-Optum Specialty
<i>genotropin miniquick inj 1.8mg</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
GENOTROPIN INJ 12MG, 5MG	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
INCRELEX INJ 40MG/4ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
<i>Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos</i>		
OSPHENA TABS 60MG	1	
<i>raloxifene hydrochloride tabs 60mg</i>	1	
<i>Andrógenos</i>		
<i>danazol caps 100mg, 200mg, 50mg</i>	1	
<i>testosterone cypionate inj 100mg/ml, 200mg/ml</i>	1	
<i>testosterone enanthate inj 200mg/ml</i>	1	
<i>testosterone pump gel 1%, 1.62%</i>	1	
<i>testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 25mg/2.5gm, 40.5mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	1	
<i>Estrógenos</i>		
<i>abigale lo tabs 0.5mg; 0.1mg</i>	1	
<i>abigale tabs 1mg; 0.5mg</i>	1	
<i>amabelz tabs 0.5mg; 0.1mg, 1mg; 0.5mg</i>	1	
<i>apri tabs 0.15mg; 30mcg</i>	1	
<i>ashlyna tabs 0; 0</i>	1	
<i>aviane tabs 20mcg; 0.1mg</i>	1	
<i>azurette tabs 0; 0</i>	1	
<i>balziva tabs 35mcg; 0.4mg</i>	1	
<i>briellyn tabs 35mcg; 0.4mg</i>	1	
<i>dotti pttw 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr</i>	1	
<i>drospirenone/ethinyl estradiol tabs 3mg; 0.03mg</i>	1	
<i>eluryng ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	1	
<i>enilloring ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	1	
<i>estradiol valerate inj 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml</i>	1	
<i>estradiol/norethindrone acetate tabs 0.5mg; 0.1mg, 1mg; 0.5mg</i>	1	
<i>estradiol crea 0.1mg/gm</i>	1	
<i>estradiol pttw 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr</i>	1	
<i>estradiol ptwk 0.025mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.06mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr, 37.5mcg/24hr</i>	1	
<i>estradiol oral tabs 0.5mg, 1mg, 2mg, 10mcg</i>	1	
ESTRING RING 7.5MCG/24HR	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	1	
<i>falmina tabs 20mcg; 0.1mg</i>	1	
FEIRZA 1.5/30 TABS 30MCG; 75MG; 1.5MG	1	
FEIRZA 1/20 TABS 20MCG; 75MG; 1MG	1	
<i>finzala chew 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>fyavolv tabs 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	1	
<i>galbriela chew 25mcg; 75mg; 0.8mg</i>	1	
<i>haloette ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	1	
<i>iclevia tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	1	
IMVEXXY MAINTENANCE PACK INST 10MCG, 4MCG	1	
IMVEXXY STARTER PACK INST 10MCG, 4MCG	1	
<i>introvale tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	1	
<i>jaimiess tabs 0; 0</i>	1	
<i>jinteli tabs 5mcg; 1mg</i>	1	
<i>junel 1.5/30 tabs 30mcg; 1.5mg</i>	1	
<i>junel 1/20 tabs 20mcg; 1mg</i>	1	
<i>junel fe 1.5/30 tabs 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	1	
<i>junel fe 1/20 tabs 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>junel fe 24 tabs 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>kariva tabs 0; 0</i>	1	
<i>kelnor 1/35 tabs 35mcg; 1mg</i>	1	
<i>larin 1.5/30 tabs 30mcg; 1.5mg</i>	1	
<i>larin 1/20 tabs 20mcg; 1mg</i>	1	
<i>larin fe 1.5/30 tabs 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	1	
<i>larin fe 1/20 tabs 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>lessina tabs 20mcg; 0.1mg</i>	1	
<i>levonest tabs 0; 0</i>	1	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tabs 20mcg; 90mcg</i>	1	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tabs 0.03mg; 0.15mg, 20mcg; 0.1mg</i>	1	
<i>levora 0.15/30-28 tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	1	
<i>lojaimiess tabs 0; 0</i>	1	
<i>marlissa tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	1	
<i>mibelas 24 fe chew 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>microgestin 1.5/30 tabs 30mcg; 1.5mg</i>	1	
<i>microgestin 1/20 tabs 20mcg; 1mg</i>	1	
<i>microgestin fe 1.5/30 tabs 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	1	
<i>microgestin fe 1/20 tabs 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>minzoya tabs 0.02mg; 36.5mg; 0.1mg</i>	1	
<i>necon 0.5/35-28 tabs 35mcg; 0.5mg</i>	1	
<i>nikki tabs 3mg; 0.02mg</i>	1	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol ptwk 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28) tabs 35mcg; 0.5mg</i>	1	
<i>nortrel 1/35 tabs 35mcg; 1mg</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7 tabs 35mcg; 0</i>	1	
<i>portia-28 tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	1	
PREMARIN CREA 0.625MG/GM	1	
PREMARIN TABS 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	1	
PREMPHASE TABS 0.625MG; 5MG	1	
<i>rosyrah tabs 0; 0</i>	1	
<i>tarina fe 1/20 eq tabs 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>tri-sprintec tabs 0; 0</i>	1	
<i>trivora-28 tabs 0; 0</i>	1	
<i>turqoz tabs 30mcg; 0.3mg</i>	1	
<i>valtya 1/50 tabs 50mcg; 1mg</i>	1	
<i>velivet tabs 0; 0</i>	1	
<i>vyfemla tabs 35mcg; 0.4mg</i>	1	
XARAH FE TABS 0; 75MG; 1MG	1	
<i>xelria fe chew 35mcg; 75mg; 0.4mg</i>	1	
<i>xulane ptwk 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	1	
<i>yuvafem tabs 10mcg</i>	1	
<i>zafemy ptwk 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	1	
<i>zovia 1/35 tabs 35mcg; 1mg</i>	1	
Progestinas		
<i>camila tabs 0.35mg</i>	1	
<i>deblitane tabs 0.35mg</i>	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJ 104MG/0.65ML	1	
<i>errin tabs 0.35mg</i>	1	
<i>gallifrey tabs 5mg</i>	1	
<i>heather tabs 0.35mg</i>	1	
LILETTA IUD 20.1MCG/DAY	1	
<i>medroxyprogesterone acetate inj 150mg/ml</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>megestrol acetate susp 40mg/ml, 625mg/5ml</i>	1	
<i>megestrol acetate tabs 20mg, 40mg</i>	1	
<i>meleya tabs 0.35mg</i>	1	
NEXPLANON INJ 68MG	1	
<i>norethindrone acetate tabs 5mg</i>	1	
<i>progesterone caps 100mg, 200mg</i>	1	
<i>sharobel tabs 0.35mg</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
DEPO-MEDROL INJ 20MG/ML	1	
<i>dexamethasone intensol conc 1mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate +rfid inj 4mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 100mg/10ml, 10mg/ml, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone elix 0.5mg/5ml</i>	1	
<i>dexamethasone soln 0.5mg/5ml</i>	1	
<i>dexamethasone tabs 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	1	
<i>fludrocortisone acetate tabs 0.1mg</i>	1	
<i>hydrocortisone sodium succinate inj 100mg</i>	1	
<i>hydrocortisone tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>kenalog-10 inj 10mg/ml</i>	1	
<i>methylprednisolone acetate inj 40mg/ml, 50mg/ml, 80mg/ml</i>	1	
<i>methylprednisolone dose pack tbpk 4mg</i>	1	
<i>methylprednisolone tabs 16mg, 32mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln 10mg/5ml, 15mg/5ml, 20mg/5ml, 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	1	
<i>prednisolone soln 15mg/5ml</i>	1	
<i>prednisolone tabs 5mg</i>	1	
<i>prednisone soln 5mg/5ml</i>	1	
<i>prednisone tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 20mg, 50mg, 5mg</i>	1	
<i>prednisone tbpk 10mg, 5mg</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide inj 10mg/ml, 40mg/ml</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
ADTHYZA TABS 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	1	
ARMOUR THYROID TABS 120MG, 15MG, 180MG, 240MG, 300MG, 30MG, 60MG, 90MG	1	
<i>euthyrox tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>levo-t tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>levothyroxine sodium tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>levoxyl tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>liothyronine sodium tabs 25mcg, 50mcg, 5mcg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NIVA THYROID TABS 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	1	
<i>np thyroid 120 tabs 120mg</i>	1	
<i>np thyroid 15 tabs 15mg</i>	1	
<i>np thyroid 30 tabs 30mg</i>	1	
<i>np thyroid 60 tabs 60mg</i>	1	
<i>np thyroid 90 tabs 90mg</i>	1	
REZDIFFRA TABS 100MG, 60MG, 80MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
SYNTHROID TABS 100MCG, 112MCG, 125MCG, 137MCG, 150MCG, 175MCG, 200MCG, 25MCG, 300MCG, 50MCG, 75MCG, 88MCG	1	
THYROID TABS 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	1	
<i>unithroid tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
<i>Agentes antitiroideos</i>		
<i>methimazole tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>propylthiouracil tabs 50mg</i>	1	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
<i>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)</i>		
<i>cabergoline tabs 0.5mg</i>	1	
ELIGARD INJ 22.5MG, 30MG, 45MG, 7.5MG	1	
FIRMAGON INJ 80MG	1	
FIRMAGON INJ 120MG/VIAL	1	NEDS
<i>lanreotide acetate inj 120mg/0.5ml</i>	1	NEDS
<i>leuprolide acetate inj 1mg/0.2ml</i>	1	SP-Optum Specialty
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INJ 3.75MG, 7.5MG	1	NEDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INJ 11.25MG, 22.5MG	1	NEDS
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INJ 30MG	1	NEDS
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INJ 45MG	1	NEDS
<i>mifepristone tabs 300mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 50mcg/ml</i>	1	
<i>octreotide acetate inj 1000mcg/ml</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 50mcg/ml</i>	1	SP-Optum Specialty
ORGOVYX TABS 120MG	1	PA NSO; NEDS
SIGNIFOR INJ 0.3MG/ML, 0.6MG/ML, 0.9MG/ML	1	QL(60 ML por 30 días); PA; NEDS
SOMATULINE DEPOT INJ 60MG/0.2ML, 90MG/0.3ML	1	NEDS
SOMAVERT INJ 10MG, 15MG, 20MG, 25MG, 30MG	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SYNAREL SOLN 2MG/ML	1	NEDS
Agentes inmunológicos		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
ARCALYST INJ 220MG	1	PA; NEDS
BENLYSTA INJ 200MG/ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
COSENTYX SENSOREADY PEN INJ 150MG/ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
COSENTYX UNOREADY INJ 300MG/2ML	1	PA; NEDS
COSENTYX INJ 125MG/5ML	1	PA; NEDS
COSENTYX INJ 150MG/ML, 75MG/0.5ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
DUPIXENT INJ 200MG/1.14ML, 300MG/2ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
EMPAVELI INJ 1080MG/20ML	1	PA; NEDS
KINERET INJ 100MG/0.67ML	1	PA; NEDS
ORENCIA CLICKJECT INJ 125MG/ML	1	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 50MG/0.4ML	1	QL(1.6 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 87.5MG/0.7ML	1	QL(2.8 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 125MG/ML	1	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
OTEZLA TBPK 0	1	QL(110 EA por 365 días); PA; NEDS
RINVOQ LQ SOLN 1MG/ML	1	QL(360 ML por 30 días); PA; NEDS
RINVOQ TB24 15MG, 30MG, 45MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI PEN INJ 150MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 600MG/10ML	1	PA; NEDS
SKYRIZI INJ 150MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 180MG/1.2ML	1	QL(1.2 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 360MG/2.4ML	1	QL(2.4 ML por 28 días); PA; NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
STELARA INJ 45MG/0.5ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
STELARA INJ 45MG/0.5ML, 90MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
STEQEYMA INJ 45MG/0.5ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA
STEQEYMA INJ 90MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
TAVNEOS CAPS 10MG	1	PA; NEDS
TYENNE INJ 162MG/0.9ML	1	QL(3.6 ML por 28 días); PA; NEDS
<i>ustekinumab inj 45mg/0.5ml, 90mg/ml</i>	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
XELJANZ XR TB24 11MG, 22MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ SOLN 1MG/ML	1	QL(300 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ TABS 10MG, 5MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XOLAIR INJ 150MG/ML, 150MG, 300MG/2ML, 75MG/0.5ML	1	PA; NEDS
XOLAIR INJ 150MG/ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
YESINTEK INJ 45MG/0.5ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA
YESINTEK INJ 90MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
<i>Agentes para angioedema</i>		
BERINERT INJ 500UNIT	1	PA; NEDS
HAEGARDA INJ 2000UNIT, 3000UNIT	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>icatibant acetate inj 30mg/3ml</i>	1	QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>Inmunostimulantes</i>		
ACTIMMUNE INJ 100MCG/0.5ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty
BESREMI INJ 500MCG/ML	1	PA NSO; NEDS
PEGASYS INJ 180MCG/ML	1	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP-Optum Specialty
<i>Inmunoglobulinas</i>		

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ENBREL MINI INJ 50MG/ML	1	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL SURECLICK INJ 50MG/ML	1	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL INJ 50MG/ML	1	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL INJ 25MG/0.5ML	1	QL(8.16 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENVARUSUS XR TB24 0.75MG, 1MG	1	PA BvD
ENVARUSUS XR TB24 4MG	1	PA BvD; NEDS
<i>everolimus tabs 0.25mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA BvD
<i>everolimus tabs 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA BvD; NEDS
<i>gengraf caps 100mg, 25mg</i>	1	PA BvD
GENGRAF SOLN 100MG/ML	1	PA BvD
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJ 0, 80MG/0.8ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJ 40MG/0.8ML, 80MG/0.8ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK INJ 80MG/0.8ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJ 0	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN INJ 80MG/0.8ML	1	QL(4 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA INJ 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	1	QL(2 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
JYLAMVO SOLN 2MG/ML	1	
<i>leflunomide tabs 10mg, 20mg</i>	1	
<i>methotrexate sodium inj 1gm/40ml, 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	1	
<i>methotrexate sodium tabs 2.5mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>methotrexate inj 50mg/2ml</i>	1	
<i>mycophenolate mofetil caps 250mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil susr 200mg/ml</i>	1	PA BvD; NEDS
<i>mycophenolate mofetil tabs 500mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolic acid dr tbec 180mg, 360mg</i>	1	PA BvD
NULOJIX INJ 250MG	1	NEDS
PEGASYS INJ 180MCG/0.5ML	1	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP-Optum Specialty
PROGRAF PACK 0.2MG, 1MG	1	PA BvD
REZUROCK TABS 200MG	1	PA; NEDS
<i>sirolimus soln 1mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>sirolimus tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	PA BvD
<i>tacrolimus caps 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	1	PA BvD
XATMEP SOLN 2.5MG/ML	1	
Vacunas		
ABRYSVO INJ 120MCG/0.5ML	1	
ACTHIB INJ 0	1	
ADACEL INJ 2LF/0.5ML; 15.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
AREXVY INJ 120MCG/0.5ML	1	
BCG VACCINE INJ 50MG	1	
BEXSERO INJ 0.5ML	1	
BOOSTRIX INJ 2.5LF/0.5ML; 18.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
DAPTACEL INJ 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
DENG VAXIA INJ 0	1	
ENGERIX-B INJ 10MCG/0.5ML, 20MCG/ML	1	PA BvD
GARDASIL 9 INJ 0.5ML	1	
HAVRIX INJ 1440ELU/ML, 720ELU/0.5ML	1	
HEPLISAV-B INJ 20MCG/0.5ML	1	PA BvD
HIBERIX INJ 10MCG	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) INJ 2.5UNIT/ML	1	PA BvD
INFANRIX INJ 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 10LFU/0.5ML	1	
IPOL INACTIVATED IPV INJ 0	1	
IXCHIQ INJ 0	1	
IXIARO INJ 0	1	
JYNNEOS INJ 0.5ML	1	
KINRIX INJ 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	1	
M-M-R II INJ 0; 0; 0	1	
MENACTRA INJ 0	1	
MENQUADFI INJ 0.5ML	1	
MENVEO INJ 0	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
MRESVIA INJ 50MCG/0.5ML	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 INJ 0; 0	1	
PENMENVY INJ 0; 0	1	
PENTACEL INJ 15LFU/0.5ML; 0; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	1	
PREHEVBRIO INJ 10MCG/ML	1	PA BvD
PRIORIX INJ 0; 0; 0	1	
PROQUAD INJ 0; 0; 0; 0	1	
QUADRACEL INJ 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	1	
RABAVERT INJ 0	1	PA BvD
RECOMBIVAX HB INJ 10MCG/ML, 40MCG/ML, 5MCG/0.5ML	1	PA BvD
ROTARIX SUSP 0	1	
ROTATEQ SOLN 0	1	
SHINGRIX INJ 50MCG/0.5ML	1	
STAMARIL INJ 0	1	
<i>tdvax inj 2lf/0.5ml; 2lf/0.5ml</i>	1	
TENIVAC INJ 2LFU; 5LFU	1	
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT INJ 2LF/0.5ML; 2LF/0.5ML	1	
TICOVAC INJ 1.2MCG/0.25ML, 2.4MCG/0.5ML	1	
TRUMENBA INJ 0.5ML	1	
TWINRIX INJ 720ELU/ML; 20MCG/ML	1	
TYPHIM VI INJ 25MCG/0.5ML	1	
VAQTA INJ 25UNIT/0.5ML, 50UNIT/ML	1	
VARIVAX INJ 1350PFU/0.5ML	1	
VAXCHORA SUSR 0	1	
VIMKUNYA INJ 40MCG/0.8ML	1	
VIVOTIF CPDR 0	1	
YF-VAX INJ 0	1	
Agentes oftálmicos		
<i>Agentes oftálmicos antialérgicos</i>		
ALOCRIOL SOLN 2%	1	
<i>azelastine hcl ophthalmic soln 0.05%</i>	1	
<i>cromolyn sodium soln 4%</i>	1	
<i>epinastine hcl soln 0.05%</i>	1	
<i>olopatadine hydrochloride soln 0.2%</i>	1	
<i>Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos</i>		
<i>betaxolol hcl soln 0.5%</i>	1	
<i>carteolol hcl soln 1%</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Última actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>levobunolol hcl soln 0.5%</i>	1	
<i>timolol hemihydrate soln 0.5%</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solg 0.25%, 0.5%</i>	1	
<i>timolol maleate soln 0.25%, 0.5%</i>	1	
Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros		
<i>acetazolamide er cp12 500mg</i>	1	
<i>acetazolamide tabs 125mg, 250mg</i>	1	
<i>apraclonidine soln 0.5%</i>	1	
<i>brimonidine tartrate soln 0.1%, 0.15%, 0.2%</i>	1	
<i>brinzolamide susp 1%</i>	1	
<i>dorzolamide hydrochloride soln 2%</i>	1	
<i>methazolamide tabs 25mg, 50mg</i>	1	
<i>pilocarpine hcl soln 1%, 2%, 4%</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride soln 1%, 2%, 4%</i>	1	
RHOPRESSA SOLN 0.02%	1	
Agentes oftálmicos, otros		
<i>atropine sulfate soln 1%</i>	1	
<i>bacitracin/polymyxin b oint 500unit/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate soln 0.2%; 0.5%</i>	1	
<i>cyclopentolate hydrochloride soln 1%</i>	1	
CYSTARAN SOLN 0.44%	1	NEDS
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate soln 22.3mg/ml; 6.8mg/ml</i>	1	
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf soln 2%; 0.5%</i>	1	
MIEBO SOLN 1.338GM/ML	1	
<i>neo-polycin hc oint 400unit/gm; 1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neo-polycin oint 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin oint 400unit/gm; 5mg/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc oint 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone oint 400unit/gm; 1%; 0.5%; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone oint 0.1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone susp 0.1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin soln 0.025mg/ml; 1.75mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone ophthalmic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>polycin oint 500unit/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate soln 10000unit/ml; 0.1%</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>latanoprost soln 0.005%</i>	1	
LUMIGAN SOLN 0.01%	1	
<i>travoprost soln 0.004%</i>	1	
VYZULTA SOLN 0.024%	1	
Agentes para la bipolaridad		
<i>Estabilizadores del estado de ánimo</i>		
<i>lithium carbonate er tbcr 300mg, 450mg</i>	1	
<i>lithium carbonate caps 150mg, 300mg, 600mg</i>	1	
<i>lithium carbonate tabs 300mg</i>	1	
<i>lithium soln 8meq/5ml</i>	1	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
<i>Agentes para dejar de fumar</i>		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 150mg</i>	1	
NICOTROL INHALER INHA 10MG	1	
NICOTROL NS SOLN 10MG/ML	1	
TYRVAYA SOLN 0.03MG/ACT	1	
<i>varenicline starting month tbpk 0</i>	1	QL(53 EA por 28 días)
<i>varenicline tartrate tabs 0.5mg, 1mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>Agentes que revierten los opioides</i>		
KLOXXADO LIQD 8MG/0.1ML	1	
<i>naloxone hcl inj 4mg/10ml</i>	1	
<i>naloxone hydrochloride inj 0.4mg/ml, 2mg/2ml, 4mg/10ml</i>	1	
<i>naloxone hydrochloride liqd 4mg/0.1ml</i>	1	QL(4 EA por 30 días)
OPVEE SOLN 2.7MG/0.1ML	1	QL(4 EA por 30 días)
<i>Dependencia de opioides</i>		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 2mg; 0.5mg, 8mg; 2mg</i>	1	
<i>buprenorphine hcl subl 2mg, 8mg</i>	1	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg, 4mg; 1mg, 8mg; 2mg</i>	1	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>Disuasivos del alcohol/disminución del deseo</i>		
<i>acamprosate calcium dr tbec 333mg</i>	1	
<i>disulfiram tabs 250mg, 500mg</i>	1	
<i>naltrexone hydrochloride tabs 50mg</i>	1	
VIVITROL INJ 380MG	1	NEDS
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
<i>Agentes del tracto respiratorio, otros</i>		
<i>acetylcysteine soln 10%, 20%</i>	1	PA BvD
ANORO ELLIPTA AEPB 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT	1	QL(180 EA por 90 días)
BEVESPI AEROSPHERE AERO 4.8MCG/ACT; 9MCG/ACT	1	QL(10.7 GM por 30 días)
BREO ELLIPTA AEPB 100MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 25MCG/INH, 50MCG/INH; 25MCG/INH	1	QL(180 EA por 90 días)

