



a Point32Health company

Tufts Health Plan Senior Care Options (HMO-SNP)

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

Lista de Medicamentos Cubiertos (formulario) 2024

Tufts Health Plan Senior Care Options

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

24521 Versión 7

Este formulario se actualizó el 1 de febrero de 2024.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de Part D. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Part D sin costo alguno para usted.

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

Tufts Health Plan Senior Care Options (HMO-SNP) Tufts Health Plan Senior Care Options CW (HMO-SNP) *Lista de Medicamentos Cubiertos (formulario) 2024*

Introducción

Este documento se llama *Lista de Medicamentos Cubiertos* (que también se conoce como Lista de Medicamentos). Indica qué medicamentos recetados están cubiertos por Tufts Health Plan Senior Care Options. La Lista de Medicamentos también indica si hay reglas especiales o restricciones en los medicamentos cubiertos por Tufts Health Plan Senior Care Options.

Nuestra información de contacto, junto con la fecha más reciente de actualización de la Lista de Medicamentos, aparece en la portada y la contraportada. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo de la *Evidencia de Cobertura*.



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

Tabla de contenido

A. Avisos legales	iii
B. Preguntas frecuentes (FAQ por sus siglas en inglés)	vii
B1. ¿Qué medicamentos recetados figuran en la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> ? (Abreviamos la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> como la “Lista de Medicamentos”).	vii
B2. ¿Cambia alguna vez la Lista de Medicamentos?	viii
B3. ¿Qué sucede si hay un cambio en la Lista de Medicamentos?	ix
B4. ¿Hay restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o se deben tomar medidas para obtener determinados medicamentos?	x
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si hay medidas que debo tomar para recibirlo?	x
B6. ¿Qué sucede si Tufts Health Plan Senior Care Options cambia sus reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, restricciones de autorización previa, cantidad límite o terapia escalonada)?	xi
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la lista?	xi
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la lista?.....	xi
B9. ¿Qué pasa si soy un miembro nuevo de Tufts Health Plan Senior Care Options y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de Medicamentos o tengo un problema para conseguirlo? ...	xii
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?	xiii
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?.....	xiii
B12. ¿Cuánto se tarda en conseguir una excepción?	xiii
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	xiii
B14. ¿Qué son los medicamentos OTC?.....	xiv
B15. ¿Tufts Health Plan Senior Care Options cubre los productos OTC que no son medicamentos?	xiv
B16. ¿Tufts Health Plan Senior Care Options cubre suministros prolongados de medicamentos de venta con receta?	xiv
B17. ¿Mi farmacia local puede enviar a mi casa los productos de mi receta?	xv
B18. ¿Cuál es mi copago?.....	xv
C. Descripción general de la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i>	xvi
C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento	xvi
C2. Cobertura adicional	xvii
D.Índice de medicamentos cubiertos	66

A. Avisos legales

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

- Tufts Health Plan Senior Care Options es un plan de Organización de Mantenimiento de la Salud-Plan de Necesidades Especiales (HMO-SNP por sus siglas en inglés) con un contrato con Medicare. La inscripción en Tufts Health Plan Senior Care Options depende de la renovación del contrato.
- El HMO-SNP está disponible para cualquier persona que tenga tanto MassHealth Standard (Medicaid) como Medicare Part A y Part B. El SCO está disponible para personas que tengan MassHealth Standard únicamente. Usted no es elegible para inscribirse en Tufts Health Plan Senior Care Options si ya está inscrito en cualquier otro plan de seguro médico, con la excepción de Medicare. Puede haber otros requisitos y restricciones de elegibilidad.
- Tufts Health Plan Senior Care Options es un programa voluntario de MassHealth (Medicaid) en asociación con la Executive Office of Health and Human Services (EOHHS) y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés).
- Tufts Health Plan Senior Care Options cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo (incluso embarazo, orientación sexual e identidad de género).
- Puede consultar en cualquier momento la versión más actualizada de la *Lista de Medicamentos Cubiertos* de Tufts Health Plan Senior Care Options en línea en www.thmp.org/sco-member o llamando al número que aparece en el pie de página de este documento.
- Puede obtener este documento en forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al número que aparece en el pie de página de este documento. La llamada es gratis.
- Este documento está disponible gratis en español.
- ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al número que aparece en el pie de página de este documento. La llamada es gratis.
- ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-670-5934 (TTY: 711).
- Su solicitud de este documento en un formato o idioma accesible se aplicará de manera permanente, a menos que solicite lo contrario.

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



Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

Korean: 번역 서비스가 필요하신 분들에게 건강 플랜 또는 약품 플랜에 대한 문의에 답변을 드리기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 또한 한국어, 점자, 큰 활자 또는 기타 대체

형식으로 정보를 제공할 수 있습니다.

1-855-670-5934 번으로 전화해 주십시오. 한국어를 구사하는 사람이 도와드릴 수 있습니다. 통역은 무료 서비스입니다.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

Khmer: យើងមានសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលត្រូវការសេវាកម្មបកប្រែ ដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានទាក់ទងនឹងគម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ យើងក៏អាចផ្តល់ជូនអ្នកនូវព័ត៌មានជាភាសាខ្មែរ អក្សរសម្រាប់ជនពិការផ្នែក អក្សរពុម្ពធំ ឬជាទម្រង់ដទៃផ្សេងទៀតបានផងដែរ។ គ្រាន់តែហៅទូរសព្ទមកយើងតាមលេខ 1-855-670-5934 ។ អ្នកដែលនិយាយភាសា ខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Laotian: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາພຣີທີ່ມີໃຫ້ສໍາລັບຜູ້ທີ່ຕ້ອງການການບໍລິການການແປພາສາ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ພວກເຮົາຍັງສາມາດໃຫ້ທ່ານແບ້ນຂໍ້ມູນໃນພາສາລາວ, ຕົວໜັງສືພູນ, ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນໆ. ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-855-670-5934. ຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການພຣີ.

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

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

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

Los medicamentos que aparecen en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* que comienza en la página 1 son los que cubre Tufts Health Plan Senior Care Options. Los medicamentos están disponibles en farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia estará en nuestra red si tenemos un contrato con ella para que trabaje con nosotros y le preste servicios. Designamos a estas farmacias como “farmacias de la red”. Los medicamentos recetados incluidos en esta Lista de Medicamentos Cubiertos cuentan con la cobertura de Tufts Health Plan Senior Care Options.

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

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

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

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



B2. ¿Cambia alguna vez la Lista de Medicamentos?

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

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

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

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

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

- aparezca en el mercado un medicamento nuevo y más barato que funcione tan bien como el que figura ahora en la Lista de Medicamentos, o
- nos enteramos de que un medicamento no es seguro, o
- se retiró un medicamento del mercado.

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

- Puede consultar en cualquier momento la versión más actualizada de la Lista de Medicamentos de Tufts Health Plan Senior Care Options en línea en www.thmp.org/sco-member.
- También puede llamar a Servicios para Miembros al número que aparece en el pie de página de este documento para consultar la Lista de Medicamentos actual.

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

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

- **Un nuevo medicamento genérico sale al mercado.** A veces, aparece en el mercado un nuevo medicamento genérico que funciona tan bien como el de marca que figura ahora en la Lista de Medicamentos. Cuando esto ocurra, es posible que retiremos el medicamento de marca y agreguemos el nuevo medicamento genérico, pero el costo del nuevo medicamento seguirá siendo de \$0 con las mismas restricciones o menos. Cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas de cobertura o límites.
 - Tal vez no le avisemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hagamos una vez que esto suceda.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción de estos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede tomar para solicitar una excepción. Consulte las preguntas de la B10 a la B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retiró un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) indica que un medicamento que usted está tomando no es seguro o el fabricante lo retira del mercado, lo sacaremos de la Lista de Medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, se lo informaremos. Luego puede conversar con su médico u otro prescriptor. Ellos pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de Medicamentos que usted pueda tomar.

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

- la FDA entrega nuevas pautas o si hay nuevas pautas clínicas con respecto a un medicamento;
- añadimos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, **y**
 - reemplazamos un medicamento de marca que está actualmente en la Lista de Medicamentos, **o**
 - cambiamos las reglas de cobertura o límites del medicamento de marca.

Cuando estos cambios ocurran, haremos lo siguiente:

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

Esto le dará tiempo para conversar con el médico u otro prescriptor. Pueden ayudarlo a decidir lo siguiente:

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

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



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

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

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

Para saber si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte las tablas que figuran desde la página 1. También puede visitar nuestro sitio web en www.thpmp.org/sco-member para obtener más información. Hemos publicado en línea un documento que explica nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitarnos que le enviemos una copia.

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

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

La tabla en la Lista de Medicamentos por tipo de medicamento en la página 1 tiene una columna titulada "Medidas necesarias, restricciones o límites de uso".

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

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

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

Hay dos formas de encontrar un medicamento:

- puede buscar alfabéticamente o
- puede buscar por tipo de medicamento.

Para buscar **alfabéticamente**, ubique su medicamento en la sección Índice de medicamentos cubiertos. La sección está en la página 66. El Índice de medicamentos cubiertos es una lista alfabética de todos los medicamentos que se incluyen en la Lista de Medicamentos. En el índice aparecen los medicamentos de marca y los genéricos.

Para buscar **por tipo de medicamento**, vaya a la sección “Lista de medicamentos por tipo de medicamento” en la página 1. Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para las jaquecas, debe buscar en la categoría “Antijaquecosos”. Ahí es donde encontrará los medicamentos que tratan las jaquecas.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Como miembro actual, si lo ingresan o le dan el alta de un centro de cuidados a largo plazo y se cambia su medicamento en forma no planificada, puede solicitar que aprobemos una renovación temporal única del medicamento no cubierto para que tenga tiempo de analizar un plan de transición con el médico. Su médico también puede solicitar una excepción a la cobertura del medicamento no cubierto según la revisión de la necesidad médica siguiendo el proceso estándar de excepción descrito anteriormente. El “primer surtido” temporal será, por lo general, un suministro de hasta 31 días, pero se podría extender para darles tiempo a usted y a su médico para administrar las complejidades de múltiples medicamentos o cuando las circunstancias especiales lo justifiquen. Llame al departamento de Servicios para Miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options para solicitar un surtido temporal de la receta.