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BREYNA AERO 160MCG/ACT; 4.5MCG/ACT, 80MCG/ACT; 4.5MCG/ACT	1	QL(30.9 GM por 90 días)
BREZTRI AEROSPHERE AERO 160MCG/ACT; 4.8MCG/ACT; 9MCG/ACT	1	QL(32.1 GM por 90 días)
BRONCHITOL CAPS 40MG	1	NEDS
COMBIVENT RESPIMAT AERS 100MCG/ACT; 20MCG/ACT	1	QL(24 GM por 90 días)
FASENRA PEN INJ 30MG/ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
FASENRA INJ 10MG/0.5ML	1	PA
FASENRA INJ 30MG/ML	1	PA; NEDS
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus aepb 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, 500mcg/act; 50mcg/act</i>	1	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 500mcg/act; 50mcg/act</i>	1	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 113mcg/act; 14mcg/act, 232mcg/act; 14mcg/act, 55mcg/act; 14mcg/act</i>	1	QL(3 EA por 90 días)
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate soln 2.5mg/3ml; 0.5mg/3ml</i>	1	PA BvD
STIOLTO RESPIMAT AERS 2.5MCG/ACT; 2.5MCG/ACT	1	QL(12 GM por 90 días)
TRELEGY ELLIPTA AEPB 100MCG/ACT; 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 62.5MCG/INH; 25MCG/INH	1	QL(180 EA por 90 días)
<i>wixela inhub aepb 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, 500mcg/act; 50mcg/act</i>	1	QL(180 EA por 90 días)
Agentes para fibrosis pulmonar		
OFEV CAPS 100MG, 150MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>pirfenidone caps 267mg</i>	1	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 534mg</i>	1	QL(135 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 267mg</i>	1	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>pirfenidone tabs 801mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes para fibrosis quística		
CAYSTON SOLR 75MG	1	PA; NEDS
KALYDECO PACK 13.4MG, 5.8MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
KALYDECO PACK 25MG, 50MG, 75MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
KALYDECO TABS 150MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORKAMBI PACK 94MG; 75MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
ORKAMBI PACK 125MG; 100MG, 188MG; 150MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORKAMBI TABS 125MG; 100MG, 125MG; 200MG	1	QL(112 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PULMOZYME SOLN 2.5MG/2.5ML	1	PA BvD; NEDS; SP-Optum Specialty
TOBI PODHALER CAPS 28MG	1	NEDS; SP-Optum Specialty
TRIKAFTA TBPK 100MG; 0; 50MG	1	QL(84 EA por 28 días); PA; NEDS
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS TABS 0.5MG, 1.5MG, 1MG, 2.5MG, 2MG	1	PA; NEDS
<i>alyq tabs 20mg</i>	1	PA; SP-Optum Specialty
<i>ambrisentan tabs 10mg, 5mg</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bosentan tabs 125mg, 62.5mg</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
OPSUMIT TABS 10MG	1	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1 TEPK 0	1	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2 TEPK 0	1	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3 TEPK 0	1	PA; NEDS
ORENITRAM TBCR 0.125MG, 0.25MG, 1MG, 2.5MG	1	PA
ORENITRAM TBCR 5MG	1	PA; NEDS
<i>sildenafil citrate tabs 20mg</i>	1	PA; SP-Optum Specialty
<i>tadalafil tabs 20mg</i>	1	PA; SP-Optum Specialty
VENTAVIS SOLN 10MCG/ML, 20MCG/ML	1	PA; NEDS
WINREVAIR INJ 0, 45MG, 60MG	1	QL(1 EA por 21 días); PA; NEDS
Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl nasal soln 0.15%</i>	1	QL(120 ML por 90 días)
<i>azelastine hydrochloride soln 0.1%</i>	1	QL(120 ML por 90 días)
<i>cyproheptadine hcl syrp 2mg/5ml</i>	1	
<i>cyproheptadine hydrochloride tabs 4mg</i>	1	
<i>desloratadine tabs 5mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>diphenhydramine hydrochloride inj 50mg/ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl inj 25mg/ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl tabs 50mg</i>	1	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrp 10mg/5ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hydrochloride tabs 10mg, 25mg</i>	1	
<i>hydroxyzine pamoate caps 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride tabs 5mg</i>	1	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
<i>budesonide susp 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	1	PA BvD
<i>flunisolide soln 0.025%</i>	1	QL(150 ML por 90 días)
<i>fluticasone propionate diskus aepb 250mcg/act</i>	1	QL(720 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate diskus aepb 100mcg/act, 50mcg/act</i>	1	ST
<i>fluticasone propionate hfa aero 44mcg/act</i>	1	QL(63.6 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate hfa aero 110mcg/act, 220mcg/act</i>	1	QL(72 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate susp 50mcg/act</i>	1	QL(48 GM por 90 días)
<i>mometasone furoate susp 50mcg/act</i>	1	QL(102 GM por 90 días)
QVAR REDHALER AERB 40MCG/ACT, 80MCG/ACT	1	QL(63.6 GM por 90 días)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium chew 4mg, 5mg</i>	1	
<i>montelukast sodium pack 4mg</i>	1	
<i>montelukast sodium tabs 10mg</i>	1	
<i>zafirlukast tabs 10mg, 20mg</i>	1	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA AERS 17MCG/ACT	1	QL(77.4 GM por 90 días)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5MCG/INH	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide inhalation soln 0.02%</i>	1	PA BvD
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03%</i>	1	QL(180 ML por 90 días)
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.06%</i>	1	QL(90 ML por 90 días)
SPIRIVA RESPIMAT AERS 1.25MCG/ACT, 2.5MCG/ACT	1	QL(12 GM por 90 días)
Broncodilatadores, simpaticomimético		
<i>albuterol sulfate hfa aers 108 mcg/act (18 gm)</i>	1	QL(108 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108 mcg/act (6.7 gm)</i>	1	QL(40.2 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108 mcg/act (8.5 gm)</i>	1	QL(51 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate nebu 0.083%, 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml</i>	1	PA BvD
<i>albuterol sulfate syrp 2mg/5ml</i>	1	
<i>albuterol sulfate tabs 2mg, 4mg</i>	1	
<i>arformoterol tartrate nebu 15mcg/2ml</i>	1	PA BvD
<i>epinephrine inj 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	1	QL(2 EA por 1 días)
<i>formoterol fumarate nebu 20mcg/2ml</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol hcl nebu 0.31mg/3ml, 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml</i>	1	PA BvD