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

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

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

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

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llame a Servicios para Miembros. Un representante de Servicios para Miembros trabajará con usted y su proveedor para ayudarle a solicitar una excepción. También puede leer el Capítulo 8 de la *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto se tarda en conseguir una excepción?

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

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

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están compuestos por los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos que el medicamento de marca y no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos son autorizados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

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

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



B14. ¿Qué son los medicamentos OTC?

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

Puede leer la Lista de Medicamentos de Venta Libre de MassHealth Standard (Medicaid) para conocer qué medicamentos OTC tienen cobertura.

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

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

B15. ¿Tufts Health Plan Senior Care Options cubre los productos OTC que no son medicamentos?

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

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

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

B16. ¿Tufts Health Plan Senior Care Options cubre suministros prolongados de medicamentos de venta con receta?

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

B17. ¿Mi farmacia local puede enviar a mi casa los productos de mi receta?

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

B18. ¿Cuál es mi copago?

Los miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options no tienen copagos para medicamentos recetados y OTC, así como productos que no son medicamentos siempre y cuando los miembros sigan las reglas del plan. Consulte las preguntas B14 y B15 para obtener más información sobre los medicamentos de venta libre y los productos que no son medicamentos.

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

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

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

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

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



C. Descripción general de la *Lista de Medicamentos Cubiertos*

La *Lista de Medicamentos Cubiertos* le ofrece información sobre los medicamentos que cubre Tufts Health Plan Senior Care Options. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 66. El índice indica en orden alfabético todos los medicamentos que cubre Tufts Health Plan Senior Care Options.

C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento

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

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

PA BvD: Se requiere autorización previa (PA por sus siglas en inglés) de Medicare Part B o Part D

Estos medicamentos requieren una autorización previa para determinar la cobertura adecuada según Medicare Part B o Part D.

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

Debido a posibles inquietudes sobre la seguridad y uso, Tufts Health Plan Senior Care Options ha establecido limitaciones de surtido en una cantidad pequeña de medicamentos recetados. Esto significa que la farmacia solo surtirá cierta cantidad de un medicamento en un período específico. Estas cantidades se basan en estándares reconocidos de atención, como las recomendaciones de uso de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

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

Este medicamento recetado está cubierto según nuestro beneficio médico.

PA: Se requiere autorización previa

El proceso de autorización previa fomenta que se receten en forma racional los medicamentos que impliquen inquietudes importantes financieras o de seguridad. Un proveedor puede presentar una solicitud de cobertura según la necesidad médica de un miembro por un medicamento en especial.

PA NSO: Se requiere autorización previa solo para nuevos ingresos (NSO por sus siglas en inglés)

La restricción de autorización previa solo se aplica si es un miembro nuevo o si ha tomado este medicamento antes.

Esta sección continúa en la página siguiente

STPA: Se aplica una autorización previa de terapia escalonada (ST por sus siglas en inglés)

La terapia escalonada es una forma automática de autorización previa que utiliza los antecedentes de reclamaciones para la aprobación de un medicamento en el punto de venta. Los programas de terapia escalonada fomentan el uso clínicamente demostrado de terapias de primera línea y están diseñados para garantizar que se usen primero los agentes más económicos y adecuados para la terapia antes de que se puedan cubrir otros tratamientos.

Los miembros que toman actualmente medicamentos que cumplen los criterios iniciales para una terapia escalonada podrán surtir de forma automática sus recetas de medicamentos escalonados. Si el miembro no cumple los criterios iniciales para una terapia escalonada, se rechazará la receta en el punto de venta con un mensaje que indicará que se requiere una autorización previa (PA). Los médicos pueden presentar solicitudes de autorización previa a Tufts Health Plan Senior Care Options para los miembros que no cumplen los criterios de terapia escalonada en el punto de venta según el proceso de revisión médica.

NEDS: Medicamento con suministro para una cantidad no extensible de días (NEDS por sus siglas en inglés)

En un esfuerzo por contener los costos de medicamentos, se limitarán ciertos medicamentos de alto costo a un suministro de hasta 30 días por surtido.

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

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

Farmacia especializada Optum: 1-844-265-1705

C2. Cobertura adicional**Suministros para pruebas de diabetes**

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

- Tiras reactivas OneTouch
- Medidores OneTouch (cantidad límite: 1 medidor por 180 días)
- Sistemas de monitoreo continuo de glucosa FreeStyle Libre y Dexcom (se requiere autorización previa)

Esta sección continúa en la página siguiente

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



Vacunas de Part B

Algunas vacunas están cubiertas por los beneficios médicos del plan y pueden obtenerse en las farmacias minoristas participantes. Las vacunas cubiertas por Part B incluyen:

- Vacunas contra la COVID-19
- Vacunas contra la gripe
- Vacunas contra la neumonía (por ejemplo, Pneumovax 23 y Prevnar 13)

Medicamentos orales contra el cáncer de Part B

Algunos medicamentos orales contra el cáncer están cubiertos por los beneficios médicos del plan y pueden obtenerse en las farmacias minoristas participantes. Los medicamentos orales contra el cáncer cubiertos por Part B incluyen:

- Tabletas de Alkeran
- Tabletas de capecitabina
- Cápsulas de etopósido
- Cápsulas de Hycamtin
- Tabletas de melfalán
- Tabletas de Myleran
- Cápsulas de temozolomida

Medicamentos para tratar la obesidad

Ciertos medicamentos para tratar la obesidad están cubiertos por Masshealth (requiere autorización previa). Para conocer la cobertura de medicamentos y los criterios de autorización previa, consulte la lista de medicamentos de Masshealth en <https://mhdl.pharmacy.services.conduent.com/MHDL/>

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

D. Índice de medicamentos cubiertos

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

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



Tabla de Contenidos

Agentes antiinfecciosos.....	2
Agentes antineoplásicos	9
Agentes de piel y membranas mucosas.....	15
Agentes del sistema nervioso central	15
Agentes del tracto respiratorio	26
Agentes para la piel y las membranas mucosas	28
Agentes terapéuticos variados.....	28
Agentes terapéuticos varios.....	30
Anestésicos locales	33
Antagonistas de metales pesados.....	33
Antihistamínicos	34
Antitoxinas, inmunoglobulinas, toxoides y vacunas	34
Blood Formation,Coagulation & Thrombosis	36
Componentes dorados	37
Enzimas	37
Equilibrio de agua, electrolítico y calórico	37
Hormonas y sustitutos sintéticos.....	41
Hormones and Synthetic Substitutes	47
Medicamentos autónomos.....	48
Medicamentos cardiovasculares	50
Medicamentos gastrointestinales	54
Preparaciones para ojos, oídos, nariz y garganta	56
Recursos	59
Relajantes musculares suaves	60
Skin and Mucous Membrane Preparations	60
Vitamina	64
Vitaminas	64