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>levalbuterol hydrochloride nebu 0.63mg/3ml</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol nebu 1.25mg/0.5ml</i>	1	PA BvD
PROAIR RESPICLICK AEPB 108MCG/ACT	1	QL(6 EA por 90 días)
SEREVENT DISKUS AEPB 50MCG/DOSE	1	QL(180 EA por 90 días)
STRIVERDI RESPIMAT AERS 2.5MCG/ACT	1	QL(12 GM por 90 días)
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium nebu 20mg/2ml</i>	1	PA BvD
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
<i>elixophyllin elix 80mg/15ml</i>	1	
<i>roflumilast tabs 250mcg, 500mcg</i>	1	
<i>theophylline er tb12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg</i>	1	
<i>theophylline er tb24 400mg, 600mg</i>	1	
<i>theophylline elix 80mg/15ml</i>	1	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
<i>alcohol prep pads pads 70%</i>	1	
<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x 5/16" misc</i>	1	
<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x 1/2" misc</i>	1	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x 12.7mm misc</i>	1	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm misc</i>	1	
<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm misc</i>	1	
<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply pads</i>	1	
INTRALIPID INJ 20GM/100ML, 30GM/100ML	1	PA BvD
<i>levocarnitine tabs 330mg</i>	1	
NUTRILIPID INJ 20GM/100ML	1	PA BvD
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5) KIT	1	
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5) MISC	1	
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5) KIT	1	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5) MISC	1	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO GEN 5 KIT	1	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS MISC	1	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) MISC	1	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) KIT	1	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) KIT	1	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) MISC	1	
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY KIT	1	
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY KIT	1	
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY KIT	1	
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY KIT	1	
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY KIT	1	
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY KIT	1	
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY KIT	1	
<i>sodium chloride 0.9% soln 0.9%</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sterile water for irrigation soln 0</i>	1	
Agentes óticos		
Agentes óticos		
<i>acetic acid soln 2%</i>	1	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone susp 0.3%; 0.1%</i>	1	
<i>ciprofloxacin soln 0.2%</i>	1	
<i>CORTISPORIN-TC SUSP 3MG/ML; 10MG/ML; 3.3MG/ML; 0.5MG/ML</i>	1	
<i>flac oil 0.01%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01%</i>	1	
<i>hydrocortisone/acetic acid soln 2%; 1%</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/hc soln 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone otic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	1	
Analgésicos		
Analgésicos opioides, de acción prolongada		
<i>buprenorphine ptwk 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr, 5mcg/hr, 7.5mcg/hr</i>	1	QL(4 EA por 28 días)
<i>fentanyl pt72 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	1	QL(10 EA por 30 días)
<i>methadone hcl soln 5mg/5ml</i>	1	QL(1200 ML por 30 días)
<i>methadone hcl soln 10mg/5ml</i>	1	QL(600 ML por 30 días)
<i>methadone hcl tabs 10mg, 5mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate er tbc 100mg, 15mg, 200mg, 30mg, 60mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride er tb24 100mg, 200mg, 300mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
Analgésicos opioides, de acción rápida		
<i>acetaminophen/codeine phosphate tabs 300mg; 60mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>acetaminophen/codeine soln 120mg/5ml; 12mg/5ml</i>	1	QL(3600 ML por 30 días)
<i>acetaminophen/codeine tabs 300mg; 15mg, 300mg; 30mg, 300mg; 60mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>butorphanol tartrate soln 10mg/ml</i>	1	QL(7.5 ML por 30 días)
<i>endocet tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 200mcg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen soln 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	1	QL(3600 ML por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 300mg; 10mg, 300mg; 5mg, 300mg; 7.5mg, 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydrocodone/acetaminophen tabs 325mg; 7.5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydromorphone hcl liqd 1mg/ml</i>	1	QL(1350 ML por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tabs 8mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tabs 2mg, 4mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate soln 100mg/5ml</i>	1	QL(180 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate soln 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	1	QL(900 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate tabs 15mg, 30mg</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride caps 5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride conc 100mg/5ml</i>	1	QL(120 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride soln 5mg/5ml</i>	1	QL(2400 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 20mg, 30mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 10mg, 15mg</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone/acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen tabs 325mg; 37.5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tabs 50mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
Analgésicos		
JOURNAVX TABS 50MG	1	QL(30 EA por 90 días)
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib caps 100mg, 200mg, 400mg, 50mg</i>	1	
<i>diclofenac potassium tabs 50mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium dr tbec 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium er tb24 100mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	1	QL(960 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium external soln 1.5%</i>	1	
<i>diflunisal tabs 500mg</i>	1	
<i>ec-naproxen tbec 500mg</i>	1	
<i>etodolac er tb24 400mg, 500mg, 600mg</i>	1	
<i>etodolac caps 200mg, 300mg</i>	1	
<i>etodolac tabs 400mg, 500mg</i>	1	
<i>flurbiprofen tabs 100mg</i>	1	
<i>ibuprofen susp 100mg/5ml</i>	1	
<i>ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>ibu tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin caps 25mg, 50mg</i>	1	
<i>meloxicam tabs 15mg, 7.5mg</i>	1	
<i>nabumetone tabs 500mg, 750mg</i>	1	
<i>naproxen dr tbec 375mg, 500mg</i>	1	
<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	1	
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>naproxen tbec 500mg</i>	1	
<i>oxaprozin tabs 600mg</i>	1	
<i>piroxicam caps 10mg, 20mg</i>	1	
<i>salsalate tabs 500mg, 750mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sulindac tabs 150mg, 200mg</i>	1	
Anestésicos		
<i>Anestésicos locales</i>		
<i>glydo prsy 2%</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl jelly prsy 2%</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl inj 0.5%, 1.5%, 4%</i>	1	
<i>lidocaine hcl prsy 2%</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hydrochloride jelly gel 2%</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hydrochloride inj 1%, 2%</i>	1	
<i>lidocaine hydrochloride external soln 4%</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine/prilocaine crea 2.5%; 2.5%</i>	1	QL(60 GM por 30 días)
<i>lidocaine oint 5%</i>	1	QL(100 GM por 30 días)
<i>lidocaine ptch 5%</i>	1	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>premium lidocaine oint 5%</i>	1	QL(100 GM por 30 días)
Ansiolíticos		
<i>Ansiolíticos, otros</i>		
<i>bupirone hcl tabs 15mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tabs 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	
<i>Benzodiazepinas</i>		
<i>alprazolam tabs 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
<i>clorazepate dipotassium tabs 15mg, 3.75mg, 7.5mg</i>	1	
<i>diazepam intensol conc 5mg/ml</i>	1	
<i>diazepam soln 5mg/5ml</i>	1	
<i>diazepam tabs 10mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>lorazepam intensol conc 2mg/ml</i>	1	
<i>lorazepam tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
Antibacterianos		
<i>Aminoglicósidos</i>		
<i>amikacin sulfate inj 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	1	
ARIKAYCE SUSP 590MG/8.4ML	1	PA; NEDS
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride inj 1.2mg/ml; 0.9%, 1.6mg/ml; 0.9%, 1mg/ml; 0.9%, 2mg/ml; 0.9%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate crea 0.1%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate inj 40mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	1	
<i>isotonic gentamicin inj 0.8mg/ml; 0.9%</i>	1	
<i>neomycin sulfate tabs 500mg</i>	1	
<i>streptomycin sulfate inj 1gm</i>	1	NEDS
<i>tobramycin sulfate inj 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml</i>	1	
<i>Antibacterianos, otros</i>		
<i>aztreonam inj 1gm, 2gm</i>	1	
<i>clindamycin hcl caps 300mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clindamycin hydrochloride caps 150mg, 75mg</i>	1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride solr 75mg/5ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate crea 2%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate inj 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/60ml, 900mg/6ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	1	
<i>colistimethate sodium inj 150mg</i>	1	NEDS
<i>daptomycin/sodium chloride inj 1000mg/100ml; 0.9%, 350mg/50ml; 0.9%, 500mg/50ml; 0.9%, 700mg/100ml; 0.9%</i>	1	
<i>daptomycin inj 350mg, 500mg</i>	1	NEDS
<i>fosfomycin tromethamine pack 3gm</i>	1	
IMPAVIDO CAPS 50MG	1	NEDS
<i>linezolid inj 600mg/300ml</i>	1	
<i>linezolid susr 100mg/5ml</i>	1	NEDS
<i>linezolid tabs 600mg</i>	1	
<i>methenamine hippurate tabs 1gm</i>	1	
<i>methenamine mandelate tabs 0.5gm, 1gm</i>	1	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75%</i>	1	
<i>metronidazole inj 500mg/100ml</i>	1	
<i>metronidazole tabs 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystals caps 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals caps 100mg</i>	1	
NUVESSA GEL 1.3%	1	
<i>tigecycline inj 50mg</i>	1	
<i>tinidazole tabs 250mg, 500mg</i>	1	
<i>trimethoprim tabs 100mg</i>	1	
<i>vancomycin hcl inj 0.9%; 1gm/200ml, 100gm, 10gm</i>	1	
<i>vancomycin hydrochloride caps 125mg, 250mg</i>	1	
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INJ 1GM	1	
<i>vancomycin hydrochloride inj 1.25gm, 1.5gm, 1.75gm, 2gm, 500mg, 5gm, 750mg</i>	1	
<i>vancomycin inj 0.9%; 500mg/100ml, 0.9%; 750mg/150ml</i>	1	
VOQUEZNA DUAL PAK THPK 500MG; 20MG	1	PA
VOQUEZNA TRIPLE PAK THPK 500MG; 500MG; 20MG	1	PA
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefaclor caps 250mg, 500mg</i>	1	
<i>cefadroxil caps 500mg</i>	1	
<i>cefadroxil susr 250mg/5ml, 500mg/5ml</i>	1	
<i>cefazolin sodium/dextrose inj 1gm; 4%, 2gm; 3%, 3gm; 2%</i>	1	
<i>cefazolin sodium inj 10gm, 1gm/50ml; 4%, 1gm, 2gm, 500mg</i>	1	
<i>cefazolin/dextrose inj 3gm/150ml; 4%</i>	1	
<i>cefazolin inj 2gm/100ml; 4%, 2gm, 3gm</i>	1	
<i>cefdinir caps 300mg</i>	1	
<i>cefdinir susr 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefepime hydrochloride inj 2gm</i>	1	
<i>cefepime/dextrose inj 1gm/50ml; 5%, 2gm/50ml; 5%</i>	1	
<i>cefepime inj 1gm/50ml, 1gm, 2gm/100ml, 2gm</i>	1	
<i>cefixime caps 400mg</i>	1	
<i>cefixime susr 100mg/5ml, 200mg/5ml</i>	1	
<i>cefotetan inj 1gm, 2gm</i>	1	
<i>cefotixin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	
<i>cefpodoxime proxetil susr 100mg/5ml, 50mg/5ml</i>	1	
<i>cefpodoxime proxetil tabs 100mg, 200mg</i>	1	
<i>cefprozil susr 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	1	
<i>cefprozil tabs 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ceftazidime inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	1	
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose inj 20mg/ml; 0, 40mg/ml; 0</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium inj 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	1	
<i>ceftriaxone/dextrose inj 1gm; 3.74%</i>	1	
<i>cefuroxime axetil tabs 250mg, 500mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm, 750mg</i>	1	
<i>cephalexin caps 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	
<i>cephalexin susr 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	1	
<i>tazicef inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	1	
TEFLARO INJ 400MG, 600MG	1	NEDS
Betalactámico, penicilinas		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er tb12 1000mg; 62.5mg</i>	1	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium chew 200mg; 28.5mg, 400mg; 57mg</i>	1	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium susr 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 250mg/5ml; 62.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tabs 250mg; 125mg, 500mg; 125mg, 875mg; 125mg</i>	1	
<i>amoxicillin caps 250mg, 500mg</i>	1	
<i>amoxicillin chew 125mg, 250mg</i>	1	
<i>amoxicillin susr 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin tabs 500mg, 875mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium inj 10gm, 125mg, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam inj 10gm; 5gm, 1gm; 0.5gm</i>	1	
<i>ampicillin/sulbactam inj 2gm; 1gm</i>	1	
<i>ampicillin caps 500mg</i>	1	
BICILLIN L-A INJ 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	1	
<i>dicloxacillin sodium caps 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nafcillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxacillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	
<i>penicillin g potassium inj 2000000unit, 5000000unit</i>	1	
PENICILLIN G SODIUM INJ 5000000UNIT	1	NEDS
<i>penicillin v potassium solr 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium tabs 250mg, 500mg</i>	1	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium inj 12gm; 1.5gm, 2gm; 0.25gm, 36gm; 4.5gm, 3gm; 0.375gm, 4gm; 0.5gm</i>	1	
ZOSYN INJ 5%; 4GM/100ML; 0.5GM/100ML	1	
Carbapenemas		
<i>ertapenem sodium inj 1gm</i>	1	
<i>imipenem/cilastatin inj 250mg; 250mg, 500mg; 500mg</i>	1	
<i>meropenem inj 1gm, 2gm, 500mg</i>	1	
Macrólidos		
<i>azithromycin inj 500mg</i>	1	
<i>azithromycin pack 1gm</i>	1	
<i>azithromycin susr 100mg/5ml, 200mg/5ml</i>	1	
<i>azithromycin tabs 250mg, 500mg, 600mg</i>	1	
<i>clarithromycin er tb24 500mg</i>	1	
<i>clarithromycin susr 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	1	
<i>clarithromycin tabs 250mg, 500mg</i>	1	
DIFICID SUSR 40MG/ML	1	NEDS
DIFICID TABS 200MG	1	NEDS
<i>erythromycin dr cpep 250mg</i>	1	
<i>erythromycin dr tbec 250mg, 333mg, 500mg</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate tabs 400mg</i>	1	
<i>fidaxomicin tabs 200mg</i>	1	NEDS
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl tabs 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tabs 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inj 200mg/100ml; 5%, 400mg/200ml; 5%</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w inj 5%; 250mg/50ml, 5%; 500mg/100ml, 5%; 750mg/150ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral soln 25mg/ml</i>	1	
<i>levofloxacin tabs 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride inj 400mg/250ml; 0.8%</i>	1	
<i>moxifloxacin hydrochloride tabs 400mg</i>	1	
Sulfonamidas		
<i>sulfacetamide sodium lotn 10%</i>	1	
<i>sulfadiazine tabs 500mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds tabs 800mg; 160mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim susp 200mg/5ml; 40mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tabs 400mg; 80mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Tetraciclinas		
<i>doxycycline hyclate caps 100mg, 50mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate inj 100mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate tabs 100mg, 150mg, 20mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate caps 100mg, 50mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate tabs 100mg, 150mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>doxycycline susr 25mg/5ml</i>	1	
<i>minocycline hcl caps 75mg</i>	1	
<i>minocycline hcl tabs 100mg, 75mg</i>	1	
<i>minocycline hydrochloride caps 100mg, 50mg</i>	1	
<i>minocycline hydrochloride tabs 50mg</i>	1	
<i>tetracycline hydrochloride caps 250mg, 500mg</i>	1	
Anticonvulsivos		
Agentes de modificación de los canales de calcio		
<i>ethosuximide caps 250mg</i>	1	
<i>ethosuximide soln 250mg/5ml</i>	1	
<i>methsuximide caps 300mg</i>	1	
Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)		
<i>clobazam susp 2.5mg/ml</i>	1	
<i>clobazam tabs 10mg, 20mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonazepam odt tbdp 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
<i>clonazepam tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
DIACOMIT CAPS 250MG, 500MG	1	PA NSO; NEDS
DIACOMIT PACK 250MG, 500MG	1	PA NSO; NEDS
<i>diazepam rectal gel gel 10mg, 2.5mg, 20mg</i>	1	
<i>divalproex sodium dr csdr 125mg</i>	1	
<i>divalproex sodium dr tbec 125mg, 250mg, 500mg</i>	1	
<i>divalproex sodium er tb24 250mg, 500mg</i>	1	
<i>gabapentin caps 100mg, 300mg, 400mg</i>	1	
<i>gabapentin soln 250mg/5ml</i>	1	
<i>gabapentin tabs 600mg, 800mg</i>	1	
LIBERVANT FILM 10MG, 12.5MG, 15MG, 5MG, 7.5MG	1	QL(10 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elix 20mg/5ml</i>	1	
<i>phenobarbital tabs 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	1	
<i>pregabalin caps 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 300mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>pregabalin soln 20mg/ml</i>	1	
<i>primidone tabs 125mg, 250mg, 50mg</i>	1	
SYMPAZAN FILM 5MG	1	
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	1	NEDS
<i>tiagabine hydrochloride tabs 12mg, 16mg, 2mg, 4mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10MG/0.1ML	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5MG/0.1ML	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10MG/0.1ML	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5MG/0.1ML	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>vigabatrin pack 500mg</i>	1	NEDS
<i>vigabatrin tabs 500mg</i>	1	NEDS
VIGAFYDE SOLN 100MG/ML	1	PA NSO; NEDS
<i>vigpoder pack 500mg</i>	1	NEDS
ZTALMY SUSP 50MG/ML	1	PA NSO; NEDS
Agentes para los canales de sodio		
<i>carbamazepine er cp12 100mg, 200mg, 300mg</i>	1	
<i>carbamazepine er tb12 100mg, 200mg, 400mg</i>	1	
<i>carbamazepine chew 100mg, 200mg</i>	1	
<i>carbamazepine susp 100mg/5ml</i>	1	
<i>carbamazepine tabs 200mg</i>	1	
DILANTIN CAPS 30MG	1	
<i>epitol tabs 200mg</i>	1	
<i>eslicarbazepine acetate tabs 200mg, 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>lacosamide inj 200mg/20ml</i>	1	
<i>lacosamide oral soln 10mg/ml</i>	1	
LACOSAMIDE TABS 100MG, 150MG	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>lacosamide tabs 200mg, 50mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxcarbazepine susp 300mg/5ml</i>	1	
<i>oxcarbazepine tabs 150mg, 300mg, 600mg</i>	1	
<i>phenytek caps 200mg, 300mg</i>	1	
<i>phenytoin sodium extended caps 100mg, 200mg, 300mg</i>	1	
<i>phenytoin chew 50mg</i>	1	
<i>phenytoin susp 125mg/5ml</i>	1	
<i>rufinamide susp 40mg/ml</i>	1	NEDS
<i>rufinamide tabs 200mg</i>	1	
<i>rufinamide tabs 400mg</i>	1	NEDS
XCOPRI TABS 100MG, 150MG, 200MG, 25MG, 50MG	1	NEDS
XCOPRI TBPK 12.5MG-25MG	1	
XCOPRI TBPK 50MG-100MG; 150MG-200MG (28 TAB PACK); 100MG-150MG; 150MG-200MG (56 TAB PACK)	1	NEDS
ZONISADE SUSP 100MG/5ML	1	
<i>zonisamide caps 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
Anticonvulsivos, otros		
BRIVIACT SOLN 10MG/ML	1	NEDS
BRIVIACT TABS 100MG, 10MG, 25MG, 50MG, 75MG	1	NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
EPIDIOLEX SOLN 100MG/ML	1	PA NSO; NEDS
EPRONTIA SOLN 25MG/ML	1	
<i>felbamate susp 600mg/5ml</i>	1	
<i>felbamate tabs 400mg, 600mg</i>	1	
FINTEPLA SOLN 2.2MG/ML	1	PA NSO; NEDS
FYCOMPA SUSP 0.5MG/ML	1	
FYCOMPA TABS 10MG, 12MG, 2MG, 4MG, 6MG, 8MG	1	
<i>lamotrigine er tb24 100mg, 200mg, 250mg, 25mg, 300mg, 50mg</i>	1	
<i>lamotrigine odt tbdp 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit/blue kit 25mg</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit/green kit 0</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit/orange kit 0</i>	1	
<i>lamotrigine chew 25mg, 5mg</i>	1	
<i>lamotrigine tabs 100mg, 150mg, 200mg, 25mg</i>	1	
<i>levetiracetam er tb24 500mg, 750mg</i>	1	
<i>levetiracetam inj 500mg/5ml</i>	1	
<i>levetiracetam oral soln 100mg/ml</i>	1	
<i>levetiracetam tabs 1000mg, 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	
<i>levetiracetam tb3d 250mg</i>	1	
NAYZILAM SOLN 5MG/0.1ML	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
<i>perampanel tabs 10mg, 12mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg</i>	1	
<i>roweepra tabs 500mg</i>	1	
SPRITAM TB3D 1000MG, 250MG, 500MG, 750MG	1	
<i>subvenite starter kit/blue kit 25mg</i>	1	
<i>subvenite starter kit/green kit 0</i>	1	
<i>subvenite starter kit/orange kit 0</i>	1	
<i>subvenite tabs 100mg, 150mg, 200mg, 25mg</i>	1	
<i>topiramate csp 15mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>topiramate soln 25mg/ml</i>	1	
<i>topiramate tabs 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>valproic acid caps 250mg</i>	1	
<i>valproic acid soln 250mg/5ml</i>	1	
Antidepresivos		
<i>Antidepresivos, otros</i>		
AUVELITY TBCR 105MG; 45MG	1	
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 100mg, 150mg, 200mg</i>	1	
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tb24 150mg, 300mg</i>	1	
<i>bupropion hydrochloride tabs 100mg, 75mg</i>	1	
<i>mirtazapine odt tbdp 15mg, 30mg, 45mg</i>	1	
<i>mirtazapine tabs 15mg, 30mg, 45mg, 7.5mg</i>	1	
ZURZUVAE CAPS 30MG	1	QL(14 EA por 14 días); PA NSO; NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZURZUVAE CAPS 20MG, 25MG	1	QL(28 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
Inhibidores de la monoaminoxidasa		
EMSAM PT24 12MG/24HR, 6MG/24HR, 9MG/24HR	1	ST NSO; NEDS
MARPLAN TABS 10MG	1	
<i>phenelzine sulfate tabs 15mg</i>	1	
<i>tranylcypromine sulfate tabs 10mg</i>	1	
Tricíclicos		
<i>amitriptyline hcl tabs 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	1	
<i>amitriptyline hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>amoxapine tabs 100mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>clomipramine hydrochloride caps 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>desipramine hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>doxepin hcl caps 75mg</i>	1	
<i>doxepin hcl conc 10mg/ml</i>	1	
<i>doxepin hydrochloride caps 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>imipramine hcl tabs 25mg, 50mg</i>	1	
<i>imipramine hydrochloride tabs 10mg</i>	1	
<i>nortriptyline hcl caps 25mg, 75mg</i>	1	
<i>nortriptyline hcl soln 10mg/5ml</i>	1	
<i>nortriptyline hydrochloride caps 10mg, 50mg</i>	1	
<i>protriptyline hcl tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>trimipramine maleate caps 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
Antidepressants		
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hydrobromide soln 10mg/5ml</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide tabs 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>desvenlafaxine er tb24 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20MG, 60MG	1	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 30MG, 40MG	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr cpep 20mg, 60mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr cpep 30mg, 40mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate soln 5mg/5ml</i>	1	
<i>escitalopram oxalate tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
FETZIMA TITRATION PACK C4PK 0	1	ST NSO
FETZIMA CP24 120MG, 20MG, 40MG, 80MG	1	ST NSO
<i>fluoxetine dr cpdr 90mg</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride caps 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride soln 20mg/5ml</i>	1	
<i>fluvoxamine maleate tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>nefazodone hydrochloride tabs 100mg, 150mg, 200mg, 250mg, 50mg</i>	1	
<i>paroxetine hcl tabs 30mg, 40mg</i>	1	
<i>paroxetine hydrochloride susp 10mg/5ml</i>	1	
<i>paroxetine hydrochloride tabs 10mg, 20mg</i>	1	
RALDESY SOLN 10MG/ML	1	NEDS
<i>sertraline hcl conc 20mg/ml</i>	1	
<i>sertraline hcl tabs 50mg</i>	1	
<i>sertraline hydrochloride tabs 100mg, 25mg</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride tabs 100mg, 150mg, 300mg, 50mg</i>	1	
TRINTELLIX TABS 10MG, 20MG, 5MG	1	
<i>venlafaxine hydrochloride er cp24 150mg, 37.5mg, 75mg</i>	1	
<i>venlafaxine hydrochloride tabs 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>vilazodone hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
Antieméticos		
Adyuvantes para terapia emetogénica		
<i>aprepitant caps 0, 40mg, 80mg</i>	1	PA BvD
<i>aprepitant caps 125mg</i>	1	PA BvD; NEDS
<i>dronabinol caps 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	PA BvD
<i>granisetron hydrochloride tabs 1mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl soln 4mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl tabs 24mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hydrochloride tabs 4mg, 8mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron odt tbdp 4mg, 8mg</i>	1	PA BvD
Antieméticos, otros		
<i>meclizine hcl tabs 12.5mg, 25mg</i>	1	
<i>prochlorperazine edisylate inj 10mg/2ml</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>prochlorperazine supp 25mg</i>	1	
<i>promethazine hcl inj 25mg/ml, 50mg/ml</i>	1	
<i>promethazine hydrochloride plain soln 6.25mg/5ml</i>	1	
<i>promethazine hydrochloride tabs 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>scopolamine pt72 1mg/3days</i>	1	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
DAPSONE TABS 100MG, 25MG	1	
<i>rifabutin caps 150mg</i>	1	
Antituberculosos		
<i>ethambutol hydrochloride tabs 100mg, 400mg</i>	1	
<i>isoniazid syrp 50mg/5ml</i>	1	
<i>isoniazid tabs 100mg, 300mg</i>	1	
PRIFTIN TABS 150MG	1	
<i>pyrazinamide tabs 500mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>rifampin caps 150mg, 300mg</i>	1	
<i>rifampin inj 600mg</i>	1	
SIRTURO TABS 100MG, 20MG	1	PA; NEDS
TRECTOR TABS 250MG	1	
Antimicóticos		
<i>Antimicóticos</i>		
ABELCET INJ 5MG/ML	1	PA BvD
<i>amphotericin b liposome inj 50mg</i>	1	PA BvD; NEDS
<i>amphotericin b inj 50mg</i>	1	PA BvD
<i>clotrimazole crea 1%</i>	1	
<i>clotrimazole soln 1%</i>	1	
<i>clotrimazole troc 10mg</i>	1	
CRESEMBA CAPS 186MG, 74.5MG	1	PA; NEDS
<i>econazole nitrate crea 1%</i>	1	
<i>fluconazole in sodium chloride inj 200mg/100ml; 0.9%, 400mg/200ml; 0.9%</i>	1	
<i>fluconazole susr 10mg/ml, 40mg/ml</i>	1	
<i>fluconazole tabs 100mg, 150mg, 200mg, 50mg</i>	1	
<i>flucytosine caps 250mg, 500mg</i>	1	NEDS
<i>griseofulvin microsize susp 125mg/5ml</i>	1	
<i>griseofulvin microsize tabs 500mg</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize tabs 125mg, 250mg</i>	1	
<i>itraconazole caps 100mg</i>	1	
<i>ketoconazole crea 2%</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>ketoconazole sham 2%</i>	1	
<i>ketoconazole tabs 200mg</i>	1	
<i>klayesta powd 100000unit/gm</i>	1	
<i>micafungin inj 100mg, 50mg</i>	1	
<i>miconazole 3 supp 200mg</i>	1	
<i>naftifine hydrochloride crea 1%, 2%</i>	1	
<i>nyamyc powd 100000unit/gm</i>	1	
<i>nystatin crea 100000unit/gm</i>	1	
<i>nystatin oint 100000unit/gm</i>	1	
<i>nystatin powd 100000unit/gm</i>	1	
<i>nystatin susp 100000unit/ml</i>	1	
<i>nystatin tabs 500000unit</i>	1	
<i>nystop powd 100000unit/gm</i>	1	
<i>posaconazole dr tbec 100mg</i>	1	NEDS
<i>posaconazole susp 40mg/ml</i>	1	NEDS
<i>terbinafine hcl tabs 250mg</i>	1	QL(42 EA por 42 días)
<i>terconazole crea 0.4%, 0.8%</i>	1	
<i>terconazole supp 80mg</i>	1	
<i>voriconazole inj 200mg</i>	1	PA; NEDS
<i>voriconazole susr 40mg/ml</i>	1	NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>voriconazole tabs 200mg, 50mg</i>	1	
Antineoplásicos		
Agentes alquilantes		
<i>cyclophosphamide caps 25mg, 50mg</i>	1	PA BvD; SP-Optum Specialty
<i>cyclophosphamide tabs 25mg, 50mg</i>	1	PA BvD
GLEOSTINE CAPS 100MG, 10MG, 40MG	1	
LEUKERAN TABS 2MG	1	NEDS
MATULANE CAPS 50MG	1	NEDS
VALCHLOR GEL 0.016%	1	NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiangiogénicos		
<i>lenalidomide caps 2.5mg, 20mg</i>	1	PA NSO; NEDS
<i>lenalidomide caps 10mg, 15mg, 25mg, 5mg</i>	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
POMALYST CAPS 1MG, 2MG, 3MG, 4MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
THALOMID CAPS 100MG, 150MG, 200MG, 50MG	1	NEDS; SP-Optum Specialty
Antiandrogénicos		
<i>abiraterone acetate tabs 250mg, 500mg</i>	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>abirtega tabs 250mg</i>	1	PA NSO
<i>bicalutamide tabs 50mg</i>	1	
ERLEADA TABS 240MG	1	PA NSO; NEDS
ERLEADA TABS 60MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
EULEXIN CAPS 125MG	1	
<i>nilutamide tabs 150mg</i>	1	NEDS
NUBEQA TABS 300MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XTANDI CAPS 40MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XTANDI TABS 40MG, 80MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
YONSA TABS 125MG	1	PA NSO; NEDS
Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco		
DARZALEX INJ 100MG/5ML, 400MG/20ML	1	NEDS
OPDIVO INJ 100MG/10ML, 120MG/12ML, 240MG/24ML, 40MG/4ML	1	NEDS
YERVOY INJ 200MG/40ML, 50MG/10ML	1	NEDS
Antiestrógenos/modificadores		
EMCYT CAPS 140MG	1	NEDS
ORSERDU TABS 345MG, 86MG	1	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SOLTAMOX SOLN 10MG/5ML	1	NEDS
<i>tamoxifen citrate tabs 10mg, 20mg</i>	1	
<i>toremifene citrate tabs 60mg</i>	1	NEDS
Antimetabolitos		
DROXIA CAPS 200MG, 300MG, 400MG	1	
<i>hydroxyurea caps 500mg</i>	1	
<i>mercaptopurine susp 2000mg/100ml</i>	1	NEDS
<i>mercaptopurine tabs 50mg</i>	1	
TABLOID TABS 40MG	1	NEDS; SP-Optum Specialty
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA TABS 500MG; 100MG, 500MG; 50MG	1	PA NSO; NEDS
<i>bortezomib inj 1mg, 2.5mg</i>	1	
<i>bortezomib inj 3.5mg/1.4ml, 3.5mg</i>	1	NEDS
<i>boruzu inj 3.5mg/1.4ml</i>	1	
DOCETAXEL INJ 160MG/8ML	1	
<i>docetaxel inj 20mg/ml, 80mg/4ml</i>	1	
IBRANCE TABS 100MG, 125MG, 75MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INREBIC CAPS 100MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ITOVEBI TABS 9MG	1	PA NSO; NEDS
ITOVEBI TABS 3MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
IWILFIN TABS 192MG	1	PA NSO; NEDS
KISQALI FEMARA 200 DOSE TBPK 2.5MG; 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KISQALI FEMARA 400 DOSE TBPK 2.5MG; 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KISQALI FEMARA 600 DOSE TBPK 2.5MG; 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LAZCLUZE TABS 240MG	1	PA NSO; NEDS
LAZCLUZE TABS 80MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>leucovorin calcium tabs 10mg, 15mg, 25mg, 5mg</i>	1	
LONSURF TABS 6.14MG; 15MG, 8.19MG; 20MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYSODREN TABS 500MG	1	NEDS
OGSIVEO TABS 100MG, 150MG, 50MG	1	PA NSO; NEDS
OJEMDA SUSR 25MG/ML	1	PA NSO; NEDS
OJEMDA TABS 100MG	1	PA NSO; NEDS
ONUREG TABS 200MG, 300MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>paclitaxel inj 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml, 30mg/5ml</i>	1	
REVUFORJ TABS 110MG, 160MG, 25MG	1	PA NSO; NEDS
VONJO CAPS 100MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZOLINZA CAPS 100MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
Complementos del tratamiento		
<i>mesna tabs 400mg</i>	1	NEDS
VORANIGO TABS 40MG	1	PA NSO; NEDS
VORANIGO TABS 10MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
Inhibidores de enzimas		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK THPK 0.8MG; 200MG	1	PA NSO; NEDS
KYPROLIS INJ 10MG, 30MG, 60MG	1	NEDS
Inhibidores de la aromatasas, tercera generación		
<i>anastrozole tabs 1mg</i>	1	
<i>exemestane tabs 25mg</i>	1	
<i>letrozole tabs 2.5mg</i>	1	
Inhibidores moleculares dirigidos		
ALECENSA CAPS 150MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ALUNBRIG TABS 180MG, 30MG, 90MG	1	PA NSO; NEDS
ALUNBRIG TBPK 0	1	PA NSO; NEDS
AUGTYRO CAPS 160MG, 40MG	1	PA NSO; NEDS
AYVAKIT TABS 100MG, 200MG, 25MG, 300MG, 50MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BALVERSA TABS 3MG, 4MG, 5MG	1	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPS 50MG	1	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPS 100MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BOSULIF TABS 100MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BOSULIF TABS 400MG, 500MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BRAFTOVI CAPS 75MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BRUKINSA CAPS 80MG	1	PA NSO; NEDS
BRUKINSA TABS 160MG	1	PA; NEDS
CABOMETYX TABS 20MG, 40MG, 60MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CALQUENCE CAPS 100MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
CALQUENCE TABS 100MG	1	PA NSO; NEDS
CAPRELSA TABS 300MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
CAPRELSA TABS 100MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
COMETRIQ KIT 0, 20MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
COPIKTRA CAPS 15MG, 25MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
COTELLIC TABS 20MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
DANZITEN TABS 71MG, 95MG	1	PA NSO; NEDS
<i>dasatinib tabs 100mg, 140mg, 20mg, 50mg, 70mg, 80mg</i>	1	PA NSO; NEDS
DAURISMO TABS 100MG, 25MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ERIVEDGE CAPS 150MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>erlotinib hydrochloride tabs 150mg, 25mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); NEDS; SP-Optum Specialty
<i>erlotinib hydrochloride tabs 100mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); NEDS; SP-Optum Specialty
<i>everolimus tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>everolimus tbs 2mg, 3mg, 5mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
EXKIVITY CAPS 40MG	1	PA NSO; NEDS
FOTIVDA CAPS 0.89MG, 1.34MG	1	PA NSO; NEDS
FRUZAQLA CAPS 1MG, 5MG	1	PA NSO; NEDS
GAVRETO CAPS 100MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>gefitinib tabs 250mg</i>	1	PA NSO; NEDS
GILOTRIF TABS 20MG, 30MG, 40MG	1	PA NSO; NEDS
GOMEKLI CAPS 1MG, 2MG	1	PA NSO; NEDS
GOMEKLI TBSO 1MG	1	PA NSO; NEDS
IBRANCE CAPS 100MG, 125MG, 75MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ICLUSIG TABS 10MG, 15MG, 30MG, 45MG	1	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
IDHIFA TABS 100MG, 50MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>imatinib mesylate tabs 400mg</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>imatinib mesylate tabs 100mg</i>	1	SP-Optum Specialty
IMBRUVICA CAPS 140MG, 70MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
IMBRUVICA SUSP 70MG/ML	1	PA NSO; NEDS
IMBRUVICA TABS 140MG, 280MG, 420MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
IMKELDI SOLN 80MG/ML	1	PA NSO; NEDS
INLYTA TABS 1MG, 5MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INQOVI TABS 100MG; 35MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
JAKAFI TABS 10MG, 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
JAYPIRCA TABS 100MG, 50MG	1	PA NSO; NEDS
KISQALI TBPK 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KOSELUGO CAPS 10MG, 25MG	1	PA NSO; NEDS
KRAZATI TABS 200MG	1	PA NSO; NEDS
<i>lapatinib ditosylate tabs 250mg</i>	1	QL(180 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE CPPK 0	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE CPPK 0	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE CPPK 0	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LORBRENA TABS 100MG, 25MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LUMAKRAS TABS 240MG, 320MG	1	PA NSO; NEDS
LUMAKRAS TABS 120MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYNPARZA TABS 100MG, 150MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYTGOBI TBPK 4MG	1	PA NSO; NEDS
MEKINIST SOLR 0.05MG/ML	1	PA NSO; NEDS
MEKINIST TABS 0.5MG, 2MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
MEKTOVI TABS 15MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
NERLYNX TABS 40MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>nilotinib hydrochloride caps 150mg, 200mg, 50mg</i>	1	PA NSO; NEDS
NINLARO CAPS 2.3MG, 3MG, 4MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ODOMZO CAPS 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
OJJAARA TABS 100MG, 150MG, 200MG	1	PA NSO; NEDS
<i>pazopanib hydrochloride tabs 200mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
PEMAZYRE TABS 13.5MG, 4.5MG, 9MG	1	PA NSO; NEDS
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 250MG DAILY DOSE TBPK 0	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
QINLOCK TABS 50MG	1	PA NSO; NEDS
RETEVMO CAPS 40MG, 80MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RETEVMO TABS 120MG, 160MG	1	PA NSO; NEDS
RETEVMO TABS 80MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
RETEVMO TABS 40MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
REZLIDHIA CAPS 150MG	1	PA NSO; NEDS
ROMVIMZA CAPS 14MG, 20MG, 30MG	1	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK CAPS 100MG, 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ROZLYTREK PACK 50MG	1	PA NSO; NEDS
RUBRACA TABS 200MG, 250MG, 300MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RYDAPT CAPS 25MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
SCEMBLIX TABS 20MG, 40MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
SCEMBLIX TABS 100MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib tosylate tabs 200mg</i>	1	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib tabs 200mg</i>	1	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
STIVARGA TABS 40MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>sunitinib malate caps 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TABRECTA TABS 150MG, 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAFINLAR CAPS 50MG, 75MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAFINLAR TBSO 10MG	1	PA NSO; NEDS
TAGRISO TABS 40MG, 80MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TALZENNA CAPS 0.1MG, 0.35MG	1	PA NSO; NEDS
TALZENNA CAPS 0.25MG, 0.5MG, 0.75MG, 1MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAZVERIK TABS 200MG	1	PA NSO; NEDS
TEPMETKO TABS 225MG	1	PA NSO; NEDS
TIBSOVO TABS 250MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TRUQAP TABS 160MG, 200MG	1	PA NSO; NEDS
TRUQAP TBPk 160MG, 200MG	1	PA NSO; NEDS
TUKYSA TABS 150MG, 50MG	1	PA NSO; NEDS
TURALIO CAPS 125MG	1	PA NSO; NEDS
VANFLYTA TABS 17.7MG, 26.5MG	1	PA NSO; NEDS
VENCLEXTA STARTING PACK TBPk 0	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 100MG, 50MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 10MG	1	PA NSO; SP-Optum Specialty
VERZENIO TABS 100MG, 150MG, 200MG, 50MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VITRAKVI CAPS 100MG, 25MG	1	PA NSO; NEDS
VITRAKVI SOLN 20MG/ML	1	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VIZIMPRO TABS 15MG, 30MG, 45MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XALKORI CAPS 200MG, 250MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XALKORI CPSP 150MG, 20MG, 50MG	1	PA NSO; NEDS
XOSPATA TABS 40MG	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPk 20MG	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPk 20MG	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO TBPk 10MG, 40MG, 50MG, 60MG	1	PA NSO; NEDS
ZEJULA TABS 100MG, 200MG, 300MG	1	PA NSO; NEDS
ZELBORAF TABS 240MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZYDELIG TABS 100MG, 150MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZYKADIA TABS 150MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
Retinoides		
<i>bexarotene caps 75mg</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bexarotene gel 1%</i>	1	PA NSO; NEDS
PANRETIN GEL 0.1%	1	NEDS
<i>tretinoin caps 10mg</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole tabs 200mg</i>	1	
<i>ivermectin tabs 3mg, 6mg</i>	1	
<i>praziquantel tabs 600mg</i>	1	
Antiprotozoico		
<i>atovaquone/proguanil hcl tabs 62.5mg; 25mg</i>	1	
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride tabs 250mg; 100mg</i>	1	
<i>atovaquone susp 750mg/5ml</i>	1	
<i>chloroquine phosphate tabs 250mg, 500mg</i>	1	
COARTEM TABS 20MG; 120MG	1	QL(24 EA por 3 días)
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 200mg</i>	1	
<i>mefloquine hydrochloride tabs 250mg</i>	1	
<i>nitazoxanide tabs 500mg</i>	1	
<i>pentamidine isethionate inj 300mg</i>	1	
<i>pentamidine isethionate inhalation solr 300mg</i>	1	PA BvD
<i>primaquine phosphate tabs 26.3mg</i>	1	
<i>pyrimethamine tabs 25mg</i>	1	NEDS
<i>quinine sulfate caps 324mg</i>	1	PA
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>chlorpromazine hydrochloride conc 100mg/ml, 30mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>fluphenazine decanoate inj 25mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl conc 5mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hydrochloride elix 2.5mg/5ml</i>	1	
<i>fluphenazine hydrochloride inj 2.5mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hydrochloride tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>haloperidol decanoate inj 100mg/ml, 50mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate inj 5mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol conc 2mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol tabs 0.5mg, 10mg, 1mg, 20mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>loxapine caps 10mg, 25mg, 50mg, 5mg</i>	1	
<i>molindone hydrochloride tabs 10mg, 25mg, 5mg</i>	1	
<i>perphenazine tabs 16mg, 2mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>pimozide tabs 1mg, 2mg</i>	1	
<i>thioridazine hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>thiothixene caps 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>trifluoperazine hcl tabs 10mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>trifluoperazine hydrochloride tabs 1mg</i>	1	
Resistente al tratamiento		
<i>clozapine odt tbdp 100mg, 12.5mg, 150mg, 200mg, 25mg</i>	1	
<i>clozapine tabs 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
VERSACLOZ SUSP 50MG/ML	1	NEDS
Segunda generación/atípico		
ABILIFY ASIMTUFII INJ 720MG/2.4ML, 960MG/3.2ML	1	NEDS
ABILIFY MAINTENA INJ 300MG, 400MG	1	NEDS
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT TBPK 10MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
ABILIFY MYCITE STARTER KIT TBPK 15MG, 20MG, 2MG, 30MG, 5MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>aripiprazole odt tbdp 10mg, 15mg</i>	1	
<i>aripiprazole soln 1mg/ml</i>	1	
<i>aripiprazole tabs 10mg, 15mg, 20mg, 2mg, 30mg, 5mg</i>	1	
ARISTADA INITIO INJ 675MG/2.4ML	1	NEDS
ARISTADA INJ 1064MG/3.9ML, 441MG/1.6ML, 662MG/2.4ML, 882MG/3.2ML	1	NEDS
<i>asenapine maleate sl subl 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	ST NSO
CAPLYTA CAPS 10.5MG, 21MG, 42MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
FANAPT TITRATION PACK A TABS 0	1	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK B TABS 0	1	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK C TABS 0	1	ST NSO

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
FANAPT TABS 10MG, 12MG, 1MG, 2MG, 4MG, 6MG, 8MG	1	ST NSO; NEDS
INVEGA HAFYERA INJ 1092MG/3.5ML, 1560MG/5ML	1	NEDS
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	1	
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	1	NEDS
INVEGA TRINZA INJ 273MG/0.88ML, 410MG/1.32ML, 546MG/1.75ML, 819MG/2.63ML	1	NEDS
<i>lurasidone hydrochloride tabs 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tabs 80mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI TABS 10MG; 10MG, 15MG; 10MG, 20MG; 10MG, 5MG; 10MG	1	PA NSO; NEDS
NUPLAZID CAPS 34MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
NUPLAZID TABS 10MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>olanzapine odt tbdp 10mg, 15mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>olanzapine inj 10mg</i>	1	
<i>olanzapine tabs 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	
OPIPZA FILM 2MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
OPIPZA FILM 10MG, 5MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>paliperidone er tb24 1.5mg, 3mg, 6mg, 9mg</i>	1	
PERSERIS INJ 120MG, 90MG	1	NEDS
<i>quetiapine fumarate tabs 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg</i>	1	
<i>quetiapine fumarate tabs 25mg, 50mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
REXULTI TABS 0.25MG, 0.5MG, 1MG, 2MG, 3MG, 4MG	1	NEDS
<i>risperidone er inj 12.5mg, 25mg</i>	1	
<i>risperidone er inj 37.5mg, 50mg</i>	1	NEDS
<i>risperidone odt tbdp 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	1	
<i>risperidone soln 1mg/ml</i>	1	
<i>risperidone tabs 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	1	
SECUADO PT24 3.8MG/24HR, 5.7MG/24HR, 7.6MG/24HR	1	NEDS
VRAYLAR CAPS 1.5MG, 3MG, 4.5MG, 6MG	1	NEDS
<i>ziprasidone hcl caps 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	1	
<i>ziprasidone mesylate inj 20mg</i>	1	
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	1	
ZYPREXA RELPREVV INJ 300MG, 405MG	1	NEDS
Antivírico		
<i>Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)</i>		
APTIVUS CAPS 250MG	1	NEDS
<i>atazanavir sulfate caps 300mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>atazanavir caps 150mg, 200mg</i>	1	
<i>darunavir tabs 600mg</i>	1	
<i>darunavir tabs 800mg</i>	1	NEDS
EVOTAZ TABS 300MG; 150MG	1	NEDS
<i>fosamprenavir calcium tabs 700mg</i>	1	NEDS
KALETRA SOLN 400MG/5ML; 100MG/5ML	1	
LEXIVA SUSP 50MG/ML	1	
<i>lopinavir/ritonavir soln 400mg/5ml; 100mg/5ml</i>	1	
<i>lopinavir/ritonavir tabs 100mg; 25mg, 200mg; 50mg</i>	1	
NORVIR PACK 100MG	1	
PREZCOBIX TABS 150MG; 675MG, 150MG; 800MG	1	NEDS
PREZISTA SUSP 100MG/ML	1	NEDS
PREZISTA TABS 75MG	1	
PREZISTA TABS 150MG	1	NEDS
REYATAZ PACK 50MG	1	NEDS
<i>ritonavir tabs 100mg</i>	1	
SYMTUZA TABS 150MG; 800MG; 200MG; 10MG	1	NEDS
VIRACEPT TABS 250MG	1	
VIRACEPT TABS 625MG	1	NEDS
Agentes anti-VIH, otros		
FUZEON INJ 90MG	1	NEDS
<i>maraviroc tabs 300mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); NEDS
<i>maraviroc tabs 150mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); NEDS
RUKOBIA TB12 600MG	1	NEDS
SELZENTRY SOLN 20MG/ML	1	QL(1800 ML por 30 días)
SELZENTRY TABS 25MG	1	QL(480 EA por 30 días)
SELZENTRY TABS 75MG	1	QL(60 EA por 30 días); NEDS
SUNLENCA TABS 300MG	1	QL(24 EA por 168 días); NEDS
SUNLENCA TBPK 300MG	1	NEDS
TYBOST TABS 150MG	1	
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
<i>cidofovir inj 75mg/ml</i>	1	NEDS
LIVTENCITY TABS 200MG	1	PA; NEDS
PREVMIS PACK 20MG	1	PA
PREVMIS PACK 120MG	1	PA; NEDS
PREVMIS TABS 240MG, 480MG	1	PA; NEDS
<i>valganciclovir hydrochloride solr 50mg/ml</i>	1	NEDS
<i>valganciclovir tabs 450mg</i>	1	
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl caps 100mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>amantadine hcl soln 50mg/5ml</i>	1	
<i>amantadine hcl tabs 100mg</i>	1	
<i>oseltamivir phosphate caps 30mg, 45mg, 75mg</i>	1	
<i>oseltamivir phosphate susr 6mg/ml</i>	1	
RELENZA DISKHALER AEPB 5MG/BLISTER	1	
<i>rimantadine hydrochloride tabs 100mg</i>	1	
XOFLUZA TBPB 40MG, 80MG	1	QL(1 EA por 7 días)
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET PACK 50MG; 20MG	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
MAVYRET TABS 100MG; 40MG	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>ribavirin caps 200mg</i>	1	SP-Optum Specialty
<i>ribavirin tabs 200mg</i>	1	SP-Optum Specialty
VOSEVI TABS 400MG; 100MG; 100MG	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiherpéticos		
<i>acyclovir sodium inj 50mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>acyclovir caps 200mg</i>	1	
<i>acyclovir susp 200mg/5ml</i>	1	
<i>acyclovir tabs 400mg, 800mg</i>	1	
<i>famciclovir tabs 125mg, 250mg, 500mg</i>	1	
<i>valacyclovir hydrochloride tabs 1gm, 500mg</i>	1	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY TABS 30MG; 120MG; 15MG, 50MG; 200MG; 25MG	1	NEDS
DOVATO TABS 50MG; 300MG	1	NEDS
GENVOYA TABS 150MG; 150MG; 200MG; 10MG	1	NEDS
ISENTRESS HD TABS 600MG	1	QL(60 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS CHEW 100MG	1	QL(180 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS CHEW 25MG	1	QL(720 EA por 30 días)
ISENTRESS PACK 100MG	1	
ISENTRESS TABS 400MG	1	QL(120 EA por 30 días); NEDS
JULUCA TABS 50MG; 25MG	1	NEDS
STRIBILD TABS 150MG; 150MG; 200MG; 300MG	1	NEDS
TIVICAY PD TBSO 5MG	1	
TIVICAY TABS 10MG	1	
TIVICAY TABS 25MG, 50MG	1	NEDS
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
DELSTRIGO TABS 100MG; 300MG; 300MG	1	NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
EDURANT PED TBSO 2.5MG	1	NEDS
EDURANT TABS 25MG	1	NEDS
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 600mg; 200mg; 300mg</i>	1	
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 400mg; 300mg; 300mg, 600mg; 300mg; 300mg</i>	1	NEDS
<i>efavirenz caps 200mg, 50mg</i>	1	
<i>efavirenz tabs 600mg</i>	1	
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg; 25mg; 300mg</i>	1	NEDS
<i>etravirine tabs 100mg, 200mg</i>	1	NEDS
INTELENCE TABS 25MG	1	
<i>nevirapine er tb24 400mg</i>	1	
<i>nevirapine susp 50mg/5ml</i>	1	
<i>nevirapine tabs 200mg</i>	1	
PIFELTRO TABS 100MG	1	NEDS
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir sulfate/lamivudine tabs 600mg; 300mg</i>	1	
<i>abacavir soln 20mg/ml</i>	1	
<i>abacavir tabs 300mg</i>	1	
CIMDUO TABS 300MG; 300MG	1	NEDS
DESCOVY TABS 120MG; 15MG, 200MG; 25MG	1	NEDS
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg; 150mg, 200mg; 300mg</i>	1	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 133mg; 200mg</i>	1	NEDS
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil tabs 167mg; 250mg</i>	1	
<i>emtricitabine caps 200mg</i>	1	
EMTRIVA SOLN 10MG/ML	1	
<i>lamivudine/zidovudine tabs 150mg; 300mg</i>	1	
<i>lamivudine soln 10mg/ml</i>	1	
<i>lamivudine tabs 150mg, 300mg</i>	1	
ODEFSEY TABS 200MG; 25MG; 25MG	1	NEDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate tabs 300mg</i>	1	
TRIUMEQ PD TBSO 60MG; 5MG; 30MG	1	
TRIUMEQ TABS 600MG; 50MG; 300MG	1	NEDS
VIREAD POWD 40MG/GM	1	NEDS
VIREAD TABS 150MG, 200MG, 250MG	1	NEDS
<i>zidovudine caps 100mg</i>	1	
<i>zidovudine syrp 50mg/5ml</i>	1	
<i>zidovudine tabs 300mg</i>	1	
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil tabs 10mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>entecavir tabs 0.5mg, 1mg</i>	1	
<i>lamivudine tabs 100mg</i>	1	
VEMLIDY TABS 25MG	1	NEDS
Antivirales, agentes de coronavirus		
LAGEVRIO CAPS 200MG	1	QL(40 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK 300MG-100MG DAY 1; 150MG-100MG DAYS 2-5	1	QL(11 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK 150MG-100MG	1	QL(20 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK 300MG-100MG	1	QL(30 EA por 5 días)
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Aglutinantes de potasio		
LOKELMA PACK 10GM, 5GM	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powd 0</i>	1	
<i>sps combination susp 15gm/60ml, 15gm/60ml</i>	1	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET CAPS 100MG	1	NEDS
<i>deferasirox pack 180mg, 360mg, 90mg</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tabs 180mg, 360mg, 90mg</i>	1	SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tbso 250mg, 500mg</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tbso 125mg</i>	1	SP-Optum Specialty
JYNARQUE TABS 15MG, 30MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>penicillamine tabs 250mg</i>	1	NEDS
<i>trientine hydrochloride caps 250mg, 500mg</i>	1	NEDS
Quelantes de fosfato		
<i>calcium acetate caps 667mg</i>	1	
<i>calcium acetate tabs 667mg</i>	1	
<i>sevelamer carbonate pack 0.8gm, 2.4gm</i>	1	
<i>sevelamer carbonate tabs 800mg</i>	1	
VELPHORO CHEW 500MG	1	NEDS
Reemplazo de electrolitos/minerales		
AMINOSYN II INJ 107.6MEQ/L; 1490MG/100ML; 1527MG/100ML; 1050MG/100ML; 1107MG/100ML; 750MG/100ML; 450MG/100ML; 990MG/100ML; 1500MG/100ML; 1575MG/100ML; 258MG/100ML; 405MG/100ML; 447MG/100ML; 1083MG/100ML; 795MG/100ML; 50MEQ/L; 600MG/100ML; 300MG/100ML; 750MG/100ML	1	PA BvD