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antiinfecciosos		
Antibacterianos		
<i>amikacin sulfate inj 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	1	HI
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	1	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	1	
<i>amoxicillin chew 125mg, 250mg</i>	1	
<i>amoxicillin caps, susr, tabs</i>	1	
<i>ampicillin sodium inj</i>	1	HI
<i>ampicillin-sulbactam inj 10gm; 5gm, 1gm; 0.5gm</i>	1	HI
<i>ampicillin/sulbactam inj 2gm; 1gm</i>	1	HI
<i>ampicillin caps 500mg</i>	1	
ARIKAYCE	1	PA; NEDS
AUGMENTIN SUSR 125MG/5ML; 31.25MG/5ML	1	
AVYCAZ	1	NEDS; HI
<i>azithromycin pack, susr, tabs</i>	1	
<i>azithromycin inj 500mg</i>	1	HI
<i>aztreonam inj 1gm</i>	1	HI
<i>aztreonam inj 2gm</i>	1	NEDS; HI
BAXDELA TABS	1	NEDS
BICILLIN C-R INJ 300000UNIT/ML; 300000UNIT/ML, 900000UNIT/2ML; 300000UNIT/2ML	1	
BICILLIN L-A INJ 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	1	
CAYSTON	1	PA; NEDS
<i>cefaclor caps</i>	1	
<i>cefaclor susr 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml</i>	1	
<i>cefadroxil</i>	1	
<i>cefazolin sodium/dextrose inj 1gm; 4%, 2gm; 3%</i>	1	HI
<i>cefazolin sodium inj 10gm, 1gm/50ml; 4%, 1gm, 2gm, 500mg</i>	1	HI
<i>cefazolin inj 2gm/100ml; 4%, 2gm, 3gm</i>	1	HI
<i>cefdinir</i>	1	
<i>cefepime</i>	1	HI
<i>cefepime hydrochloride inj 2gm</i>	1	HI
<i>cefepime/dextrose</i>	1	HI
<i>cefixime</i>	1	
<i>cefotetan inj 1gm, 2gm</i>	1	HI
<i>cefoxitin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	HI
<i>cefpodoxime proxetil</i>	1	
<i>cefprozil</i>	1	
<i>ceftazidime inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	1	HI
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	1	HI
<i>ceftriaxone sodium inj 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	1	HI
<i>ceftriaxone/dextrose inj 1gm; 3.74%</i>	1	HI
<i>cefuroxime axetil tabs</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm, 750mg</i>	1	HI
<i>cephalexin</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl tabs 100mg, 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tabs 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	1	HI
<i>ciprofloxacin susr 500mg/5ml, 5gm/100ml</i>	1	
<i>clarithromycin er</i>	1	
<i>clarithromycin susr, tabs</i>	1	
<i>clindamycin hcl caps 300mg</i>	1	
<i>clindamycin hydrochloride caps 150mg, 75mg</i>	1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	1	
<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	1	HI
<i>clindamycin phosphate inj 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/60ml, 900mg/6ml</i>	1	HI
<i>colistimethate sodium inj</i>	1	NEDS; HI
DALVANCE	1	HI
<i>daptomycin</i>	1	HI
<i>daptomycin/sodium chloride</i>	1	HI
<i>demeclocycline hcl tabs</i>	1	
<i>dicloxacillin sodium</i>	1	
DIFICID	1	NEDS
DOXY 100	1	HI
<i>doxycycline</i>	1	
<i>doxycycline hyclate dr tbec 100mg, 150mg, 200mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate caps, tabs</i>	1	
<i>doxycycline hyclate inj</i>	1	HI
<i>doxycycline monohydrate caps, tabs</i>	1	
<i>ertapenem</i>	1	HI
<i>erythromycin base tabs</i>	1	
<i>erythromycin dr</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate susr, tabs</i>	1	
<i>erythromycin cpep 250mg</i>	1	
FIRVANQ	1	
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride inj 1.2mg/ml; 0.9%, 1.6mg/ml; 0.9%, 1mg/ml; 0.9%, 2mg/ml; 0.9%</i>	1	HI
<i>gentamicin sulfate inj 40mg/ml</i>	1	HI
<i>imipenem/cilastatin</i>	1	HI
<i>isotonic gentamicin inj 0.8mg/ml; 0.9%</i>	1	HI
<i>levofloxacin in d5w</i>	1	HI
<i>levofloxacin inj 25mg/ml</i>	1	HI
<i>levofloxacin oral soln 25mg/ml</i>	1	
<i>levofloxacin tabs 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	
<i>linezolid tabs</i>	1	
<i>linezolid susr</i>	1	NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>linezolid inj 600mg/300ml</i>	1	HI
<i>meropenem</i>	1	HI
<i>minocycline hcl caps 75mg</i>	1	
<i>minocycline hcl tabs</i>	1	
<i>minocycline hydrochloride caps 100mg, 50mg</i>	1	
<i>mondoxyne nl caps 100mg</i>	1	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	1	HI
<i>moxifloxacin hydrochloride tabs 400mg</i>	1	
<i>nafticillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	HI
<i>neomycin sulfate tabs</i>	1	
NUZYRA TABS	1	NEDS
<i>ofloxacin tabs 300mg, 400mg</i>	1	
<i>oxacillin sodium inj 1.5gm/50ml; 1gm/50ml, 10gm, 1gm, 2gm, 300mg/50ml; 2gm/50ml</i>	1	HI
<i>penicillin g potassium in iso-osmotic dextrose</i>	1	HI
<i>penicillin g potassium inj 20000000unit, 5000000unit</i>	1	HI
<i>penicillin g sodium</i>	1	NEDS; HI
<i>penicillin v potassium</i>	1	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	1	HI
SIVEXTRO TABS	1	NEDS
<i>streptomycin sulfate inj 1gm</i>	1	
<i>sulfadiazine tabs</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim susp, tabs</i>	1	
<i>sulfasalazine tabs, tbec</i>	1	
SUPRAX CHEW	1	
SUPRAX SUSR 500MG/5ML	1	
<i>tazicef inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	1	HI
TEFLARO	1	NEDS; HI
<i>tetracycline hydrochloride caps</i>	1	
TOBI PODHALER	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>tobramycin sulfate inj 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml</i>	1	HI
<i>tobramycin nebu 300mg/4ml, 300mg/5ml</i>	1	PA BvD; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>vancomycin hcl inj 0.9%; 1gm/200ml, 100gm, 10gm</i>	1	HI
<i>vancomycin hydrochloride caps, oral solr</i>	1	
<i>vancomycin hydrochloride inj 1.25gm, 1.5gm, 1gm, 500mg, 5gm, 750mg</i>	1	HI
<i>vancomycin inj 0.9%; 500mg/100ml, 0.9%; 750mg/150ml</i>	1	HI
VIBRAMYCIN SYRP	1	
XENLETA TABS	1	NEDS
XIFAXAN TABS 200MG	1	
XIFAXAN TABS 550MG	1	PA; NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZERBAXA	1	NEDS; HI
ZOSYN INJ 1GM/50ML; 2GM/50ML; 0.25GM/50ML, 5%; 3GM/50ML; 0.375GM/50ML, 5%; 4GM/100ML; 0.5GM/100ML	1	HI
Antihelmínticos		
<i>albendazole tabs</i>	1	NEDS
<i>ivermectin tabs 3mg</i>	1	
<i>praziquantel tabs</i>	1	
Antiinfecciosos urinarios		
<i>fosfomicin tromethamine</i>	1	
<i>methenamine hippurate</i>	1	
<i>methenamine mandelate tabs 0.5gm, 1gm</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	1	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	1	
<i>trimethoprim tabs</i>	1	
Antimicobacterianos		
<i>dapsone tabs</i>	1	
<i>ethambutol hydrochloride</i>	1	
<i>isoniazid syr, tabs</i>	1	
PASER	1	
PRIFTIN	1	
<i>pyrazinamide tabs</i>	1	
<i>rifabutin</i>	1	
<i>rifampin caps, inj</i>	1	
SIRTURO	1	PA; NEDS
TRECTOR	1	
Antimicóticos		
ABELCET	1	PA
<i>amphotericin b liposome</i>	1	PA; NEDS
<i>amphotericin b inj</i>	1	PA
<i>casposungin acetate inj 70mg</i>	1	
<i>casposungin acetate inj 50mg</i>	1	NEDS
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	1	
<i>fluconazole susr, tabs</i>	1	
<i>flucytosine caps</i>	1	NEDS
<i>griseofulvin microsize</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize tabs 125mg, 250mg</i>	1	
<i>itraconazole caps, soln</i>	1	
<i>ketoconazole tabs 200mg</i>	1	
<i>micafungin inj 100mg</i>	1	
<i>micafungin inj 50mg</i>	1	NEDS
NOXAFIL PACK, SUSP	1	NEDS
<i>nystatin susp 100000unit/ml</i>	1	
<i>nystatin tabs 500000unit</i>	1	
<i>posaconazole dr</i>	1	NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>posaconazole susp</i>	1	NEDS
<i>terbinafine hcl tabs</i>	1	QL(42 EA por 42 días)
<i>voriconazole tabs</i>	1	
<i>voriconazole susr</i>	1	NEDS
<i>voriconazole inj</i>	1	PA; NEDS
Antiprotozoarios		
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	1	
<i>atovaquone susp</i>	1	NEDS
BENZNIDAZOLE	1	
<i>chloroquine phosphate tabs</i>	1	
COARTEM	1	QL(24 EA por 3 días)
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 200mg</i>	1	
IMPAVIDO	1	NEDS
<i>mefloquine hcl</i>	1	
<i>metronidazole caps 375mg</i>	1	
<i>metronidazole inj 500mg/100ml</i>	1	HI
<i>metronidazole tabs 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nitazoxanide tabs</i>	1	
<i>paromomycin sulfate caps</i>	1	
<i>pentamidine isethionate inj</i>	1	
<i>pentamidine isethionate inhalation solr</i>	1	PA BvD
<i>primaquine phosphate tabs</i>	1	
<i>pyrimethamine tabs</i>	1	
<i>quinine sulfate caps 324mg</i>	1	PA
SOLOSEC	1	
<i>tinidazole tabs</i>	1	
Antivirales		
<i>abacavir</i>	1	
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	1	
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	1	NEDS
<i>acyclovir sodium inj 50mg/ml</i>	1	PA
<i>acyclovir caps 200mg</i>	1	
<i>acyclovir susp 200mg/5ml</i>	1	
<i>acyclovir tabs 400mg, 800mg</i>	1	
<i>adefovir dipivoxil</i>	1	
APTIVUS CAPS	1	NEDS
<i>atazanavir</i>	1	
<i>atazanavir sulfate caps 300mg</i>	1	
BIKTARVY	1	NEDS
<i>cidofovir</i>	1	NEDS
CIMDUO	1	NEDS
COMPLERA	1	NEDS
<i>darunavir</i>	1	NEDS
DELSTRIGO	1	
DESCOVY	1	NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
DOVATO	1	NEDS
EDURANT	1	NEDS
<i>efavirenz</i>	1	
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	NEDS
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	NEDS
<i>emtricitabine</i>	1	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	1	NEDS
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg; 300mg</i>	1	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg; 150mg, 133mg; 200mg</i>	1	NEDS
EMTRIVA SOLN	1	
<i>entecavir</i>	1	
EPCLUSA	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>etravirine tabs 100mg</i>	1	
<i>etravirine tabs 200mg</i>	1	NEDS
EVOTAZ	1	NEDS
<i>famciclovir tabs</i>	1	
<i>fosamprenavir calcium</i>	1	NEDS
FUZEON	1	NEDS
GENVOYA	1	NEDS
HARVONI PACK	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HARVONI TABS 90MG; 400MG	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
INTELENCE TABS 25MG	1	
ISENTRESS HD	1	QL(60 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS PACK	1	
ISENTRESS TABS	1	QL(120 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS CHEW 100MG	1	QL(180 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS CHEW 25MG	1	QL(720 EA por 30 días)
JULUCA	1	NEDS
LAGEVRIO	1	QL(20 EA por 5 días)
<i>lamivudine</i>	1	
<i>lamivudine/zidovudine</i>	1	
LEXIVA SUSP	1	
LIVTENCITY	1	PA; NEDS
<i>lopinavir/ritonavir</i>	1	
<i>maraviroc tabs 300mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>maraviroc tabs 150mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); NEDS
MAVYRET	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>nevirapine</i>	1	
<i>nevirapine er</i>	1	
NORVIR PACK, SOLN	1	
ODEFSEY	1	NEDS
<i>oseltamivir phosphate caps, susr</i>	1	
PAXLOVID TBPK 150MG; 100MG	1	QL(20 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK 150MG; 100MG	1	QL(30 EA por 5 días)
PEGASYS	1	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP-Optum Specialty
PIFELTRO	1	NEDS
PREVYMIS TABS	1	PA; NEDS
PREZCOBIX	1	NEDS
PREZISTA SUSP	1	NEDS
PREZISTA TABS 75MG	1	
PREZISTA TABS 150MG, 600MG, 800MG	1	NEDS
RELENZA DISKHALER	1	
REYATAZ PACK	1	NEDS
<i>ribavirin caps</i>	1	SP-Optum Specialty
<i>ribavirin tabs 200mg</i>	1	SP-Optum Specialty
<i>rimantadine hydrochloride</i>	1	
<i>ritonavir</i>	1	
RUKOBIA	1	NEDS
SELZENTRY SOLN	1	QL(1800 ML por 30 días)
SELZENTRY TABS 25MG	1	
SELZENTRY TABS 75MG	1	NEDS
STRIBILD	1	NEDS
SUNLENCA TBPK	1	NEDS
SYMTUZA	1	NEDS
TEMIXYS	1	NEDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	
TIVICAY PD	1	
TIVICAY TABS 10MG	1	
TIVICAY TABS 25MG, 50MG	1	NEDS