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AMINOSYN-PF 7% INJ 32.5MEQ/L; 490MG/100ML; 861MG/100ML; 370MG/100ML; 576MG/100ML; 270MG/100ML; 220MG/100ML; 534MG/100ML; 831MG/100ML; 475MG/100ML; 125MG/100ML; 300MG/100ML; 570MG/100ML; 347MG/100ML; 50MG/100ML; 360MG/100ML; 125MG/100ML; 44MG/100ML; 452MG/100ML	1	PA BvD
<i>carglumic acid tbso 200mg</i>	1	PA; NEDS
CLINIMIX 6/5 INJ 1242MG/100ML; 690MG/100ML; 5GM/100ML; 618MG/100ML; 288MG/100ML; 360MG/100ML; 438MG/100ML; 348MG/100ML; 240MG/100ML; 336MG/100ML; 408MG/100ML; 300MG/100ML; 252MG/100ML; 108MG/100ML; 24MG/100ML; 348MG/100ML	1	PA BvD
CLINIMIX 8/10 INJ 1656MG/100ML; 920MG/100ML; 10GM/100ML; 824MG/100ML; 384MG/100ML; 480MG/100ML; 584MG/100ML; 464MG/100ML; 320MG/100ML; 448MG/100ML; 544MG/100ML; 400MG/100ML; 336MG/100ML; 144MG/100ML; 32MG/100ML; 464MG/100ML	1	PA BvD
CLINIMIX E 8/10 INJ 83MEQ/L; 1656MG/100ML; 920MG/100ML; 33MG/100ML; 10GM/100ML; 824MG/100ML; 384MG/100ML; 480MG/100ML; 584MG/100ML; 464MG/100ML; 51MG/100ML; 320MG/100ML; 448MG/100ML; 261MG/100ML; 544MG/100ML; 400MG/100ML; 205MG/100ML; 336MG/100ML; 144MG/100ML; 32MG/100ML; 464MG/100ML	1	PA BvD
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2% inj 10%; 0.2%</i>	1	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45% inj 10%; 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 10% inj 10%</i>	1	
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45% inj 2.5%; 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2% inj 5%; 0.2%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3% inj 5%; 0.3%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33% inj 5%; 0.33%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45% inj 5%; 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9% inj 5%; 0.9%</i>	1	
<i>dextrose 5% inj 5%</i>	1	
<i>dextrose 50% inj 50%</i>	1	
<i>dextrose 70% inj 70%</i>	1	
<i>dextrose/sodium chloride inj 5%; 0.225%</i>	1	
<i>effe-k tbeq 25meq</i>	1	
<i>glucose (dextrose) 50% inj 50%</i>	1	
<i>glucose (dextrose) 70% inj 70%</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026
Última actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PROSOL INJ 140MEQ/100ML; 2.76GM/100ML; 1.96GM/100ML; 600MG/100ML; 1.02GM/100ML; 2.06GM/100ML; 1.18GM/100ML; 1.08GM/100ML; 1.08GM/100ML; 1.35GM/100ML; 760MG/100ML; 1GM/100ML; 1.34GM/100ML; 1.02GM/100ML; 980MG/100ML; 320MG/100ML; 50MG/100ML; 1.44GM/100ML	1	PA BvD
<i>sodium chloride 0.45% inj 0.45%</i>	1	
<i>sodium chloride inj 0.9%, 2.5meq/ml, 3%, 4meq/ml, 5%</i>	1	
TRAVASOL INJ 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 500MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	1	PA BvD
TROPHAMINE INJ 0.54GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.32GM/100ML; 0; 0; 0.5GM/100ML; 0.36GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.82GM/100ML; 1.4GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.34GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.68GM/100ML; 0.38GM/100ML; 5MEQ/L; 0.025GM/100ML; 0.42GM/100ML; 0.2GM/100ML; 0.24GM/100ML; 0.78GM/100ML	1	PA BvD
Vitaminas		
<i>prenatal tabs 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	1	
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		
<i>aminocaproic acid inj 250mg/ml</i>	1	
<i>aminocaproic acid oral soln 0.25gm/ml</i>	1	
<i>aminocaproic acid tabs 500mg</i>	1	
<i>tranexamic acid tabs 650mg</i>	1	
Agentes modificadores de plaquetas		
<i>aspirin/dipyridamole er cp12 25mg; 200mg</i>	1	
CABLIVI INJ 11MG	1	NEDS
<i>cilostazol tabs 100mg, 50mg</i>	1	
<i>clopidogrel tabs 300mg, 75mg</i>	1	
DOPTELET TABS 20MG	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>prasugrel hydrochloride tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>ticagrelor tabs 60mg, 90mg</i>	1	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate caps 110mg, 150mg, 75mg</i>	1	
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5MG	1	
ELIQUIS TABS 2.5MG, 5MG	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>enoxaparin sodium inj 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml, 300mg/3ml, 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml</i>	1	
<i>fondaparinux sodium inj 2.5mg/0.5ml</i>	1	
<i>fondaparinux sodium inj 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	1	NEDS
<i>heparin sodium/d5w inj 5%; 40unit/ml</i>	1	
<i>heparin sodium inj 10000unit/ml, 1000unit/ml, 20000unit/ml, 5000unit/0.5ml, 5000unit/ml</i>	1	
<i>jantoven tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg</i>	1	
<i>rivaroxaban susr 1mg/ml</i>	1	
<i>warfarin sodium tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg</i>	1	
XARELTO STARTER PACK TBPK 0	1	
XARELTO SUSR 1MG/ML	1	
XARELTO TABS 10MG, 15MG, 2.5MG, 20MG	1	
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
<i>anagrelide hydrochloride caps 0.5mg, 1mg</i>	1	
<i>eltrombopag olamine pack 12.5mg, 25mg</i>	1	PA; NEDS
<i>eltrombopag olamine tabs 12.5mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	PA; NEDS
MOZOBIL INJ 24MG/1.2ML	1	NEDS
NEULASTA ONPRO KIT INJ 6MG/0.6ML	1	NEDS
NEULASTA INJ 6MG/0.6ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>plerixafor inj 24mg/1.2ml</i>	1	NEDS
PROCRIT INJ 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty
PROCRIT INJ 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	1	SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	1	SP-Optum Specialty
UDENYCA ONBODY INJ 6MG/0.6ML	1	NEDS
UDENYCA INJ 6MG/0.6ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty
ZARXIO INJ 300MCG/0.5ML, 480MCG/0.8ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty
Reguladores de la glucemia		
Agentes antidiabéticos		
<i>acarbose tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>glimepiride tabs 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
<i>glipizide er tb24 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>glipizide/metformin hydrochloride tabs 2.5mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg</i>	1	
<i>glipizide tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>glyburide micronized tabs 1.5mg, 3mg, 6mg</i>	1	
<i>glyburide/metformin hydrochloride tabs 1.25mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg</i>	1	
<i>glyburide tabs 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
GLYXAMBI TABS 10MG; 5MG, 25MG; 5MG	1	
JANUMET XR TB24 1000MG; 100MG, 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	1	
JANUMET TABS 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	1	
JANUVIA TABS 100MG, 25MG, 50MG	1	
JENTADUETO XR TB24 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	1	
JENTADUETO TABS 2.5MG; 1000MG, 2.5MG; 500MG, 2.5MG; 850MG	1	
<i>metformin hydrochloride er tb24 500mg, 750mg</i>	1	
<i>metformin hydrochloride soln 500mg/5ml</i>	1	
<i>metformin hydrochloride tabs 1000mg, 500mg, 850mg</i>	1	
<i>miglitol tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
MOUNJARO INJ 10MG/0.5ML, 12.5MG/0.5ML, 15MG/0.5ML, 2.5MG/0.5ML, 5MG/0.5ML, 7.5MG/0.5ML	1	PA
<i>nateglinide tabs 120mg, 60mg</i>	1	
OZEMPIC INJ 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	1	PA
<i>pioglitazone hcl-glimepiride tabs 2mg; 30mg, 4mg; 30mg</i>	1	
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl tabs 500mg; 15mg, 850mg; 15mg</i>	1	
<i>pioglitazone hcl tabs 45mg</i>	1	
<i>pioglitazone hydrochloride tabs 15mg, 30mg</i>	1	
<i>repaglinide tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
RYBELSUS TABS 1.5MG, 14MG, 3MG, 4MG, 7MG, 9MG	1	PA
<i>saxagliptin hydrochloride tabs 2.5mg, 5mg</i>	1	
SYMLINPEN 120 INJ 2700MCG/2.7ML	1	NEDS
SYMLINPEN 60 INJ 1500MCG/1.5ML	1	NEDS
SYNJARDY XR TB24 10MG; 1000MG, 12.5MG; 1000MG, 25MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	1	
SYNJARDY TABS 12.5MG; 1000MG, 12.5MG; 500MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	1	
TRADJENTA TABS 5MG	1	
TRULICITY INJ 0.75MG/0.5ML, 1.5MG/0.5ML, 3MG/0.5ML, 4.5MG/0.5ML	1	PA
XIGDUO XR TB24 10MG; 1000MG, 10MG; 500MG, 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	1	
Agentes antidiabéticos		
BAQSIMI ONE PACK POWD 3MG/DOSE	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BAQSIMI TWO PACK POWD 3MG/DOSE	1	
<i>diazoxide susp 50mg/ml</i>	1	
GLUCAGEN HYPOKIT INJ 1MG	1	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR INJ 1MG/ML, 1MG	1	
GLUCAGON EMERGENCY KIT INJ 1MG	1	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK INJ 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	1	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK INJ 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	1	
GVOKE KIT INJ 1MG/0.2ML	1	
GVOKE PFS INJ 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	1	
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH INJ 100UNIT/ML	1	
FIASP PENFILL INJ 100UNIT/ML	1	
FIASP INJ 100UNIT/ML	1	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJ 100UNIT/ML	1	
HUMALOG KWIKPEN INJ 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	1	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJ 50UNIT/ML; 50UNIT/ML	1	
HUMALOG MIX 50/50 INJ 50UNIT/ML; 50UNIT/ML	1	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJ 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	1	
HUMALOG MIX 75/25 INJ 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	1	
HUMALOG INJ 100UNIT/ML	1	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJ 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
HUMULIN 70/30 INJ 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
HUMULIN N KWIKPEN INJ 100UNIT/ML	1	
HUMULIN N INJ 100UNIT/ML	1	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INJ 500UNIT/ML	1	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN INJ 500UNIT/ML	1	
HUMULIN R INJ 100UNIT/ML	1	
<i>insulin aspart flexpen inj 100unit/ml</i>	1	
<i>insulin aspart penfill inj 100unit/ml</i>	1	
<i>insulin aspart protamine/insulin aspart inj 30%; 70%</i>	1	
<i>insulin aspart inj 100unit/ml</i>	1	
<i>insulin lispro junior kwikpen inj 100unit/ml</i>	1	
<i>insulin lispro kwikpen inj 100unit/ml</i>	1	
<i>insulin lispro protamine/insulin lispro kwikpen inj 25unit/ml; 75unit/ml</i>	1	
INSULIN LISPRO INJ 100UNIT/ML	1	
LANTUS SOLOSTAR INJ 100UNIT/ML	1	
LANTUS INJ 100UNIT/ML	1	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN INJ 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NOVOLIN 70/30 INJ 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
NOVOLIN N FLEXPEN INJ 100UNIT/ML	1	
NOVOLIN N INJ 100UNIT/ML	1	
NOVOLIN R FLEXPEN INJ 100UNIT/ML	1	
NOVOLIN R INJ 100UNIT/ML	1	
NOVOLOG FLEXPEN INJ 100UNIT/ML	1	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN INJ 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
NOVOLOG MIX 70/30 INJ 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
NOVOLOG PENFILL INJ 100UNIT/ML	1	
NOVOLOG INJ 100UNIT/ML	1	
TOUJEO MAX SOLOSTAR INJ 300UNIT/ML	1	
TOUJEO SOLOSTAR INJ 300UNIT/ML	1	
TRESIBA FLEXTOUCH INJ 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	1	
TRESIBA INJ 100UNIT/ML	1	
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride tabs 10mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	
<i>methocarbamol tabs 500mg, 750mg</i>	1	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
<i>betaine anhydrous powd 0</i>	1	NEDS
CREON CPEP 120000UNIT; 24000UNIT; 76000UNIT, 15000UNIT; 3000UNIT; 9500UNIT, 180000UNIT; 36000UNIT; 114000UNIT, 30000UNIT; 6000UNIT; 19000UNIT, 60000UNIT; 12000UNIT; 38000UNIT	1	
<i>cromolyn sodium conc 100mg/5ml</i>	1	
CYSTAGON CAPS 150MG, 50MG	1	
<i>dichlorphenamide tabs 50mg</i>	1	PA; NEDS
<i>l-glutamine pack 5gm</i>	1	NEDS
<i>nitisinone caps 20mg</i>	1	PA; NEDS
<i>nitisinone caps 10mg, 2mg, 5mg</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PROLASTIN-C INJ 1000MG/20ML	1	PA; NEDS
REVCovi INJ 2.4MG/1.5ML	1	PA; NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride pack 100mg, 500mg</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>sapropterin dihydrochloride tabs 100mg</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>sodium phenylbutyrate powd 3gm/tsp</i>	1	NEDS
<i>sodium phenylbutyrate tabs 500mg</i>	1	NEDS
WELIREG TABS 40MG	1	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZENPEP CPEP 105000UNIT; 25000UNIT; 79000UNIT, 14000UNIT; 3000UNIT; 10000UNIT, 168000UNIT; 40000UNIT; 126000UNIT, 24000UNIT; 5000UNIT; 17000UNIT, 252600UNIT; 60000UNIT; 189600UNIT, 42000UNIT; 10000UNIT; 32000UNIT, 63000UNIT; 15000UNIT; 47000UNIT, 84000UNIT; 20000UNIT; 63000UNIT	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026
 Última actualización: 10/01/2025

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	Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	61	ADEMPAS	34
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	61	ADTHYZA	22
ABELCET	48	AIMOVIG	3
<i>abigale</i>	19	AKEEGA	50
<i>abigale lo</i>	19	<i>albendazole</i>	56
ABILIFY ASIMTUFII	57	<i>albuterol sulfate</i>	35
ABILIFY MAINTENA	57	<i>albuterol sulfate hfa</i>	35
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	57	<i>alcohol prep pads</i>	36
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	57	ALECENSA	51
<i>abiraterone acetate</i>	49	<i>alendronate sodium</i>	10
<i>abirtega</i>	49	<i>alfuzosin hcl er</i>	18
ABRYSVO	28	<i>aliskiren</i>	6
<i>acamprosate calcium dr</i>	32	<i>allopurinol</i>	10
<i>acarbose</i>	66	ALOCRIIL	29
<i>accutane</i>	14	<i>alose tron hydrochloride</i>	16
<i>acebutolol hydrochloride</i>	5	<i>alprazolam</i>	39
<i>acetaminophen/codeine</i>	37	ALUNBRIG	51
<i>acetaminophen/codeine phosphate</i>	37	<i>alyq</i>	34
<i>acetazolamide</i>	30	<i>amabelz</i>	19
<i>acetazolamide er</i>	30	<i>amantadine hcl</i>	59
<i>acetic acid</i>	37	<i>ambrisentan</i>	34
<i>acetic acid 0.25%</i>	18	<i>amikacin sulfate</i>	39
<i>acetylcysteine</i>	32	<i>amiloride hcl</i>	9
<i>acitretin</i>	14	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	6
ACTHIB	28	<i>aminocaproic acid</i>	65
ACTIMMUNE	25	AMINOSYN II	62
<i>acyclovir</i>	60	AMINOSYN-PF 7%	63
<i>acyclovir sodium</i>	60	<i>amiodarone hydrochloride</i>	7
ADACEL	28	<i>amitriptyline hcl</i>	46
<i>adalimumab-aaty 1-pen kit</i>	26	<i>amitriptyline hydrochloride</i>	46
<i>adalimumab-aaty 2-pen kit</i>	26	<i>amlodipine besylate</i>	5
<i>adalimumab-aaty 2-syringe kit</i>	26	<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	6
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs starter</i>	26	<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	6
<i>adalimumab-adbm</i>	26	<i>hydrochloride</i>	
<i>adalimumab-adbm crohns/uc/hs starter</i>	26	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	6
<i>adalimumab-adbm psoriasis/uveitis starter</i>	26	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	6
<i>adalimumab-adbm starter package for</i>	26	<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>crohns disease/uc/hs</i>		<i>ammonium lactate</i>	15
<i>adalimumab-adbm starter package for</i>	26	<i>amnesteem</i>	14
<i>psoriasis/uveitis</i>		<i>amoxapine</i>	46
<i>adapalene</i>	14	<i>amoxicillin</i>	41
<i>adefovir dipivoxil</i>	61	<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	41
		<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	41
		<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	12
		<i>amphotericin b</i>	48

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>amphotericin b liposome</i>	48	AVONEX	11
<i>ampicillin</i>	41	AVONEX PEN	11
<i>ampicillin sodium</i>	41	AYVAKIT	51
<i>ampicillin/sulbactam</i>	41	<i>azathioprine</i>	26
<i>ampicillin-sulbactam</i>	41	<i>azelaic acid</i>	14
<i>anagrelide hydrochloride</i>	66	<i>azelastine hcl</i>	29
<i>anastrozole</i>	51	<i>azelastine hcl</i>	34
ANORO ELLIPTA	32	<i>azelastine hydrochloride</i>	34
<i>apraclonidine</i>	30	<i>azithromycin</i>	42
<i>aprepitant</i>	47	<i>aztreonam</i>	39
<i>apri</i>	19	<i>azurette</i>	19
APTIVUS	58	<i>bacitracin</i>	31
ARCALYST	24	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	30
AREXVY	28	<i>baclofen</i>	3
<i>arformoterol tartrate</i>	35	<i>balsalazide disodium</i>	10
ARIKAYCE	39	BALVERSA	51
<i>aripiprazole</i>	57	<i>balziva</i>	19
<i>aripiprazole odt</i>	57	BAQSIMI ONE PACK	67
ARISTADA	57	BAQSIMI TWO PACK	68
ARISTADA INITIO	57	BCG VACCINE	28
<i>armodafinil</i>	13	<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x</i>	36
ARMOUR THYROID	22	<i>1/2"</i>	
<i>asenapine maleate sl</i>	57	<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x</i>	36
<i>ashlyna</i>	19	<i>5/16"</i>	
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	65	<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x</i>	36
<i>atazanavir</i>	59	<i>12.7mm</i>	
<i>atazanavir sulfate</i>	58	<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	36
<i>atenolol</i>	5	<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x</i>	36
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	6	<i>12.7mm</i>	
<i>atomoxetine</i>	12	BELSOMRA	13
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	12	<i>benazepril hydrochloride</i>	9
<i>atorvastatin calcium</i>	8	<i>benazepril</i>	6
<i>atovaquone</i>	56	<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	56	BENLYSTA	24
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	56	<i>benztropine mesylate</i>	4
<i>atropine sulfate</i>	30	BERINERT	25
ATROVENT HFA	35	BESIVANCE	31
AUGTYRO	51	BESREMI	25
AUSTEDO	13	<i>betaine anhydrous</i>	69
AUSTEDO XR	13	BETAMETHASONE DIPROPIONATE	15
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	12	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	15
KIT		<i>betamethasone valerate</i>	15
AUVELITY	45	BETASERON	11
<i>aviane</i>	19	<i>betaxolol hcl</i>	29
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	51	<i>bethanechol chloride</i>	18

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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
BEVESPI AEROSPHERE	32	<i>butorphanol tartrate</i>	37
<i>bexarotene</i>	56	<i>cabergoline</i>	23
BEXSERO	28	CABLIVI	65
<i>bicalutamide</i>	49	CABOMETYX	51
BICILLIN L-A	41	<i>calcipotriene</i>	14
BIKTARVY	60	CALCITONIN SALMON	10
<i>bimatoprost</i>	31	<i>calcitonin-salmon</i>	10
<i>bisoprolol fumarate</i>	5	<i>calcitriol</i>	10
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>calcitriol</i>	14
BIVIGAM	26	<i>calcium acetate</i>	62
BONSITY	10	CALQUENCE	52
BOOSTRIX	28	<i>camila</i>	21
<i>bortezomib</i>	50	<i>candesartan cilexetil</i>	7
<i>boruzu</i>	50	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>bosentan</i>	34	CAPLYTA	57
BOSULIF	51	CAPRELSA	52
BRAFTOVI	51	<i>captopril</i>	9
BREO ELLIPTA	32	<i>carbamazepine</i>	44
BREYNA	33	<i>carbamazepine er</i>	44
BREZTRI AEROSPHERE	33	<i>carbidopa</i>	4
<i>briellyn</i>	19	<i>carbidopa/levodopa</i>	4
<i>brimonidine tartrate</i>	30	<i>carbidopa/levodopa er</i>	4
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	30	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	4
<i>brinzolamide</i>	30	<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	4
BRIVIACT	44	<i>carglumic acid</i>	63
<i>bromfenac</i>	31	<i>carteolol hcl</i>	29
<i>bromfenac sodium</i>	31	<i>cartia xt</i>	5
<i>bromocriptine mesylate</i>	4	<i>carvedilol</i>	5
BRONCHITOL	33	CAYSTON	33
BRUKINSA	51	<i>cefaclor</i>	40
<i>budesonide</i>	10	<i>cefadroxil</i>	40
<i>budesonide</i>	35	<i>cefazolin</i>	40
<i>budesonide er</i>	10	<i>cefazolin sodium</i>	40
<i>bumetanide</i>	9	<i>cefazolin sodium/dextrose</i>	40
<i>buprenorphine</i>	37	<i>cefazolin/dextrose</i>	40
<i>buprenorphine hcl</i>	32	<i>cefdinir</i>	40
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	32	<i>cefepime</i>	41
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone</i>	32	<i>cefepime hydrochloride</i>	41
<i>hydrochloride</i>		<i>cefepime/dextrose</i>	41
<i>bupropion hydrochloride</i>	45	<i>cefixime</i>	41
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	32	<i>cefotetan</i>	41
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	45	<i>cefoxitin sodium</i>	41
<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	45	<i>cefpodoxime proxetil</i>	41
<i>buspironone hcl</i>	39	<i>cefprozil</i>	41
<i>buspironone hydrochloride</i>	39	<i>ceftazidime</i>	41

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	41	<i>clobetasol propionate</i>	15
<i>ceftriaxone sodium</i>	41	<i>clobetasol propionate e</i>	15
<i>ceftriaxone/dextrose</i>	41	<i>clodan</i>	15
<i>cefuroxime axetil</i>	41	<i>clomipramine hydrochloride</i>	46
<i>cefuroxime sodium</i>	41	<i>clonazepam</i>	43
<i>celecoxib</i>	38	<i>clonazepam odt</i>	43
<i>cephalexin</i>	41	<i>clonidine</i>	7
<i>cevimeline hydrochloride</i>	13	<i>clonidine hydrochloride</i>	7
CHEMET	62	<i>clonidine hydrochloride er</i>	12
<i>chlorhexidine gluconate</i>	13	<i>clopidogrel</i>	65
<i>chloroquine phosphate</i>	56	<i>clorazepate dipotassium</i>	39
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	57	<i>clotrimazole</i>	48
<i>chlorthalidone</i>	9	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	14
<i>cholestyramine</i>	8	<i>clozapine</i>	57
<i>cholestyramine light</i>	8	<i>clozapine odt</i>	57
<i>ciclopirox</i>	16	COARTEM	56
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	16	COBENFY	13
<i>ciclopirox olamine</i>	16	COBENFY STARTER PACK	13
<i>cidofovir</i>	59	<i>colchicine</i>	10
<i>cilostazol</i>	65	<i>colestipol hydrochloride</i>	8
CIMDUO	61	<i>colistimethate sodium</i>	40
<i>cimetidine</i>	17	COMBIVENT RESPIMAT	33
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	10	COMETRIQ	52
<i>ciprofloxacin</i>	37	<i>constulose</i>	16
<i>ciprofloxacin hcl</i>	42	COPIKTRA	52
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	31	CORLANOR	6
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	42	CORTIFOAM	10
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	42	CORTISPORIN-TC	37
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	37	COSENTYX	24
<i>citalopram hydrobromide</i>	46	COSENTYX SENSOREADY PEN	24
<i>claravis</i>	14	COSENTYX UNOREADY	24
<i>clarithromycin</i>	42	COTELIC	52
<i>clarithromycin er</i>	42	CREON	69
CLENPIQ	17	CRESEMBA	48
<i>clindamycin hcl</i>	39	<i>cromolyn sodium</i>	29
<i>clindamycin hydrochloride</i>	40	<i>cromolyn sodium</i>	36
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	40	<i>cromolyn sodium</i>	69
<i>clindamycin phosphate</i>	16	<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	36
<i>clindamycin phosphate</i>	40	CUVITRU	26
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	14	<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	69
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	14	<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	30
CLINIMIX 6/5	63	<i>cyclophosphamide</i>	49
CLINIMIX 8/10	63	<i>cyclosporine</i>	26
CLINIMIX E 8/10	63	<i>cyclosporine modified</i>	26
<i>clobazam</i>	43	<i>cyproheptadine hcl</i>	34

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>cyproheptadine hydrochloride</i>	34	<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	63
CYSTAGON	69	<i>dextrose 5%</i>	63
CYSTARAN	30	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	63
<i>dabigatran etexilate</i>	65	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	63
<i>dalfampridine er</i>	11	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	63
<i>danazol</i>	19	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	63
<i>dantrolene sodium</i>	3	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	63
DANZITEN	52	<i>dextrose 50%</i>	63
<i>dapagliflozin propanediol</i>	9	<i>dextrose 70%</i>	63
DAPSONE	47	<i>dextrose/sodium chloride</i>	63
DAPTACEL	28	DIACOMIT	43
<i>daptomycin</i>	40	<i>diazepam</i>	39
<i>daptomycin/sodium chloride</i>	40	<i>diazepam intensol</i>	39
<i>darunavir</i>	59	<i>diazepam rectal gel</i>	43
DARZALEX	49	<i>diazoxide</i>	68
<i>dasatinib</i>	52	<i>dichlorphenamide</i>	69
DAURISMO	52	<i>diclofenac potassium</i>	38
<i>deblitane</i>	21	<i>diclofenac sodium</i>	14
<i>deferasirox</i>	62	<i>diclofenac sodium</i>	31
DELSTRIGO	60	<i>diclofenac sodium</i>	38
DENGVAXIA	28	<i>diclofenac sodium dr</i>	38
DEPO-MEDROL	22	<i>diclofenac sodium er</i>	38
DEPO-SUBQ PROVERA 104	21	<i>dicloxacillin sodium</i>	41
DESCOVY	61	<i>dicyclomine hcl</i>	17
<i>desipramine hydrochloride</i>	46	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	17
<i>desloratadine</i>	34	DIFICID	42
<i>desmopressin acetate</i>	18	<i>diflunisal</i>	38
DESONIDE	15	<i>difluprednate</i>	31
<i>desoximetasone</i>	15	<i>digoxin</i>	7
<i>desvenlafaxine er</i>	46	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	3
<i>dexamethasone</i>	22	DILANTIN	44
<i>dexamethasone intensol</i>	22	<i>diltiazem hcl</i>	5
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	22	<i>diltiazem hcl cd</i>	5
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	31	<i>diltiazem hcl er</i>	5
<i>dexamethasone sodium phosphate +rfid</i>	22	<i>diltiazem hydrochloride</i>	5
DEXLANSOPRAZOLE	17	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	5
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	12	<i>dilt-xr</i>	5
<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	12	<i>dimethyl fumarate</i>	11
<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	12	<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	35
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	12	<i>disulfiram</i>	32
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	12	<i>divalproex sodium dr</i>	43
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	12	<i>divalproex sodium er</i>	43
<i>dextrose 10%</i>	63	DOCETAXEL	50
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	63	DOFETILIDE	7
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	63	<i>donepezil hcl</i>	3

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>donepezil hydrochloride</i>	3	<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	61
DOPTELET	65	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	61
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	30	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	61
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	30	EMTRIVA	61
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>		<i>enalapril maleate</i>	9
<i>dotti</i>	19	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	6
DOVATO	60	ENBREL	27
<i>doxazosin mesylate</i>	18	ENBREL MINI	27
<i>doxepin hcl</i>	46	ENBREL SURECLICK	27
<i>doxepin hydrochloride</i>	46	<i>endocet</i>	37
<i>doxycycline</i>	43	ENGERIX-B	28
<i>doxycycline hyclate</i>	43	<i>enilloring</i>	19
<i>doxycycline monohydrate</i>	43	<i>enoxaparin sodium</i>	66
DRIZALMA SPRINKLE	46	<i>entacapone</i>	4
<i>dronabinol</i>	47	<i>entecavir</i>	62
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	19	ENTRESTO	6
DROXIA	50	<i>enulose</i>	16
<i>droxidopa</i>	7	ENVARSUS XR	27
<i>duloxetine hydrochloride dr</i>	46	EPIDIOLEX	45
DUPIXENT	24	<i>epinastine hcl</i>	29
<i>dutasteride</i>	18	<i>epinephrine</i>	35
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	18	<i>epitol</i>	44
<i>ec-naproxen</i>	38	<i>eplerenone</i>	7
<i>econazole nitrate</i>	48	EPRONTIA	45
EDURANT	61	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	3
EDURANT PED	61	ERIVEDGE	52
<i>efavirenz</i>	61	ERLEADA	49
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	61	<i>erlotinib hydrochloride</i>	52
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	61	<i>errin</i>	21
<i>effer-k</i>	63	<i>ertapenem sodium</i>	42
ELIGARD	23	<i>ery</i>	16
ELIQUIS	65	<i>erythromycin</i>	16
ELIQUIS STARTER PACK	65	<i>erythromycin</i>	31
<i>elixophyllin</i>	36	<i>erythromycin dr</i>	42
ELMIRON	18	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	42
<i>eltrombopag olamine</i>	66	<i>escitalopram oxalate</i>	46
<i>eluryng</i>	19	<i>eslicarbazepine acetate</i>	44
EMCYT	49	<i>esomeprazole magnesium</i>	17
EMGALITY	4	<i>estradiol</i>	19
EMPAVELI	24	<i>estradiol valerate</i>	19
EMSAM	46	<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	19
<i>emtricitabine</i>	61	ESTRING	19
		<i>eszopiclone</i>	13
		<i>ethacrynic acid</i>	9

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>ethambutol hydrochloride</i>	47	FIRMAGON	23
<i>ethosuximide</i>	43	<i>flac</i>	37
<i>etodolac</i>	38	FLAREX	31
<i>etodolac er</i>	38	FLEBOGAMMA DIF	26
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	20	<i>flecainide acetate</i>	8
<i>etravirine</i>	61	<i>fluconazole</i>	48
EUCRISA	15	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	48
EULEXIN	49	<i>flucytosine</i>	48
<i>euthyrox</i>	22	<i>fludrocortisone acetate</i>	22
<i>everolimus</i>	27	<i>flunisolide</i>	35
<i>everolimus</i>	52	<i>fluocinolone acetonide</i>	15
EVOTAZ	59	<i>fluocinolone acetonide</i>	37
<i>exemestane</i>	51	<i>fluocinolone acetonide body</i>	15
EXKIVITY	52	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	15
<i>ezetimibe</i>	8	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	15
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	8	<i>fluocinonide</i>	15
<i>falmina</i>	20	<i>fluocinonide emulsified base</i>	15
<i>famciclovir</i>	60	<i>fluorometholone</i>	31
<i>famotidine</i>	17	<i>flurouracil</i>	14
FANAPT	58	<i>fluoxetine dr</i>	46
FANAPT TITRATION PACK A	57	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	46
FANAPT TITRATION PACK B	57	<i>fluphenazine decanoate</i>	57
FANAPT TITRATION PACK C	57	<i>fluphenazine hcl</i>	57
FARXIGA	9	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	57
FASENRA	33	<i>flurbiprofen</i>	38
FASENRA PEN	33	<i>flurbiprofen sodium</i>	31
FEIRZA 1.5/30	20	<i>fluticasone propionate</i>	15
FEIRZA 1/20	20	<i>fluticasone propionate</i>	35
<i>felbamate</i>	45	<i>fluticasone propionate diskus</i>	35
<i>felodipine er</i>	5	<i>fluticasone propionate hfa</i>	35
<i>fenofibrate</i>	8	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	33
<i>fenofibrate micronized</i>	8	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	33
<i>fenofibric acid dr</i>	8	<i>fluvastatin</i>	8
<i>fentanyl</i>	37	<i>fluvastatin sodium er</i>	8
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	37	<i>fluvoxamine maleate</i>	46
FETZIMA	46	<i>fondaparinux sodium</i>	66
FETZIMA TITRATION PACK	46	<i>formoterol fumarate</i>	35
FIASP	68	<i>fosamprenavir calcium</i>	59
FIASP FLEXTOUCH	68	<i>fosfomycin tromethamine</i>	40
FIASP PENFILL	68	<i>fosinopril sodium</i>	9
<i>fidaxomicin</i>	42	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>finasteride</i>	18	FOTIVDA	52
<i>ingolimod hydrochloride</i>	11	FRUZAQLA	52
FINTEPLA	45	<i>furosemide</i>	9
<i>finzala</i>	20	FUZEON	59