TRIUMEQ	1	NEDS
TRIUMEQ PD	1	NEDS
TRIZIVIR	1	NEDS
<i>valacyclovir hydrochloride tabs</i>	1	
<i>valganciclovir</i>	1	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	1	NEDS
VEMLIDY	1	NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VIRACEPT TABS 250MG	1	
VIRACEPT TABS 625MG	1	NEDS
VIREAD POWD	1	NEDS
VIREAD TABS 150MG, 200MG, 250MG	1	NEDS
VOSEVI	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XOFLUZA TBPk 40MG, 80MG	1	QL(1 EA por 7 días)
XOFLUZA TBPk 20MG	1	QL(2 EA por 7 días)
<i>zidovudine</i>	1	
Agentes antineoplásicos		
<i>Agentes antineoplásicos</i>		
<i>abiraterone acetate</i>	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ALECENSA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ALUNBRIG	1	PA NSO; NEDS
AYVAKIT	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BALVERSA	1	PA NSO; NEDS
BESREMI	1	PA NSO; NEDS
<i>bexarotene caps 75mg</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bicalutamide</i>	1	
<i>bortezomib inj 1mg, 2.5mg</i>	1	
<i>bortezomib inj 3.5mg/1.4ml, 3.5mg</i>	1	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	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BRUKINSA	1	PA NSO; NEDS
CABOMETYX	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
CALQUENCE TABS	1	PA NSO; NEDS
CALQUENCE CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
CAPRELSA TABS 300MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CAPRELSA TABS 100MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
COMETRIQ	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
COPIKTRA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
COTELLIC	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>cyclophosphamide tabs</i>	1	PA BvD
<i>cyclophosphamide caps</i>	1	PA BvD; SP-Optum Specialty
DARZALEX	1	NEDS
DAURISMO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>docetaxel</i>	1	
DROXIA	1	
EMCYT	1	
ERIVEDGE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ERLEADA TABS 240MG	1	PA NSO; NEDS
ERLEADA TABS 60MG	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 tbso 2mg, 3mg, 5mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
EXKIVITY	1	PA NSO; NEDS
<i>flutamide</i>	1	
FOTIVDA	1	PA NSO; NEDS
FRUZAQLA	1	PA NSO; NEDS
GAVRETO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>gefitinib</i>	1	PA NSO; NEDS
GILOTRIF	1	PA NSO; NEDS
GLEOSTINE	1	
<i>hydroxyurea</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
IBRANCE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ICLUSIG	1	PA NSO; NEDS
IDHIFA	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>imatinib mesylate</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
IMBRUVICA SUSP	1	PA NSO; NEDS
IMBRUVICA CAPS, TABS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INLYTA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INQOVI	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INREBIC	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INTRON A	1	SP-Optum Specialty
IRESSA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
JAKAFI	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
JAYPIRCA	1	PA NSO; NEDS
JYLAMVO	1	PA BvD
KISQALI	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KOSELUGO	1	PA NSO; NEDS
KRAZATI	1	PA NSO; NEDS
KYPROLIS	1	NEDS
<i>lapatinib ditosylate</i>	1	QL(180 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<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
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LEUKERAN	1	
LONSURF	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LORBRENA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LUMAKRAS TABS 320MG	1	PA NSO; NEDS
LUMAKRAS TABS 120MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYNPARZA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYSODREN	1	
LYTGOBI	1	PA NSO; NEDS
MATULANE	1	NEDS
MEKINIST SOLR	1	PA NSO; NEDS
MEKINIST TABS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
MEKTOVI	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>mercaptopurine</i>	1	
<i>methotrexate</i>	1	PA BvD
<i>methotrexate sodium</i>	1	PA BvD
NERLYNX	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>nilutamide</i>	1	NEDS
NINLARO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
NUBEQA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ODOMZO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
OJJAARA	1	PA NSO; NEDS
ONUREG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
OPDIVO	1	NEDS
ORSERDU	1	PA NSO; NEDS
<i>paclitaxel</i>	1	
<i>pazopanib hydrochloride</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
PEMAZYRE	1	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
POMALYST	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PURIXAN	1	NEDS
QINLOCK	1	PA NSO; NEDS
RETEVMO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
REVLIMID	1	PA NSO; NEDS
REZLIDHIA	1	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK PACK	1	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RUBRACA	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RYDAPT	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
SCSEMBLIX	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>sorafenib</i>	1	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib tosylate</i>	1	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
SPRYCEL	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
STIVARGA	1	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>sunitinib malate</i>	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
SYNRIBO	1	NEDS
TABLOID	1	SP-Optum Specialty
TABRECTA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAFINLAR TBSO	1	PA NSO; NEDS
TAFINLAR CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAGRISSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TALZENNA CAPS 0.1MG, 0.35MG	1	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TALZENNA CAPS 0.25MG, 0.5MG, 0.75MG, 1MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TASIGNA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAZVERIK	1	PA NSO; NEDS
TEPMETKO	1	PA NSO; NEDS
TIBSOVO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>tretinoin caps 10mg</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
TREXALL	1	PA BvD
TRUQAP	1	PA NSO; NEDS
TRUSELTIQ	1	PA NSO; NEDS
TUKYSA	1	PA NSO; NEDS
TURALIO	1	PA NSO; NEDS
VANFLYTA	1	PA NSO; NEDS
VENCLEXTA STARTING PACK	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 100MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 10MG, 50MG	1	PA NSO; SP-Optum Specialty
VERZENIO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VITRAKVI	1	PA NSO; NEDS
VIZIMPRO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VONJO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VOTRIENT	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
WELIREG	1	PA NSO; NEDS
XALKORI CPSP	1	PA NSO; NEDS
XALKORI CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XATMEP	1	PA BvD
XOSPATA	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	1	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	1	PA NSO; NEDS
XTANDI	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
YERVOY	1	NEDS
YONSA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZEJULA TABS	1	PA NSO; NEDS
ZEJULA CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZELBORAF	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZOLINZA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZYDELIG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZYKADIA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes de piel y membranas mucosas		
<i>Agentes antiinflamatorios</i>		
CORTIFOAM	1	
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	1	
<i>kourzeq</i>	1	
<i>Agentes de la membrana mucosa y de la piel, varios</i>		
<i>podofilox gel 0.5%</i>	1	
<i>Antiinfecciosos</i>		
<i>klayesta</i>	1	
<i>naftifine hydrochloride gel 1%</i>	1	
<i>Antipruriginosos y Anestésicos Locales</i>		
<i>glydo</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl jelly</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl prsy 2%</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hydrochloride prsy 2%</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
PROCTOFOAM HC	1	
Agentes del sistema nervioso central		
<i>Agentes anorexígenos y estimulantes respiratorios y del sistema nervioso central (CNS)</i>		
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	1	
<i>armodafinil</i>	1	PA
<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 20mg, 35mg</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hcl tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 15mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride cp24</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tabs 2.5mg</i>	1	
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	1	
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	1	PA
<i>methamphetamine hcl</i>	1	PA
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride cd cpcr 10mg, 20mg, 30mg, 50mg, 60mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er cpcr 40mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er tb24, tbc</i>	1	
<i>modafinil tabs</i>	1	PA
SUNOSI	1	PA
VYVANSE	1	PA
Agentes antijaquecosos		
AIMOVIG	1	QL(1 ML por 30 días); PA
<i>almotriptan</i>	1	
<i>eletriptan hydrobromide</i>	1	
EMGALITY INJ 120MG/ML	1	QL(2 ML por 30 días); PA
EMGALITY INJ 100MG/ML	1	QL(3 ML por 30 días); PA
<i>frovatriptan succinate</i>	1	
<i>naratriptan hcl</i>	1	
NURTEC	1	PA
<i>rizatriptan benzoate</i>	1	
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	1	
<i>sumatriptan succinate refill inj 6mg/0.5ml</i>	1	
<i>sumatriptan succinate inj, tabs</i>	1	
<i>sumatriptan soln</i>	1	
UBRELVY	1	PA
<i>zolmitriptan odt</i>	1	
<i>zolmitriptan tabs</i>	1	
<i>zolmitriptan soln 5mg</i>	1	
Agentes antimaníacos		
<i>lithium</i>	1	
<i>lithium carbonate er</i>	1	
<i>lithium carbonate caps, tabs</i>	1	
Agentes antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl caps, soln, tabs</i>	1	
<i>benztropine mesylate tabs</i>	1	
<i>bromocriptine mesylate caps, tabs</i>	1	
<i>cabergoline</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa er</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	1	
<i>carbidopa tabs</i>	1	
EMSAM	1	ST NSO; NEDS
<i>entacapone</i>	1	
GOCOVRI	1	PA
INBRIJA	1	NEDS
KYNMOBI	1	NEDS
NEUPRO	1	QL(30 EA por 30 días)
ONGENTYS	1	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	1	
<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	1	
<i>rasagiline mesylate tabs</i>	1	
<i>ropinirole er</i>	1	
<i>ropinirole hcl tabs 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	1	
<i>ropinirole hydrochloride tabs 0.25mg, 3mg</i>	1	
RYTARY	1	
<i>selegiline hcl caps, tabs</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hcl soln</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	1	
Agentes de fibromialgia		
SAVELLA	1	
SAVELLA TITRATION PACK	1	
Agentes del sistema nervioso central, varios		
<i>acamprosate calcium dr</i>	1	
<i>atomoxetine hydrochloride caps 10mg, 25mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 100mg, 80mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 18mg, 40mg, 60mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