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>fyavolv</i>	20	GOMEKLI	52
FYCOMPA	45	<i>granisetron hydrochloride</i>	47
<i>gabapentin</i>	43	<i>griseofulvin microsize</i>	48
<i>galantamine hydrobromide</i>	3	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	48
<i>galantamine hydrobromide er</i>	3	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	12
<i>galbriela</i>	20	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	68
<i>gallifrey</i>	21	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	68
GAMMAGARD LIQUID	26	GVOKE KIT	68
GAMMAPLEX	26	GVOKE PFS	68
GARDASIL 9	28	HAEGARDA	25
<i>gatifloxacin</i>	31	<i>halobetasol propionate</i>	15
<i>gavilyte-c</i>	17	<i>haloette</i>	20
<i>gavilyte-g</i>	17	<i>haloperidol</i>	57
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	17	<i>haloperidol decanoate</i>	57
GAVRETO	52	<i>haloperidol lactate</i>	57
<i>gefitinib</i>	52	HAVRIX	28
<i>gemfibrozil</i>	8	<i>heather</i>	21
GEMTESA	18	<i>heparin sodium</i>	66
<i>generlac</i>	16	<i>heparin sodium/d5w</i>	66
<i>engraf</i>	27	HEPLISAV-B	28
GENOTROPIN	19	HIBERIX	28
GENOTROPIN MINIQUICK	18	HIZENTRA	26
<i>gentamicin sulfate</i>	31	HUMALOG	68
<i>gentamicin sulfate</i>	39	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	68
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	39	HUMALOG KWIKPEN	68
GENVOYA	60	HUMALOG MIX 50/50	68
GILOTRIF	52	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	68
<i>glatiramer acetate</i>	11	HUMALOG MIX 75/25	68
GLEOSTINE	49	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	68
<i>glimepiride</i>	66	HUMIRA	27
<i>glipizide</i>	67	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	27
<i>glipizide er</i>	66	HUMIRA PEN	27
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	67	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	27
GLUCAGEN HYPOKIT	68	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	27
GLUCAGON EMERGENCY KIT	68	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	27
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	68	HUMULIN 70/30	68
<i>glucose (dextrose) 50%</i>	63	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	68
<i>glucose (dextrose) 70%</i>	63	HUMULIN N	68
<i>glyburide</i>	67	HUMULIN N KWIKPEN	68
<i>glyburide micronized</i>	67	HUMULIN R	68
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	67	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	68
<i>glycopyrrolate</i>	17	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	68
<i>glydo</i>	39	<i>hydralazine hydrochloride</i>	10
GLYXAMBI	67		

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>hydrochlorothiazide</i>	9	<i>insulin aspart flexpen</i>	68
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	37	<i>insulin aspart penfill</i>	68
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	37	<i>insulin aspart protamine/insulin aspart</i>	68
<i>hydrocortisone</i>	10	INSULIN LISPRO	68
<i>hydrocortisone</i>	15	<i>insulin lispro junior kwikpen</i>	68
<i>hydrocortisone</i>	22	<i>insulin lispro kwikpen</i>	68
<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	22	<i>insulin lispro protamine/insulin lispro</i>	68
HYDROCORTISONE VALERATE	15	<i>kwikpen</i>	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	37	INTELENCE	61
<i>hydromorphone hcl</i>	38	INTRALIPID	36
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	56	<i>introvale</i>	20
<i>hydroxyurea</i>	50	INVEGA HAFYERA	58
<i>hydroxyzine hcl</i>	35	INVEGA SUSTENNA	58
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	35	INVEGA TRINZA	58
<i>hydroxyzine pamoate</i>	35	IPOL INACTIVATED IPV	28
IBRANCE	50	<i>ipratropium bromide</i>	35
IBRANCE	52	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	33
<i>ibu</i>	38	<i>irbesartan</i>	7
<i>ibuprofen</i>	38	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>icatibant acetate</i>	25	ISENTRESS	60
<i>iclevia</i>	20	ISENTRESS HD	60
ICLUSIG	52	<i>isoniazid</i>	47
<i>icosapent ethyl</i>	8	<i>isosorbide dinitrate</i>	9
IDHIFA	53	<i>isosorbide mononitrate</i>	9
ILEVRO	31	<i>isosorbide mononitrate er</i>	9
<i>imatinib mesylate</i>	53	<i>isotonic gentamicin</i>	39
IMBRUVICA	53	<i>isotretinoin</i>	14
<i>imipenem/cilastatin</i>	42	ITOVEBI	50
<i>imipramine hcl</i>	46	<i>itraconazole</i>	48
<i>imipramine hydrochloride</i>	46	<i>ivabradine hydrochloride</i>	6
<i>imiquimod</i>	14	<i>ivermectin</i>	56
IMKELDI	53	IWILFIN	50
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	28	IXCHIQ	28
IMPAVIDO	40	IXIARO	28
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	20	<i>jaimiess</i>	20
IMVEXXY STARTER PACK	20	JAKAFI	53
INCRELEX	19	<i>jantoven</i>	66
INCRUSE ELLIPTA	35	JANUMET	67
<i>indapamide</i>	9	JANUMET XR	67
<i>indomethacin</i>	38	JANUVIA	67
INFANRIX	28	JARDIANCE	9
INLYTA	53	JAYPIRCA	53
INQOVI	53	JENTADUETO	67
INREBIC	50	JENTADUETO XR	67
<i>insulin aspart</i>	68	<i>jinteli</i>	20

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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
JOURNAVX	38	KYPROLIS	51
JUBBONTI	10	<i>labetalol hydrochloride</i>	5
JULUCA	60	<i>lacosamide</i>	44
<i>junel 1.5/30</i>	20	<i>lactated ringers</i>	64
<i>junel 1/20</i>	20	<i>lactulose</i>	16
<i>junel fe 1.5/30</i>	20	LAGEVRIO	62
<i>junel fe 1/20</i>	20	<i>lamivudine</i>	61
<i>junel fe 24</i>	20	<i>lamivudine</i>	62
JYLAMVO	27	<i>lamivudine/zidovudine</i>	61
JYNARQUE	62	<i>lamotrigine</i>	45
JYNNEOS	28	<i>lamotrigine er</i>	45
KALETRA	59	<i>lamotrigine odt</i>	45
KALYDECO	33	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	45
<i>kariva</i>	20	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	45
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	64	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	45
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	64	<i>lanreotide acetate</i>	23
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%</i>	64	<i>lansoprazole</i>	17
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	64	LANTUS	68
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	64	LANTUS SOLOSTAR	68
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	64	<i>lapatinib ditosylate</i>	53
<i>kelnor 1/35</i>	20	<i>larin 1.5/30</i>	20
<i>kenalog-10</i>	22	<i>larin 1/20</i>	20
KERENDIA	7	<i>larin fe 1.5/30</i>	20
KESIMPTA	11	<i>larin fe 1/20</i>	20
<i>ketoconazole</i>	48	<i>latanoprost</i>	32
<i>ketorolac tromethamine</i>	31	LAZCLUZE	50
KINERET	24	<i>leflunomide</i>	27
KINRIX	28	<i>lenalidomide</i>	49
KISQALI	53	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	53
KISQALI FEMARA 200 DOSE	50	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	53
KISQALI FEMARA 400 DOSE	50	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	53
KISQALI FEMARA 600 DOSE	50	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	53
<i>klayesta</i>	48	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	53
<i>klor-con</i>	64	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	53
<i>klor-con 10</i>	64	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	53
<i>klor-con 8</i>	64	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	53
<i>klor-con m10</i>	64	<i>lessina</i>	20
<i>klor-con m15</i>	64	<i>letrozole</i>	51
<i>klor-con m20</i>	64	<i>leucovorin calcium</i>	50
<i>klor-con/ef</i>	64	LEUKERAN	49
KLOXXADO	32	<i>leuprolide acetate</i>	23
KOSELUGO	53	<i>levalbuterol</i>	36
<i>kourzeq</i>	13	<i>levalbuterol hcl</i>	35
<i>k-prime</i>	64	<i>levalbuterol hydrochloride</i>	36
KRAZATI	53	<i>levetiracetam</i>	45

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>levetiracetam er</i>	45	LOTEMAX	31
<i>levobunolol hcl</i>	30	<i>loteprednol etabonate</i>	31
<i>levocarnitine</i>	36	<i>lovastatin</i>	8
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	35	<i>loxapine</i>	57
<i>levofloxacin</i>	31	<i>lubiprostone</i>	16
<i>levofloxacin</i>	42	LUMAKRAS	54
<i>levofloxacin in d5w</i>	42	LUMIGAN	32
<i>levonest</i>	20	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	23
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	20	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	23
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	20	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	23
<i>levora 0.15/30-28</i>	20	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	23
<i>levo-t</i>	22	<i>lurasidone hydrochloride</i>	58
<i>levothyroxine sodium</i>	22	LYBALVI	58
<i>levoxyl</i>	22	LYNPARZA	54
LEXIVA	59	LYSODREN	50
<i>l-glutamine</i>	69	LYTGOBI	54
LIBERVANT	43	<i>magnesium sulfate</i>	64
<i>lidocaine</i>	39	<i>malathion</i>	16
<i>lidocaine hcl</i>	39	<i>maraviroc</i>	59
<i>lidocaine hcl jelly</i>	39	<i>marlissa</i>	20
<i>lidocaine hydrochloride</i>	39	MARPLAN	46
<i>lidocaine hydrochloride jelly</i>	39	MATULANE	49
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	13	<i>matzim la</i>	5
<i>lidocaine viscous</i>	13	MAVYRET	60
<i>lidocaine/prilocaine</i>	39	<i>meclizine hcl</i>	47
LILETTA	21	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	21
<i>linezolid</i>	40	<i>mefloquine hydrochloride</i>	56
LINZESS	16	<i>megestrol acetate</i>	21
<i>liothyronine sodium</i>	22	MEKINIST	54
<i>lisinopril</i>	9	MEKTOVI	54
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>meleya</i>	21
<i>lithium</i>	32	<i>meloxicam</i>	38
<i>lithium carbonate</i>	32	<i>memantine hcl titration pak</i>	3
<i>lithium carbonate er</i>	32	<i>memantine hydrochloride</i>	3
LIVTENCITY	59	<i>memantine hydrochloride er</i>	3
<i>lojaimiess</i>	20	<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	3
LOKELMA	62	MENACTRA	28
LONSURF	50	MENQUADFI	28
<i>loperamide hydrochloride</i>	16	MENVEO	28
<i>lopinavir/ritonavir</i>	59	<i>mercaptopurine</i>	50
<i>lorazepam</i>	39	<i>meropenem</i>	42
<i>lorazepam intensol</i>	39	<i>mesalamine</i>	10
LORBRENA	53	<i>mesalamine dr</i>	10
<i>losartan potassium</i>	7	<i>mesalamine er</i>	10
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>mesna</i>	51

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>metformin hydrochloride</i>	67	<i>mirtazapine</i>	45
<i>metformin hydrochloride er</i>	67	<i>mirtazapine odt</i>	45
<i>methadone hcl</i>	37	<i>misoprostol</i>	18
<i>methazolamide</i>	30	M-M-R II	28
<i>methenamine hippurate</i>	40	<i>modafinil</i>	13
<i>methenamine mandelate</i>	40	<i>moexipril hydrochloride</i>	9
<i>methimazole</i>	23	<i>molindone hydrochloride</i>	57
<i>methocarbamol</i>	69	<i>mometasone furoate</i>	16
<i>methotrexate</i>	28	<i>mometasone furoate</i>	35
<i>methotrexate sodium</i>	27	<i>montelukast sodium</i>	35
<i>methsuximide</i>	43	<i>morphine sulfate</i>	38
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	12	<i>morphine sulfate er</i>	37
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	12	MOUNJARO	67
<i>methylphenidate hydrochloride er (cd)</i>	12	MOVANTIK	16
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	12	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	42
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm)</i>	12	<i>hydrochloride</i>	
<i>methylprednisolone</i>	22	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	31
<i>methylprednisolone acetate</i>	22	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	42
<i>methylprednisolone dose pack</i>	22	MOZOBIL	66
<i>metoclopramide hcl</i>	17	MRESVIA	29
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	17	MULTAQ	8
<i>metolazone</i>	9	<i>mupirocin</i>	16
<i>metoprolol succinate er</i>	5	<i>mycophenolate mofetil</i>	28
<i>metoprolol tartrate</i>	5	<i>mycophenolic acid dr</i>	28
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	6	MYRBETRIQ	18
<i>metronidazole</i>	14	<i>nabumetone</i>	38
<i>metronidazole</i>	40	<i>nadolol</i>	5
<i>metronidazole vaginal</i>	40	<i>nafcillin sodium</i>	41
<i>metyrosine</i>	6	<i>naftifine hydrochloride</i>	48
<i>mexiletine hydrochloride</i>	8	<i>naloxone hcl</i>	32
<i>mibelas 24 fe</i>	20	<i>naloxone hydrochloride</i>	32
<i>micafungin</i>	48	<i>naltrexone hydrochloride</i>	32
<i>miconazole 3</i>	48	NAMZARIC	3
<i>microgestin 1.5/30</i>	20	<i>naproxen</i>	38
<i>microgestin 1/20</i>	20	<i>naproxen dr</i>	38
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	20	<i>naproxen sodium</i>	38
<i>microgestin fe 1/20</i>	20	<i>naratriptan hcl</i>	3
<i>midodrine hydrochloride</i>	7	NATACYN	31
MIEBO	30	<i>nateglinide</i>	67
<i>mifepristone</i>	23	NAYZILAM	45
<i>miglitol</i>	67	<i>nebivolol hydrochloride</i>	5
<i>minocycline hcl</i>	43	<i>necon 0.5/35-28</i>	20
<i>minocycline hydrochloride</i>	43	<i>nefazodone hydrochloride</i>	47
<i>minoxidil</i>	10	<i>neomycin sulfate</i>	39
<i>minzoya</i>	20	<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	30

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc</i>	30	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	68
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	30	NOVOLIN N	69
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	30	NOVOLIN N FLEXPEN	69
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	30	NOVOLIN R	69
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	37	NOVOLIN R FLEXPEN	69
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	30	NOVOLOG	69
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	37	NOVOLOG FLEXPEN	69
<i>neo-polycin</i>	30	NOVOLOG MIX 70/30	69
<i>neo-polycin hc</i>	30	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	69
NERLYNX	54	FLEXPEN	
NEULASTA	66	NOVOLOG PENFILL	69
NEULASTA ONPRO KIT	66	<i>np thyroid 120</i>	23
<i>nevirapine</i>	61	<i>np thyroid 15</i>	23
<i>nevirapine er</i>	61	<i>np thyroid 30</i>	23
NEXLETOL	8	<i>np thyroid 60</i>	23
NEXLIZET	8	<i>np thyroid 90</i>	23
NEXPLANON	21	NUBEQA	49
<i>niacin er</i>	8	NUEDEXTA	13
NICOTROL INHALER	32	NULOJIX	28
NICOTROL NS	32	NUPLAZID	58
<i>nifedipine er</i>	5	NURTEC	4
<i>nikki</i>	20	NUTRILIPID	36
<i>nilotinib hydrochloride</i>	54	NUVESSA	40
<i>nilutamide</i>	49	<i>nyamyc</i>	48
<i>nimodipine</i>	5	<i>nystatin</i>	48
NINLARO	54	<i>nystatin/triamcinolone</i>	14
<i>nitazoxanide</i>	56	<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	14
<i>nitisinone</i>	69	<i>nystop</i>	48
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	40	OCTAGAM	26
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	40	<i>octreotide acetate</i>	23
<i>nitroglycerin</i>	9	ODEFSEY	61
<i>nitroglycerin</i>	17	ODOMZO	54
<i>nitroglycerin transdermal</i>	9	OFEV	33
NIVA THYROID	23	<i>ofloxacin</i>	31
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	20	<i>ofloxacin</i>	37
<i>norethindrone acetate</i>	21	OGSIVEO	50
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	21	OJEMDA	50
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	21	OJJAARA	54
<i>nortrel 1/35</i>	21	<i>olanzapine</i>	58
<i>nortrel 7/7/7</i>	21	<i>olanzapine odt</i>	58
<i>nortriptyline hcl</i>	46	<i>olmesartan medoxomil</i>	7
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	46	<i>olmesartan</i>	7
NORVIR	59	<i>medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	
NOVOLIN 70/30	69	<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	7
		<i>olopatadine hydrochloride</i>	29

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>omega-3-acid ethyl esters</i>	8	ORSERDU	49
<i>omeprazole</i>	18	<i>oseltamivir phosphate</i>	60
<i>omeprazole dr</i>	18	OSPHENA	19
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT	36	OTEZLA	14
(GEN 5)		OTEZLA	24
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS	36	<i>oxacillin sodium</i>	42
(GEN 5)		<i>oxaprozin</i>	38
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	36	<i>oxcarbazepine</i>	44
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	36	<i>oxybutynin chloride</i>	18
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO	36	<i>oxybutynin chloride er</i>	18
GEN 5		<i>oxycodone hydrochloride</i>	38
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	36	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	38
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	36	OZEMPIC	67
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	36	<i>paclitaxel</i>	51
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	36	<i>paliperidone er</i>	58
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	36	PANRETIN	56
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	36	<i>pantoprazole sodium</i>	18
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	36	<i>paricalcitol</i>	10
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	36	<i>paroxetine hcl</i>	47
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	36	<i>paroxetine hydrochloride</i>	47
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	36	PAXLOVID	62
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	36	<i>pazopanib hydrochloride</i>	54
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	36	PEDIARIX	29
<i>ondansetron hcl</i>	47	PEDVAX HIB	29
<i>ondansetron hydrochloride</i>	47	<i>peg-3350/electrolytes</i>	17
<i>ondansetron odt</i>	47	<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	17
ONUREG	50	<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	17
OPDIVO	49	<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na</i>	17
OPIPZA	58	<i>ascorbate/ascorbic</i>	
<i>opium</i>	17	PEGASYS	25
<i>opium tincture</i>	17	PEGASYS	28
OPSUMIT	34	PEMAZYRE	54
OPVEE	32	PENBRAYA	29
<i>oralone dental paste</i>	13	<i>penicillamine</i>	62
ORENCIA	24	<i>penicillin g potassium</i>	42
ORENCIA CLICKJECT	24	PENICILLIN G SODIUM	42
ORENITRAM	34	<i>penicillin v potassium</i>	42
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	34	PENMENVY	29
1		PENTACEL	29
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	34	<i>pentamidine isethionate</i>	56
2		<i>pentoxifylline er</i>	7
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	34	<i>perampanel</i>	45
3		<i>perindopril erbumine</i>	9
ORGOVYX	23	<i>perio gard</i>	13
ORKAMBI	34	<i>permethrin</i>	16

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>perphenazine</i>	57	<i>praziquantel</i>	56
PERSERIS	58	<i>prazosin hydrochloride</i>	5
<i>phenelzine sulfate</i>	46	<i>prednisolone</i>	22
<i>phenobarbital</i>	43	<i>prednisolone acetate</i>	31
<i>phenytek</i>	44	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	22
<i>phenytoin</i>	44	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	31
<i>phenytoin sodium extended</i>	44	<i>prednisone</i>	22
PIFELTRO	61	<i>pregabalin</i>	43
<i>pilocarpine hcl</i>	30	PREHEVBRIO	29
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	14	PREMARIN	21
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	30	PREMASOL	64
<i>pimecrolimus</i>	16	<i>premium lidocaine</i>	39
<i>pimozide</i>	57	PREMPHASE	21
<i>pindolol</i>	5	<i>prenatal</i>	65
<i>pioglitazone hcl</i>	67	<i>prevalite</i>	8
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	67	PREVYMIS	59
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	67	PREZCOBIX	59
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	67	PREZISTA	59
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	42	PRIFTIN	47
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	54	<i>primaquine phosphate</i>	56
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	54	<i>primidone</i>	43
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	54	PRIORIX	29
<i>pirfenidone</i>	33	PRIVIGEN	26
<i>piroxicam</i>	38	PROAIR RESPICLICK	36
<i>pitavastatin calcium</i>	8	<i>probenecid</i>	10
PLEGRIDY	11	<i>probenecid/colchicine</i>	10
PLEGRIDY STARTER PACK	11	<i>prochlorperazine</i>	47
PLENAMINE	64	<i>prochlorperazine edisylate</i>	47
<i>plerixafor</i>	66	<i>prochlorperazine maleate</i>	47
<i>podofilox</i>	14	PROCRIPT	66
<i>polycin</i>	30	<i>procto-med hc</i>	10
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	30	<i>proctosol hc</i>	10
POMALYST	49	<i>proctozone-hc</i>	10
<i>portia-28</i>	21	<i>progesterone</i>	21
<i>posaconazole</i>	48	PROGRAF	28
<i>posaconazole dr</i>	48	PROLASTIN-C	69
<i>potassium chloride</i>	64	<i>promethazine hcl</i>	47
<i>potassium chloride er</i>	64	<i>promethazine hydrochloride</i>	47
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride</i>	64	<i>promethazine hydrochloride plain</i>	47
<i>potassium citrate er</i>	64	<i>propafenone hcl</i>	8
PRALUENT	8	<i>propafenone hydrochloride</i>	8
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	4	<i>propafenone hydrochloride er</i>	8
<i>prasugrel hydrochloride</i>	65	<i>propranolol hcl</i>	5
<i>pravastatin sodium</i>	8	<i>propranolol hydrochloride</i>	5
		<i>propranolol hydrochloride er</i>	5

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>propylthiouracil</i>	23	REXULTI	58
PROQUAD	29	REYATAZ	59
PROSOL	65	REZDIFFRA	23
<i>protriptyline hcl</i>	46	REZLIDHIA	54
PULMOZYME	34	REZUROCK	28
<i>pyrazinamide</i>	47	RHOPRESSA	30
<i>pyridostigmine bromide</i>	4	<i>ribavirin</i>	60
<i>pyridostigmine bromide er</i>	4	<i>rifabutin</i>	47
<i>pyrimethamine</i>	56	<i>rifampin</i>	48
QINLOCK	54	<i>riluzole</i>	13
QUADRACEL	29	<i>rimantadine hydrochloride</i>	60
<i>quetiapine fumarate</i>	58	RINVOQ	24
<i>quinapril hydrochloride</i>	9	RINVOQ LQ	24
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	7	<i>risedronate sodium</i>	11
<i>quinidine sulfate</i>	8	<i>risedronate sodium dr</i>	11
<i>quinine sulfate</i>	56	<i>risperidone</i>	58
QULIPTA	4	<i>risperidone er</i>	58
QVAR REDIHALER	35	<i>risperidone odt</i>	58
RABAVERT	29	<i>ritonavir</i>	59
<i>rabeprazole sodium</i>	18	<i>rivaroxaban</i>	66
RADICAVA ORS	13	<i>rivastigmine tartrate</i>	3
RADICAVA ORS STARTER KIT	13	<i>rivastigmine transdermal system</i>	3
RALDESY	47	<i>rizatriptan benzoate</i>	3
<i>raloxifene hydrochloride</i>	19	<i>rizatriptan benzoate odt</i>	3
<i>ramelteon</i>	13	ROCKLATAN	31
<i>ramipril</i>	9	<i>roflumilast</i>	36
<i>ranolazine er</i>	7	ROMVIMZA	54
<i>rasagiline mesylate</i>	4	<i>ropinirole er</i>	4
RAYALDEE	11	<i>ropinirole hcl</i>	4
REBIF	11	<i>ropinirole hydrochloride</i>	4
REBIF REBIDOSE	11	<i>rosuvastatin calcium</i>	8
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	11	<i>rosyrah</i>	21
REBIF TITRATION PACK	11	ROTARIX	29
RECOMBIVAX HB	29	ROTATEQ	29
RELENZA DISKHALER	60	<i>roweepra</i>	45
<i>repaglinide</i>	67	ROZLYTREK	54
REPATHA	9	RUBRACA	54
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	9	<i>rufinamide</i>	44
REPATHA SURECLICK	9	RUKOBIA	59
RESTASIS	31	RYBELSUS	67
RESTASIS MULTIDOSE	31	RYDAPT	55
RETACRIT	66	<i>salsalate</i>	38
RETEVMO	54	SANTYL	14
REVCIVI	69	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	69
REVUFORJ	51	SAVELLA	11

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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
SAVELLA TITRATION PACK	11	<i>spironolactone</i>	7
<i>saxagliptin hydrochloride</i>	67	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	7
SCEMBLIX	55	SPRITAM	45
<i>scopolamine</i>	47	<i>sps</i>	62
SECUADO	58	<i>ssd</i>	14
<i>selegiline hcl</i>	4	STAMARIL	29
<i>selenium sulfide</i>	16	STELARA	25
SELZENTRY	59	STEQEYMA	25
SEREVENT DISKUS	36	<i>sterile water for irrigation</i>	37
<i>sertraline hcl</i>	47	STIOLTO RESPIMAT	33
<i>sertraline hydrochloride</i>	47	STIVARGA	55
<i>sevelamer carbonate</i>	62	<i>streptomycin sulfate</i>	39
<i>sf 5000 plus</i>	14	STRIBILD	60
<i>sharobel</i>	21	STRIVERDI RESPIMAT	36
SHINGRIX	29	<i>subvenite</i>	45
SIGNIFOR	23	<i>subvenite starter kit/blue</i>	45
<i>sildenafil citrate</i>	34	<i>subvenite starter kit/green</i>	45
<i>silver sulfadiazine</i>	14	<i>subvenite starter kit/orange</i>	45
SIMBRINZA	31	<i>sucrafate</i>	18
<i>simvastatin</i>	8	<i>sulfacetamide sodium</i>	31
<i>sirolimus</i>	28	<i>sulfacetamide sodium</i>	42
SIRTURO	48	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	31
SKYRIZI	24	<i>phosphate</i>	
SKYRIZI PEN	24	<i>sulfadiazine</i>	42
<i>sodium chloride</i>	65	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	42
<i>sodium chloride 0.45%</i>	65	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	42
<i>sodium chloride 0.9%</i>	36	SULFAMYLON	16
<i>sodium fluoride</i>	14	<i>sulfasalazine</i>	10
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	14	<i>sulindac</i>	39
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	14	<i>sumatriptan</i>	3
SODIUM OXYBATE	13	<i>sumatriptan succinate</i>	3
<i>sodium phenylbutyrate</i>	69	<i>sumatriptan succinate refill</i>	3
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	62	<i>sunitinib malate</i>	55
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium</i>	17	SUNLENCA	59
<i>sulfate</i>		SYMLINPEN 120	67
<i>solifenacin succinate</i>	18	SYMLINPEN 60	67
SOLTAMOX	50	SYMPAZAN	43
SOMATULINE DEPOT	23	SYMTUZA	59
SOMAVERT	23	SYNAREL	24
<i>sorafenib</i>	55	SYNJARDY	67
<i>sorafenib tosylate</i>	55	SYNJARDY XR	67
<i>sotalol hcl</i>	8	SYNTHROID	23
<i>sotalol hydrochloride</i>	8	TABLOID	50
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	8	TABRECTA	55
SPIRIVA RESPIMAT	35	<i>tacrolimus</i>	16

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>tacrolimus</i>	28	<i>tiagabine hydrochloride</i>	43
<i>tadalafil</i>	18	TIBSOVO	55
<i>tadalafil</i>	34	<i>ticagrelor</i>	65
TAFINLAR	55	TICOVAC	29
TAGRISSO	55	<i>tigecycline</i>	40
TALZENNA	55	<i>timolol hemihydrate</i>	30
<i>tamoxifen citrate</i>	50	<i>timolol maleate</i>	4
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	18	<i>timolol maleate</i>	30
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	21	<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	30
<i>tasimelteon</i>	13	<i>tinidazole</i>	40
TAVNEOS	25	<i>tiopronin dr</i>	18
<i>tazarotene</i>	14	TIVICAY	60
<i>tazicef</i>	41	TIVICAY PD	60
<i>taztia xt</i>	5	<i>tizanidine hcl</i>	3
TAZVERIK	55	<i>tizanidine hydrochloride</i>	3
<i>tdvax</i>	29	TOBI PODHALER	34
TEFLARO	41	TOBRADEX ST	31
<i>telmisartan</i>	7	<i>tobramycin</i>	31
<i>telmisartan/amlodipine</i>	7	<i>tobramycin sulfate</i>	39
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	7	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	31
<i>temazepam</i>	13	<i>tolterodine tartrate</i>	18
TENIVAC	29	<i>tolterodine tartrate er</i>	18
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	61	<i>topiramate</i>	45
TEPMETKO	55	<i>toremifene citrate</i>	50
<i>terazosin hcl</i>	18	<i>torse mide</i>	9
<i>terazosin hydrochloride</i>	18	TOUJEO MAX SOLOSTAR	69
<i>terbinafine hcl</i>	48	TOUJEO SOLOSTAR	69
<i>terconazole</i>	48	TRADJENTA	67
<i>teriflunomide</i>	11	<i>tramadol hydrochloride</i>	38
<i>teriparatide</i>	11	<i>tramadol hydrochloride er</i>	37
<i>testosterone</i>	19	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	38
<i>testosterone cypionate</i>	19	<i>trandolapril</i>	9
<i>testosterone enanthate</i>	19	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	7
<i>testosterone pump</i>	19	<i>tranexamic acid</i>	65
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT	29	<i>tranylcypromine sulfate</i>	46
<i>tetrabenazine</i>	13	TRAVASOL	65
<i>tetracycline hydrochloride</i>	43	<i>travoprost</i>	32
THALOMID	49	<i>trazodone hydrochloride</i>	47
<i>theophylline</i>	36	TRECTOR	48
<i>theophylline er</i>	36	TRELEGY ELLIPTA	33
<i>thioridazine hydrochloride</i>	57	TRESIBA	69
<i>thiothixene</i>	57	TRESIBA FLEXTOUCH	69
THYROID	23	<i>tretinoin</i>	15
<i>tiadylt er</i>	5	<i>tretinoin</i>	56
		<i>triamcinolone acetanide</i>	16

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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>triamcinolone acetonide</i>	22	VALTOCO 15 MG DOSE	44
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	14	VALTOCO 20 MG DOSE	44
<i>triamterene</i>	9	VALTOCO 5 MG DOSE	44
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	7	<i>valtya 1/50</i>	21
<i>trientine hydrochloride</i>	62	<i>vancomycin</i>	40
<i>trifluoperazine hcl</i>	57	<i>vancomycin hcl</i>	40
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	57	<i>vancomycin hydrochloride</i>	40
<i>trifluridine</i>	31	VANFLYTA	55
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	4	VAQTA	29
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	4	<i>varenicline starting month</i>	32
TRIKAFTA	34	<i>varenicline tartrate</i>	32
<i>trimethoprim</i>	40	VARIVAX	29
<i>trimipramine maleate</i>	46	VAXCHORA	29
TRINTELLIX	47	<i>velivet</i>	21
<i>tri-sprintec</i>	21	VELPHORO	62
TRIUMEQ	61	VEMLIDY	62
TRIUMEQ PD	61	VENCLEXTA	55
<i>trivora-28</i>	21	VENCLEXTA STARTING PACK	55
TROPHAMINE	65	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	47
<i>tropium chloride</i>	18	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	47
TRULICITY	67	VENTAVIS	34
TRUMENBA	29	VEOZAH	13
TRUQAP	55	<i>verapamil hcl</i>	5
TUKYSA	55	<i>verapamil hcl er</i>	5
TURALIO	55	<i>verapamil hcl sr</i>	5
<i>turqoz</i>	21	<i>verapamil hydrochloride</i>	6
TWINRIX	29	<i>verapamil hydrochloride er</i>	5
TYBOST	59	VERQUVO	10
TYENNE	25	VERSACLOZ	57
TYPHIM VI	29	VERZENIO	55
TYRVAYA	32	<i>vigabatrin</i>	44
UBRELVY	4	VIGAFYDE	44
UDENYCA	66	<i>vigpoder</i>	44
UDENYCA ONBODY	66	<i>vilazodone hydrochloride</i>	47
<i>unithroid</i>	23	VIMKUNYA	29
<i>ursodiol</i>	17	VIRACEPT	59
<i>ustekinumab</i>	25	VIREAD	61
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	60	VITRAKVI	55
VALCHLOR	49	VIVITROL	32
<i>valganciclovir</i>	59	VIVOTIF	29
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	59	VIZIMPRO	56
<i>valproic acid</i>	45	VONJO	51
<i>valsartan</i>	7	VOQUEZNA	17
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	7	VOQUEZNA DUAL PAK	40
VALTOCO 10 MG DOSE	44	VOQUEZNA TRIPLE PAK	40

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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
VORANIGO	51	ZELBORAF	56
<i>voriconazole</i>	48	ZENATANE	15
VOSEVI	60	ZENPEP	70
VOWST	17	ZEPOSIA	11
VRAYLAR	58	ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	11
VUMERITY	11	<i>zidovudine</i>	61
<i>vyfemla</i>	21	<i>ziprasidone hcl</i>	58
VYZULTA	32	<i>ziprasidone mesylate</i>	58
<i>warfarin sodium</i>	66	ZIRGAN	31
WELIREG	69	<i>zoledronic acid</i>	11
WINREVAIR	34	ZOLINZA	51
<i>wixela inhub</i>	33	<i>zolpidem tartrate</i>	13
WYOST	11	ZONISADE	44
XALKORI	56	<i>zonisamide</i>	44
XARAH FE	21	ZOSYN	42
XARELTO	66	<i>zovia 1/35</i>	21
XARELTO STARTER PACK	66	ZTALMY	44
XATMEP	28	ZURZUVAE	45
XCOPRI	44	ZYDELIG	56
XDEMVY	31	ZYKADIA	56
XELJANZ	25	ZYPREXA RELPREVV	58
XELJANZ XR	25		
<i>xelria fe</i>	21		
XERMELO	16		
XIFAXAN	17		
XIGDUO XR	67		
XIIDRA	31		
XOFLUZA	60		
XOLAIR	25		
XOSPATA	56		
XPOVIO	56		
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	56		
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	56		
XTANDI	49		
<i>xulane</i>	21		
YERVOY	49		
YESINTEK	25		
YF-VAX	29		
YONSA	49		
<i>yuvafem</i>	21		
<i>zafemy</i>	21		
<i>zafirlukast</i>	35		
<i>zaleplon</i>	13		
ZARXIO	66		
ZEJULA	56		

ID de formulario: 26455, Versión: 5, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services



a Point32Health company

English ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-855-393-3154 (TTY: 711), seven days a week from 8 a.m. to 8 p.m., or speak to your provider.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., o hable con su proveedor.

中文 (Simplified Chinese) 注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-855-393-3154（文本电话：711，每天早上 8 点到晚上 8 点，或咨询您的服务提供商。

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-855-393-3154 (TTY: 711), sept jours sur sept, de 8 a.m. à 8 p.m., ou parlez à votre fournisseur.

Việt (Vietnamese) LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-855-393-3154 (Người khuyết tật: 711), bảy ngày trong tuần từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-855-393-3154 (TTY: 711), Sieben Tage die Woche von 8 bis 20 Uhr., an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Japanese 注：他の言語をお話しになる場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。また、適切な補助サポートおよびサービスをアクセス可能な形式の情報として無料でお届けしております。1-855-393-3154(TTY: 711)(年中無休、午前 8 時～午後 8 時)にお電話いただくか、ご利用のプロバイダにお知らせください。

한국어 (Korean) 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-855-393-3154 (TTY: 711), 주 7 일 오전 8 시부터 오후 8 시까지, 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-855-393-3154 (TTY: 711), семь дней в неделю с 8 a.m. до 8 p.m., или обратитесь к своему поставщику услуг.

(Arabic) تنبيه: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فستكون هناك خدمات مساعدة لغوية مجانية متاحة لك. كما تتوفر أيضاً مساعدات وخدمات مساعدة مناسبة لتقديم المعلومات بتنسيقات يسهل الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم 1-855-393-3154 (رقم الهاتف النصي: 711)، على مدار الأسبوع من الساعة 8 صباحاً حتى الساعة 8 مساءً، أو تحدث إلى موفر الخدمة الذي تتعامل معه.

हिंदी (Hindi) न दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-393-3154 (TTY: 711), सप्ताह के सातों दिन, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक।, पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Italiano (Italian) ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-855-393-3154 (tty: 711), sette giorni su sette dalle 8.00 alle 20.00., o parla con il tuo fornitore.

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala Português, estão disponíveis para si serviços gratuitos de assistência linguística. Estão também disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-855-393-3154 (TTY - Dispositivo das telecomunicações para surdos: 711), sete dias por semana, das 8h às 20h., ou fale com o seu prestador.

POLSKI (Polish) UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-855-393-3154 (TTY: 711), siedem dni w tygodniu, od 8:00 do 20:00., lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

ភាសាខ្មែរ (Cambodian) ចូរចាប់អារម្មណ៍: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរទៀត សេវាជំនួយខាងភាសាដោយឥតគិតថ្លៃមានសម្រាប់អ្នក។ សេវា និងជំនួយសមស្របក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចប្រើប្រាស់បានក៏មានដោយមិនគិតថ្លៃផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-393-3154 (TTY: 711), បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-855-393-3154 (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services



a Point2Health company

βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές.
Καλέστε το 1-855-393-3154 (TTY: 711), Επτά ημέρες την εβδομάδα, από τις 8:00 π.μ. έως τις 8:00 μ.μ., ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

ગુજરાતી (Gujarati) ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા છો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-855-393-3154 (TTY: 711), સપ્તાહના સાતેય દિવસ સવારે 8 વાગ્યાથી રાત્રિના 8 વાગ્યા સુધી, પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Tagalog PAUNAWA: Kung ikaw ay nagsasalita ng ibang lenggwahe, ang libreng tulong sa wika ay maari mong magamit. Ang naaangkop na mga pantulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon na naa-access na pormat ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-393-3154 (TTY: 711), pitong araw sa isang linggo mula 8:00 ng umaga hanggang 8:00 ng gabi o maaring makipag usap sa provider.

ລາວ(Laos) ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-855-393-3154 (TTY: 711), 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດແຕ່ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ., ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

2026

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. Ten en cuenta lo siguiente: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite TuftsHealthOneCare.org.

Vigencia: 10/01/2025



a **Point32Health** company