EXSERVAN	1	NEDS
<i>guanfacine er tb24 2mg</i>	1	QL(90 EA por 90 días)
<i>guanfacine hydrochloride tb24 1mg, 3mg, 4mg</i>	1	QL(90 EA por 90 días)
<i>memantine hcl titration pak</i>	1	
<i>memantine hydrochloride er</i>	1	
<i>memantine hydrochloride soln, tabs</i>	1	
NAMZARIC	1	
NOURIANZ	1	QL(30 EA por 30 días); NEDS
NUEDEXTA	1	PA
RADICAVA ORS	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RADICAVA ORS STARTER KIT	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RELYVRIO	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>riluzole</i>	1	
SODIUM OXYBATE	1	PA; NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes psicoterapéuticos		
ABILIFY ASIMTUFII	1	NEDS
ABILIFY MAINTENA	1	NEDS
ABILIFY MYCITE	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>amitriptyline hcl tabs 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	1	
<i>amitriptyline hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 50mg</i>	1	
<i>amoxapine</i>	1	
ALENZIN TB24 174MG, 348MG	1	ST NSO
ALENZIN TB24 522MG	1	ST NSO; NEDS
<i>aripiprazole</i>	1	
<i>aripiprazole odt</i>	1	
ARISTADA	1	NEDS
ARISTADA INITIO	1	NEDS
<i>asenapine maleate sl</i>	1	ST NSO
AUVELITY	1	
<i>bupropion hcl tabs 100mg</i>	1	
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	1	
<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	1	
<i>bupropion hydrochloride tabs 75mg</i>	1	
CAPLYTA	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>chlordiazepoxide/amitriptyline</i>	1	
<i>chlorpromazine hcl tabs</i>	1	
<i>chlorpromazine hydrochloride conc, tabs</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide</i>	1	
<i>clomipramine hydrochloride</i>	1	
<i>clozapine odt</i>	1	
<i>clozapine tabs 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>desipramine hydrochloride</i>	1	
<i>desvenlafaxine er</i>	1	
<i>doxepin hcl caps 75mg</i>	1	
<i>doxepin hcl conc</i>	1	
<i>doxepin hydrochloride caps 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>doxepin hydrochloride tabs 3mg, 6mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20MG, 60MG	1	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 30MG, 40MG	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hcl cpep 40mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride cpep 20mg, 60mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride cpep 30mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>escitalopram oxalate soln, tabs</i>	1	
FANAPT	1	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK	1	ST NSO
FETZIMA	1	ST NSO
FETZIMA TITRATION PACK	1	ST NSO
<i>fluoxetine dr</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride caps, soln, tabs</i>	1	
<i>fluphenazine decanoate inj</i>	1	
<i>fluphenazine hcl conc, inj</i>	1	
<i>fluphenazine hcl tabs 1mg</i>	1	
<i>fluphenazine hydrochloride elix</i>	1	
<i>fluphenazine hydrochloride tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>fluvoxamine maleate</i>	1	
<i>fluvoxamine maleate er</i>	1	
<i>haloperidol decanoate inj</i>	1	
<i>haloperidol lactate</i>	1	
<i>haloperidol conc, tabs</i>	1	
<i>imipramine hcl tabs 25mg, 50mg</i>	1	
<i>imipramine hydrochloride tabs 10mg</i>	1	
<i>imipramine pamoate</i>	1	
INVEGA HAFYERA	1	NEDS
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	1	
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	1	NEDS
INVEGA TRINZA	1	NEDS
<i>loxapine</i>	1	
<i>lurasidone hydrochloride tabs 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tabs 80mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI	1	PA NSO; NEDS
MARPLAN	1	
<i>mirtazapine odt</i>	1	
<i>mirtazapine tabs</i>	1	
<i>molindone hydrochloride</i>	1	
<i>nefazodone hydrochloride</i>	1	
<i>nortriptyline hcl caps 25mg, 75mg</i>	1	
<i>nortriptyline hcl soln</i>	1	
<i>nortriptyline hydrochloride caps 10mg, 50mg</i>	1	
NUPLAZID CAPS	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
NUPLAZID TABS 10MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>olanzapine</i>	1	
<i>olanzapine odt</i>	1	
<i>olanzapine/fluoxetine</i>	1	
<i>paliperidone er</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>paroxetine</i>	1	
<i>paroxetine hcl er</i>	1	
<i>paroxetine hcl tabs 30mg, 40mg</i>	1	
<i>paroxetine hydrochloride susp</i>	1	
<i>paroxetine hydrochloride tabs 10mg, 20mg</i>	1	
<i>perphenazine/amitriptyline</i>	1	
<i>perphenazine tabs</i>	1	
PERSERIS	1	NEDS
<i>phenelzine sulfate tabs</i>	1	
<i>pimozide</i>	1	
<i>prochlorperazine edisylate inj 10mg/2ml, 50mg/10ml</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate tabs</i>	1	
<i>prochlorperazine supp 25mg</i>	1	
<i>protriptyline hcl</i>	1	
<i>quetiapine fumarate er</i>	1	
<i>quetiapine fumarate tabs 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg</i>	1	
<i>quetiapine fumarate tabs 25mg, 50mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
REXULTI	1	NEDS
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG	1	
RISPERDAL CONSTA INJ 25MG, 37.5MG, 50MG	1	NEDS
<i>risperidone</i>	1	
<i>risperidone er inj 12.5mg</i>	1	
<i>risperidone er inj 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	1	NEDS
<i>risperidone odt</i>	1	
SECUADO	1	NEDS
<i>sertraline hcl conc</i>	1	
<i>sertraline hcl tabs 50mg</i>	1	
<i>sertraline hydrochloride tabs 100mg, 25mg</i>	1	
<i>thioridazine hcl tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>thiothixene caps 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride</i>	1	
<i>trifluoperazine hcl tabs 10mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>trifluoperazine hydrochloride tabs 1mg</i>	1	
<i>trimipramine maleate caps</i>	1	
TRINTELLIX	1	
<i>venlafaxine besylate er</i>	1	
<i>venlafaxine hcl er tb24 37.5mg</i>	1	
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	1	
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	1	
VERSACLOZ	1	NEDS
VIIBRYD STARTER PACK	1	
<i>vilazodone hydrochloride</i>	1	
VRAYLAR CPPK	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VRAYLAR CAPS	1	NEDS
<i>ziprasidone hcl</i>	1	
<i>ziprasidone mesylate</i>	1	
ZURZUVAE CAPS 30MG	1	QL(14 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
ZURZUVAE CAPS 20MG, 25MG	1	QL(28 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	1	
ZYPREXA RELPREVV INJ 300MG, 405MG	1	NEDS
Analgésicos y antipiréticos		
<i>acetaminophen/codeine tabs</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>acetaminophen/codeine soln</i>	1	QL(3600 ML por 30 días)
BELBUCA	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 2mg; 0.5mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 8mg; 2mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl subl 2mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl subl 8mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 4mg; 1mg</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 8mg; 2mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine ptwk</i>	1	QL(4 EA por 28 días)
<i>butorphanol tartrate soln</i>	1	QL(7.5 ML por 30 días)
<i>celecoxib caps</i>	1	
<i>codeine sulfate tabs</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>diclofenac epolamine</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>diclofenac potassium tabs 50mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium dr</i>	1	
<i>diclofenac sodium er</i>	1	
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>	1	
<i>diflunisal tabs 500mg</i>	1	
<i>endocet tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>etodolac er</i>	1	
<i>etodolac caps, tabs</i>	1	
<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>fentanyl citrate tabs</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fentanyl pt72 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	1	QL(10 EA por 30 días)
<i>flurbiprofen tabs 100mg</i>	1	
<i>hydrocodone bitartrate er t24a</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen soln 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	1	QL(3600 ML por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 300mg; 10mg, 300mg; 5mg, 300mg; 7.5mg, 325mg; 10mg, 325mg; 5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydrocodone/acetaminophen tabs 325mg; 7.5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydrocodone/ibuprofen tabs 10mg; 200mg, 5mg; 200mg, 7.5mg; 200mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl er tb24 12mg, 16mg, 8mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl liqd</i>	1	QL(1350 ML por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tabs 8mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tabs 2mg, 4mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hydrochloride er tb24 32mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofen susp</i>	1	
<i>ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin er</i>	1	
<i>indomethacin caps 25mg, 50mg</i>	1	
<i>ketoprofen er cp24 200mg</i>	1	
<i>ketoprofen caps 25mg, 50mg</i>	1	
LAZANDA SOLN 400MCG/ACT	1	QL(15 EA por 30 días); PA; NEDS
LAZANDA SOLN 100MCG/ACT	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>levorphanol tartrate tabs</i>	1	QL(240 EA por 30 días); NEDS
<i>meclofenamate sodium caps</i>	1	
<i>mefenamic acid caps</i>	1	
<i>meloxicam caps, tabs</i>	1	
<i>methadone hcl tabs</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>methadone hcl soln 5mg/5ml</i>	1	QL(1200 ML por 30 días)
<i>methadone hcl soln 10mg/5ml</i>	1	QL(600 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate er cp24, tbc</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate tabs</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate soln 20mg/ml</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>nabumetone tabs</i>	1	
<i>naproxen sodium cr</i>	1	
<i>naproxen sodium er tb24 375mg</i>	1	
<i>naproxen sodium er tb24 500mg</i>	1	NEDS
<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	1	
<i>naproxen sodium tb24 750mg</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>naproxen susp, tbec</i>	1	
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>oxaprozin tabs</i>	1	
<i>oxycodone hcl er t12a</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride er t12a 10mg, 20mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride conc</i>	1	QL(120 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride caps</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride soln</i>	1	QL(2400 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 20mg, 30mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 10mg, 15mg</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone/acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
OXYCONTIN T12A	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxymorphone hydrochloride</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>oxymorphone hydrochloride er tb12 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxymorphone hydrochlorideer</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>piroxicam caps</i>	1	
<i>pregabalin er</i>	1	
<i>salsalate tabs</i>	1	
SUBSYS	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>sulindac tabs</i>	1	
<i>tramadol hcl er cp24 100mg, 200mg, 300mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>tramadol hcl er tb24</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride er</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tabs 100mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tabs 50mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
Ansiolíticos, sedantes e hipnóticos		
<i>alprazolam er</i>	1	
<i>alprazolam odt</i>	1	
<i>alprazolam tabs</i>	1	
BELSOMRA	1	
<i>bupirone hcl tabs 15mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tabs 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	
<i>clorazepate dipotassium tabs</i>	1	
DAYVIGO	1	
<i>diazepam intensol</i>	1	
<i>diazepam rectal gel</i>	1	
<i>diazepam soln, tabs</i>	1	
<i>estazolam</i>	1	
<i>eszopiclone</i>	1	
<i>flurazepam hcl</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HETLIOZ LQ	1	PA; NEDS
<i>hydroxyzine hcl inj 25mg/ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl tabs 50mg</i>	1	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrup</i>	1	
<i>hydroxyzine hydrochloride tabs 10mg, 25mg</i>	1	
<i>hydroxyzine pamoate caps</i>	1	
<i>lorazepam intensol</i>	1	
<i>lorazepam tabs</i>	1	
<i>oxazepam</i>	1	
<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>ramelteon</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>tasimelteon</i>	1	PA; NEDS
<i>temazepam</i>	1	
<i>triazolam</i>	1	
<i>zaleplon</i>	1	
<i>zolpidem tartrate er</i>	1	
<i>zolpidem tartrate subl, tabs</i>	1	
Antagonistas opiáceos		
<i>naloxone hcl inj 2mg/2ml, 4mg/10ml</i>	1	
<i>naloxone hydrochloride liqd</i>	1	QL(4 EA por 30 días)
<i>naloxone hydrochloride inj 0.4mg/ml, 4mg/10ml</i>	1	
<i>naltrexone hcl tabs</i>	1	
OPVEE	1	QL(4 EA por 30 días)
VIVITROL	1	NEDS
Anticonvulsivos		
APTIOM	1	
BRIVIACT SOLN, TABS	1	NEDS
<i>carbamazepine er</i>	1	
<i>carbamazepine chew, susp, tabs</i>	1	
CELONTIN CAPS 300MG	1	
<i>clobazam susp</i>	1	
<i>clobazam tabs</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonazepam odt</i>	1	
<i>clonazepam tabs</i>	1	
DIACOMIT	1	PA NSO; NEDS
DILANTIN INFATABS	1	
DILANTIN-125	1	
DILANTIN CAPS	1	
<i>divalproex sodium dr</i>	1	
<i>divalproex sodium er</i>	1	
<i>divalproex sodium csdr</i>	1	
EPIDIOLEX	1	PA NSO
<i>epitol</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
EPRONTIA	1	
EQUETRO	1	
<i>ethosuximide caps, soln</i>	1	
<i>felbamate</i>	1	
FINTEPLA	1	PA NSO; NEDS
FYCOMPA	1	
<i>gabapentin caps, soln</i>	1	
<i>gabapentin tabs 600mg, 800mg</i>	1	
HORIZANT	1	
<i>lacosamide inj, oral soln</i>	1	
<i>lacosamide tabs</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>lamotrigine er</i>	1	
<i>lamotrigine odt</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	1	
<i>lamotrigine titration</i>	1	
<i>lamotrigine chew, tabs</i>	1	
<i>levetiracetam er</i>	1	
<i>levetiracetam oral soln, tabs</i>	1	
<i>levetiracetam inj 500mg/5ml</i>	1	
<i>magnesium sulfate inj 50%</i>	1	
<i>methsuximide</i>	1	
NAYZILAM	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
<i>oxcarbazepine</i>	1	
<i>phenytek</i>	1	
<i>phenytoin sodium extended</i>	1	
<i>phenytoin chew, susp</i>	1	
<i>pregabalin caps, soln</i>	1	
<i>primidone tabs</i>	1	
<i>roweepra tabs 500mg</i>	1	
<i>rufinamide</i>	1	
SPRITAM	1	
<i>subvenite</i>	1	
<i>subvenite starter kit/blue</i>	1	
<i>subvenite starter kit/green</i>	1	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	1	
SYMPAZAN	1	
<i>tiagabine hydrochloride</i>	1	
<i>topiramate er cs24</i>	1	
<i>topiramate cpsp, tabs</i>	1	
<i>valproic acid caps, soln</i>	1	
VALTOCO 10 MG DOSE	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VALTOCO 15 MG DOSE	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
VALTOCO 20 MG DOSE	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
VALTOCO 5 MG DOSE	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
<i>vigabatrin</i>	1	NEDS
<i>vigadrone</i>	1	NEDS
<i>vigpoder</i>	1	NEDS
XCOPRI TABS	1	NEDS
XCOPRI TBPk 0	1	
XCOPRI TBPk 0	1	NEDS
ZONISADE	1	
<i>zonisamide caps</i>	1	
ZTALMY	1	PA NSO; NEDS
<i>Inhibidores del transportador vesicular de monoaminas 2 (VMAT2)</i>		
AUSTEDO	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
INGREZZA	1	PA; NEDS
<i>tetrabenazine</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes del tracto respiratorio		
<i>Agentes antifibróticos</i>		
ESBRIET CAPS	1	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ESBRIET TABS 267MG	1	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ESBRIET TABS 801MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
OFEV	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>pirfenidone caps</i>	1	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 534mg</i>	1	QL(135 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 267mg</i>	1	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>pirfenidone tabs 801mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiinflamatorios		
<i>cromolyn sodium conc 100mg/5ml</i>	1	
<i>cromolyn sodium nebu 20mg/2ml</i>	1	PA BvD
DUPIXENT INJ 100MG/0.67ML, 200MG/1.14ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
FASENRA	1	PA; NEDS
FASENRA PEN	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>montelukast sodium chew, pack, tabs</i>	1	
NUCALA INJ 100MG, 40MG/0.4ML	1	PA; NEDS
NUCALA INJ 100MG/ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>zafirlukast</i>	1	
<i>zileuton er</i>	1	NEDS
Agentes del tracto respiratorio, varios		
BRONCHITOL	1	NEDS
PROLASTIN-C	1	PA; NEDS
XOLAIR INJ 150MG, 75MG/0.5ML	1	PA; NEDS
XOLAIR INJ 150MG/ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes mucolíticos		
PULMOZYME	1	PA BvD; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes vasodilatadores		
ADEMPAS	1	PA; NEDS
<i>ambrisentan</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bosentan</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
OPSUMIT	1	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	1	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	1	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	1	PA; NEDS
ORENITRAM TBCR 0.125MG, 0.25MG, 1MG, 2.5MG	1	PA
ORENITRAM TBCR 5MG	1	PA; NEDS
TRACLEER TBSO	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
UPTRAVI TITRATION PACK	1	PA; NEDS
UPTRAVI TABS	1	PA; NEDS
VENTAVIS	1	PA; NEDS
Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 4		
<i>roflumilast</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Moduladores del regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística		
KALYDECO TABS	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
KALYDECO PACK 13.4MG, 5.8MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
KALYDECO PACK 25MG, 50MG, 75MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORKAMBI TABS	1	QL(112 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
SYMDEKO	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
TRIKAFTA THPK	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
TRIKAFTA TBPK	1	QL(84 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes para la piel y las membranas mucosas		
Estimulantes y proliferantes celulares		
RETIN-A MICRO	1	PA
<i>tretinoin microsphere gel 0.08%</i>	1	PA
Agentes terapéuticos variados		
Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad		
COSENTYX SENSOREADY PEN	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
COSENTYX UNOREADY	1	PA; NEDS
COSENTYX INJ 125MG/5ML	1	PA; NEDS
COSENTYX INJ 150MG/ML, 75MG/0.5ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL MINI	1	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL SURECLICK	1	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ENBREL INJ 25MG	1	QL(8 EA 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
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJ 0, 80MG/0.8ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	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, 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
KINERET	1	QL(20.1 ML por 28 días); PA; NEDS
<i>leflunomide tabs</i>	1	
ORENCIA CLICKJECT	1	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 50MG/0.4ML	1	QL(1.6 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 87.5MG/0.7ML	1	QL(2.8 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 125MG/ML	1	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
OTEZLA TBPK	1	QL(110 EA por 365 días); PA; NEDS
OTEZLA TABS	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
RASUVO INJ 10MG/0.2ML, 12.5MG/0.25ML, 15MG/0.3ML, 17.5MG/0.35ML, 20MG/0.4ML, 22.5MG/0.45ML, 25MG/0.5ML, 30MG/0.6ML, 7.5MG/0.15ML	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RINVOQ	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ XR	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ SOLN	1	QL(300 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ TABS	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes terapéuticos varios		
<i>Agentes anabólicos óseos</i>		
EVENITY	1	PA; NEDS
<i>Agentes antigotosos</i>		
<i>allopurinol tabs 100mg, 300mg</i>	1	
<i>colchicine caps, tabs</i>	1	
<i>febuxostat</i>	1	ST
GLOPERBA	1	
<i>Agentes cariostáticos</i>		
<i>sf 5000 plus</i>	1	
<i>sodium fluoride 1.1</i>	1	
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	1	
<i>sodium fluoride 5000 ppm crea</i>	1	
<i>Agentes inmunomoduladores</i>		
ACTIMMUNE	1	NEDS; SP-Optum Specialty
AUBAGIO	1	NEDS; SP-Optum Specialty
AVONEX PEN	1	NEDS; SP-Optum Specialty
AVONEX INJ 30MCG/0.5ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty
BAFIERTAM	1	NEDS; SP-Optum Specialty
BETASERON	1	NEDS; SP-Optum Specialty
COPAXONE	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>dimethyl fumarate cpdr</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
EXTAVIA	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i> fingolimod </i>	1	NEDS
KESIMPTA	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT	1	NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT STARTER PACK TBPK 0.25MG	1	NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT STARTER PACK TBPK 0.25MG	1	SP-Optum Specialty
PLEGRIDY	1	NEDS; SP-Optum Specialty
PLEGRIDY STARTER PACK	1	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF	1	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF REBIDOSE	1	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	1	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF TITRATION PACK	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i> teriflunomide </i>	1	
THALOMID	1	NEDS; SP-Optum Specialty
VUMERITY	1	NEDS; SP-Optum Specialty
ZEPOSIA	1	NEDS
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	1	NEDS
ZEPOSIA STARTER KIT	1	NEDS
<i>Agentes inmunosupresores</i>		
<i> azathioprine tabs </i>	1	PA BvD
BENLYSTA INJ 200MG/ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i> cyclosporine modified </i>	1	PA BvD
<i> cyclosporine caps 100mg, 25mg </i>	1	PA BvD
ENVARUSUS XR	1	PA BvD
<i> everolimus tabs 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1mg </i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA BvD; NEDS
GENGRAF SOLN	1	PA BvD
GENGRAF CAPS 100MG, 25MG	1	PA BvD
<i> mycophenolate mofetil caps, tabs </i>	1	PA BvD
<i> mycophenolate mofetil susr </i>	1	PA BvD; NEDS
<i> mycophenolic acid dr </i>	1	PA BvD
NULOJIX	1	NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

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

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CYSTAGON	1	
<i>dalfampridine er</i>	1	SP-Optum Specialty
ELMIRON	1	
ENDARI	1	NEDS
EVRYSDI	1	PA; NEDS
FIRDAPSE	1	PA; NEDS
GALAFOLD	1	PA; NEDS
<i>levocarnitine tabs</i>	1	
<i>metirosine</i>	1	NEDS
<i>miglustat</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>nitisinone caps 20mg</i>	1	PA; NEDS
<i>nitisinone caps 10mg, 2mg, 5mg</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORFADIN SUSP	1	PA; NEDS
ORFADIN CAPS 20MG	1	PA; NEDS
REZUROCK	1	PA; NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
THIOLA EC	1	NEDS
TYBOST	1	
VIJOICE TBPK 125MG, 50MG	1	QL(28 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VIJOICE TBPK 0	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VOXZOGO	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VYNDAMAX	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VYNDAQEL	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>yargesa</i>	1	PA; NEDS
Anestésicos locales		
<i>Anestésicos locales</i>		
<i>lidocaine hcl inj 0.5%, 1%, 1.5%, 2%, 4%</i>	1	
<i>lidocaine hydrochloride inj 1%, 2%</i>	1	
Antagonistas de metales pesados		
<i>Antagonistas de metales pesados</i>		
CHEMET	1	
<i>deferasirox pack</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>deferasirox tabs 180mg, 360mg</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tabs 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
<i>deferiprone</i>	1	NEDS
<i>penicillamine tabs</i>	1	
<i>penicillamine caps</i>	1	NEDS
<i>trientine hydrochloride</i>	1	NEDS
Antihistamínicos		
<i>Antihistamínicos de primera generación</i>		
<i>cyproheptadine hcl syrup</i>	1	
<i>cyproheptadine hydrochloride tabs</i>	1	
<i>diphenhydramine hydrochloride inj</i>	1	
<i>promethazine hcl inj</i>	1	
<i>promethazine hcl tabs 12.5mg</i>	1	
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	1	
<i>promethazine hydrochloride tabs 25mg, 50mg</i>	1	
<i>Antihistamínicos de segunda generación</i>		
<i>desloratadine</i>	1	
<i>desloratadine odt</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride tabs</i>	1	
Antitoxinas, inmunoglobulinas, toxoides y vacunas		
<i>Antitoxinas y inmunoglobulinas</i>		
BIVIGAM INJ 10%, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; HI
CUVITRU	1	PA BvD; NEDS
FLEBOGAMMA DIF	1	PA BvD; NEDS; HI
GAMMAGARD LIQUID	1	PA BvD; NEDS; HI
GAMMAKED INJ 10GM/100ML, 1GM/10ML, 20GM/200ML, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; HI
GAMMAPLEX INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; HI
GAMUNEX-C	1	PA BvD; NEDS; HI
HIZENTRA	1	PA BvD; NEDS
OCTAGAM	1	PA BvD; NEDS; HI
PANZYGA	1	PA BvD; NEDS; HI
PRIVIGEN	1	PA BvD; NEDS; HI
VARIZIG INJ 125UNIT/1.2ML	1	
<i>Toxoides</i>		
ADACEL	1	
BOOSTRIX	1	
DAPTACEL INJ 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	1	
INFANRIX	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
KINRIX INJ 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	1	
QUADRACEL	1	
<i>tdvax</i>	1	
TENIVAC	1	
<i>Vacunas</i>		
ABRYSVO	1	
ACTHIB	1	
AREXVY	1	
BCG VACCINE INJ 50MG	1	
BEXSERO	1	
DENGVAXIA	1	
ENGERIX-B	1	PA BvD
GARDASIL 9	1	
HAVRIX INJ 1440ELU/ML, 720ELU/0.5ML	1	
HEPLISAV-B	1	PA BvD
HIBERIX	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	1	
IPOL INACTIVATED IPV	1	
IXCHIQ	1	
IXIARO	1	
JYNNEOS	1	
M-M-R II	1	
MENACTRA	1	
MENQUADFI	1	
MENVEO	1	
PEDIARIX INJ 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	1	
PEDVAX HIB INJ 7.5MCG/0.5ML	1	
PENBRAYA	1	
PENTACEL	1	
PREHEVBRIO	1	PA BvD
PRIORIX	1	
PROQUAD	1	
RABAVERT	1	
RECOMBIVAX HB	1	PA BvD
ROTARIX	1	
ROTATEQ SOLN	1	
SHINGRIX	1	
STAMARIL	1	
TICOVAC	1	
TRUMENBA	1	
TWINRIX	1	
TYPHIM VI	1	
VAQTA	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VARIVAX	1	
YF-VAX	1	
Blood Formation, Coagulation & Thrombosis		
<i>Antihemorrhagic Agents</i>		
<i>aminocaproic acid</i>	1	
<i>tranexamic acid</i>	1	
<i>Antithrombotic Agents</i>		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	1	
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	1	
BRILINTA	1	
CABLIVI	1	NEDS
<i>cilostazol</i>	1	
<i>clopidogrel</i>	1	
<i>dabigatran etexilate</i>	1	
ELIQUIS	1	
ELIQUIS STARTER PACK	1	
<i>enoxaparin sodium</i>	1	
<i>fondaparinux sodium inj 2.5mg/0.5ml</i>	1	
<i>fondaparinux sodium inj 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	1	NEDS
FRAGMIN INJ 10000UNIT/4ML, 2500UNIT/0.2ML, 5000UNIT/0.2ML	1	
FRAGMIN INJ 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNT/0.72ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	1	NEDS
<i>heparin sodium</i>	1	
<i>heparin sodium/d5w</i>	1	
<i>jantoven</i>	1	
<i>prasugrel</i>	1	
<i>warfarin sodium</i>	1	
XARELTO	1	
XARELTO STARTER PACK	1	
<i>Blood Formation, Coagulation, and Thrombosis Agents Misc.</i>		
OXBRYTA	1	NEDS
PYRUKYND	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PYRUKYND TAPER PACK	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
TAVALISSE	1	QL(60 EA por 30 días); NEDS
<i>Hematopoietic Agents</i>		
DOPTELET	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
MOZOBIL	1	NEDS
NEULASTA	1	NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NEULASTA ONPRO KIT	1	NEDS
<i>plerixafor</i>	1	NEDS
PROCRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty
PROCRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	1	SP-Optum Specialty
PROMACTA	1	PA; NEDS; 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 INJ 6MG/0.6ML	1	NEDS
UDENYCA INJ 6MG/0.6ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty
ZARXIO	1	NEDS; SP-Optum Specialty
ZIEXTENZO	1	NEDS; SP-Optum Specialty
Hemorrhologic Agents		
<i>pentoxifylline er</i>	1	
Componentes dorados		
Componentes dorados		
RIDAURA	1	NEDS
Enzimas		
Enzimas		
REVCOVI	1	NEDS
SUCRAID	1	NEDS
Equilibrio de agua, electrolítico y calórico		
Agentes alcalinizantes		
<i>potassium citrate er</i>	1	
Agentes calóricos		
AMINOSYN II INJ 107.6MEQ/L; 1490MG/100ML; 1527MG/100ML; 1050MG/100ML; 1107MG/100ML; 750MG/100ML; 450MG/100ML; 990MG/100ML; 1500MG/100ML; 1575MG/100ML; 258MG/100ML; 405MG/100ML; 447MG/100ML; 1083MG/100ML; 795MG/100ML; 50MEQ/L; 600MG/100ML; 300MG/100ML; 750MG/100ML	1	PA BvD

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	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
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10%	1	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5%	1	PA BvD
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	1	PA BvD
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	1	PA BvD
CLINIMIX 6/5	1	PA BvD
CLINIMIX 8/10	1	PA BvD
CLINIMIX E 2.75%/DEXTROSE 5%	1	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 10%	1	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 5%	1	PA BvD
CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 15%	1	PA BvD
CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 20%	1	PA BvD
CLINIMIX E 8/10	1	PA BvD
CLINISOL SF 15%	1	PA BvD
<i>dextrose 10%</i>	1	
<i>dextrose 5%</i>	1	
<i>dextrose 50%</i>	1	
<i>dextrose 70%</i>	1	
FREAMINE III INJ 89MEQ/L; 710MG/100ML; 950MG/100ML; 3MEQ/L; 24MG/100ML; 1400MG/100ML; 280MG/100ML; 690MG/100ML; 910MG/100ML; 730MG/100ML; 530MG/100ML; 560MG/100ML; 10MMOLE/L; 120MG/100ML; 1120MG/100ML; 590MG/100ML; 10MEQ/L; 400MG/100ML; 150MG/100ML; 660MG/100ML	1	PA BvD
HEPATAMINE INJ 62MEQ/L; 770MG/100ML; 600MG/100ML; 3MEQ/L; 20MG/100ML; 900MG/100ML; 240MG/100ML; 900MG/100ML; 1100MG/100ML; 610MG/100ML; 100MG/100ML; 100MG/100ML; 115MG/100ML; 800MG/100ML; 500MG/100ML; 450MG/100ML; 66MG/100ML; 840MG/100ML	1	PA BvD
INTRALIPID INJ 20GM/100ML, 30GM/100ML	1	PA BvD
NUTRILIPID	1	PA BvD
PLENAMINE	1	PA BvD

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PREMASOL INJ 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	1	PA BvD
PROSOL	1	PA BvD
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
Agentes desionizantes		
AURYXIA	1	PA; NEDS
LOKELMA	1	
<i>sevelamer carbonate</i>	1	
<i>sevelamer hydrochloride</i>	1	
<i>sodium polystyrene sulfonate powd</i>	1	
<i>sps</i>	1	
VELPHORO	1	NEDS
VELTASSA	1	
Agentes uricosúricos		
<i>probenecid/colchicine</i>	1	
<i>probenecid tabs</i>	1	
Desintoxicantes de amoníaco		
<i>carglumic acid</i>	1	PA; NEDS
<i>constulose</i>	1	
<i>enulose</i>	1	
<i>generlac</i>	1	
KRISTALOSE	1	
<i>lactulose pack, soln</i>	1	
<i>sodium phenylbutyrate powd, tabs</i>	1	NEDS
Diuréticos		
<i>amiloride hcl tabs</i>	1	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>bumetanide</i>	1	
<i>chlorthalidone tabs 25mg, 50mg</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ethacrynic acid tabs</i>	1	
<i>furosemide inj, oral soln, tabs</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide caps, tabs</i>	1	
<i>indapamide</i>	1	
<i>metolazone</i>	1	
<i>toremide tabs</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide caps 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tabs</i>	1	
Preparaciones de reemplazo		
<i>calcium acetate caps</i>	1	
<i>calcium acetate tabs 667mg</i>	1	
<i>dextrose 10%/nacl 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 10%/nacl 0.2%</i>	1	
<i>dextrose 2.5%/nacl 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5%/nacl 0.2%</i>	1	
<i>dextrose 5%/nacl 0.3%</i>	1	
<i>dextrose 5%/nacl 0.33%</i>	1	
<i>dextrose 5%/nacl 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5%/nacl 0.9%</i>	1	
<i>dextrose/sodium chloride</i>	1	
<i>effe-r-k tbe-f 25meq</i>	1	
<i>k-prime</i>	1	
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 10meq/l; 0.45%</i>	1	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	1	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 20meq/l; 0.45%</i>	1	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 20meq/l; 0.9%</i>	1	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 40meq/l; 0.45%</i>	1	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	1	
<i>klor-con</i>	1	
<i>klor-con 10</i>	1	
<i>klor-con 8</i>	1	
<i>klor-con m10</i>	1	
KLOR-CON M15	1	
<i>klor-con m20</i>	1	
<i>klor-con/ef</i>	1	
<i>lactated ringers inj 2.7meq/l; 109meq/l; 28meq/l; 4meq/l; 130meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride er</i>	1	
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride inj 5%; 10meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.225%, 5%; 20meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.9%, 5%; 30meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	1	
<i>potassium chloride pack, oral soln</i>	1	
<i>potassium chloride inj 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 2meq/ml, 40meq/100ml</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>sodium chloride inj 0.9%, 2.5meq/ml, 3%, 4meq/ml, 5%</i>	1	
Soluciones para irrigación		
<i>acetic acid 0.25%</i>	1	
<i>sodium chloride 0.9%</i>	1	
<i>sterile water for irrigation</i>	1	
Hormonas y sustitutos sintéticos		
Adrenales		
BREO ELLIPTA	1	QL(180 EA por 90 días)
BREYNA	1	QL(30.9 GM por 90 días)
BREZTRI AEROSPHERE	1	QL(32.1 GM por 90 días)
<i>budesonide er</i>	1	NEDS
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	1	QL(30.6 GM por 90 días)
<i>budesonide cpep 3mg</i>	1	
<i>budesonide susp 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	1	PA BvD
DEPO-MEDROL	1	
<i>dexamethasone 10-day dose pack</i>	1	
<i>dexamethasone 13-day dose pack</i>	1	
<i>dexamethasone 6-day dose pack</i>	1	
<i>dexamethasone intensol</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 100mg/10ml, 10mg/ml, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone elix, soln</i>	1	
<i>dexamethasone tabs 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	1	
FLOVENT DISKUS AEPB 100MCG/BLIST, 50MCG/BLIST	1	QL(180 EA por 90 días); ST
FLOVENT DISKUS AEPB 250MCG/BLIST	1	QL(720 EA por 90 días); ST
<i>fludrocortisone acetate tabs</i>	1	
<i>fluticasone propionate diskus aepb 100mcg/act, 50mcg/act</i>	1	QL(180 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate diskus aepb 250mcg/act</i>	1	QL(720 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate 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>hydrocortisone tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
INTRAROSA	1	
KENALOG-10	1	
MEDROL TABS 2MG	1	
<i>methylprednisolone acetate inj 40mg/ml, 50mg/ml, 80mg/ml</i>	1	
<i>methylprednisolone dose pack tbpk</i>	1	
<i>methylprednisolone tabs</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
MILLIPRED TABS	1	
<i>prednisolone sodium phosphate odt</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln 10mg/5ml, 15mg/5ml, 20mg/5ml, 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	1	
<i>prednisolone soln, tabs</i>	1	
<i>prednisone soln, tbpk</i>	1	
<i>prednisone tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 20mg, 50mg, 5mg</i>	1	
QVAR REDHALER	1	QL(63.6 GM por 90 días)
SOLU-CORTEF INJ 100MG	1	
TRELEGY ELLIPTA	1	QL(180 EA por 90 días)
<i>triamcinolone acetonide inj 40mg/ml</i>	1	
Agentes antidiabéticos		
<i>acarbose tabs</i>	1	
BYDUREON BCISE	1	PA
BYETTA	1	PA
CYCLOSET	1	
FARXIGA	1	
<i>glimepiride</i>	1	
<i>glipizide er</i>	1	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glipizide tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>glyburide micronized</i>	1	
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glyburide tabs 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
GLYXAMBI	1	
HUMALOG	1	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	1	
HUMALOG KWIKPEN	1	
HUMALOG MIX 50/50	1	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	1	
HUMALOG MIX 75/25	1	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	1	
HUMULIN 70/30	1	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	1	
HUMULIN N	1	
HUMULIN N KWIKPEN	1	
HUMULIN R	1	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	1	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	1	
JANUMET	1	
JANUMET XR	1	
JANUVIA	1	
JARDIANCE	1	
JENTADUETO	1	
JENTADUETO XR	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
KORLYM	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
LANTUS	1	
LANTUS SOLOSTAR	1	
LEVEMIR	1	
LEVEMIR FLEXPEN	1	
LEVEMIR FLEXTOUCH	1	
<i>metformin hydrochloride er tb24 500mg, 750mg</i>	1	
<i>metformin hydrochloride soln</i>	1	
<i>metformin hydrochloride tabs 1000mg, 500mg, 850mg</i>	1	
<i>migliitol</i>	1	
MOUNJARO	1	PA
<i>nateglinide</i>	1	
OZEMPIC	1	PA
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	1	
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	1	
<i>pioglitazone hcl tabs 45mg</i>	1	
<i>pioglitazone hydrochloride tabs 15mg, 30mg</i>	1	
<i>repaglinide</i>	1	
RYBELSUS	1	PA
SYMLINPEN 120	1	
SYMLINPEN 60	1	
SYNJARDY	1	
SYNJARDY XR	1	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	1	
TOUJEO SOLOSTAR	1	
TRADJENTA	1	
TRESIBA	1	
TRESIBA FLEXTOUCH	1	
TRULICITY	1	PA
VICTOZA	1	PA
XIGDUO XR	1	
Agentes antihipoglucémicos		
BAQSIMI ONE PACK	1	
BAQSIMI TWO PACK	1	
<i>diazoxide susp</i>	1	
GLUCAGEN HYPOKIT	1	
GLUCAGON EMERGENCY KIT	1	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	1	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	1	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	1	
GVOKE KIT	1	
GVOKE PFS	1	
Agentes paratiroideos y antiparatiroideos		

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

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

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NUTROPIN AQ NUSPIN 10	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
NUTROPIN AQ NUSPIN 20	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
NUTROPIN AQ NUSPIN 5	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
OMNITROPE	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SEROSTIM INJ 4MG, 5MG, 6MG	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SOMAVERT	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ZORBTIVE	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agonistas y antagonistas de la somatostatina		
<i>lanreotide acetate</i>	1	NEDS
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 50mcg/ml</i>	1	
<i>octreotide acetate inj 1000mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 50mcg/ml</i>	1	SP-Optum Specialty
SIGNIFOR	1	QL(60 ML por 30 días); PA; NEDS
SOMATULINE DEPOT	1	NEDS
Andrógenos		
AVEED	1	
<i>danazol caps</i>	1	
<i>testosterone cypionate inj 100mg/ml, 200mg/ml</i>	1	
<i>testosterone enanthate inj</i>	1	
<i>testosterone pump</i>	1	
<i>testosterone gel 10mg/act, 20.25mg/1.25gm, 25mg/2.5gm, 40.5mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	1	
<i>testosterone soln</i>	1	
XYOSTED	1	
Anticonceptivos		
<i>amethia</i>	1	
<i>apri</i>	1	
<i>ashlyna</i>	1	
<i>aviane</i>	1	
<i>balziva</i>	1	
<i>briellyn</i>	1	
<i>camila</i>	1	
<i>deblitane</i>	1	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tabs 0; 0</i>	1	
<i>drospirenone/ethinyl estradiol tabs 3mg; 0.03mg</i>	1	
<i>eluryng</i>	1	
<i>enilloring</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>errin</i>	1	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	1	
<i>falmina</i>	1	
<i>finzala</i>	1	
<i>haloette</i>	1	
<i>iclevia</i>	1	
<i>introvale</i>	1	
<i>joyeaux</i>	1	
<i>junel 1.5/30</i>	1	
<i>junel 1/20</i>	1	
<i>junel fe 1.5/30</i>	1	
<i>junel fe 1/20</i>	1	
<i>junel fe 24</i>	1	
<i>kariva</i>	1	
<i>kelnor 1/35</i>	1	
<i>larin 1.5/30</i>	1	
<i>larin 1/20</i>	1	
<i>larin fe 1.5/30</i>	1	
<i>larin fe 1/20</i>	1	
<i>lessina</i>	1	
<i>levonest</i>	1	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tabs 20mcg; 90mcg</i>	1	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	1	
<i>levora 0.15/30-28</i>	1	
LO LOESTRIN FE	1	
<i>marlissa</i>	1	
<i>mibelas 24 fe</i>	1	
<i>microgestin 1.5/30</i>	1	
<i>microgestin 1/20</i>	1	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	1	
<i>microgestin fe 1/20</i>	1	
<i>necon 0.5/35-28</i>	1	
<i>nikki</i>	1	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	1	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol ferrous fumarate</i>	1	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tabs 0; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 1/35</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7</i>	1	
<i>portia-28</i>	1	
<i>sharobel</i>	1	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	1	
<i>tri-sprintec</i>	1	
<i>trivora-28</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>turqoz</i>	1	
<i>tyblume</i>	1	
<i>velivet</i>	1	
<i>vyfemla</i>	1	
<i>xulane</i>	1	
<i>zafemy</i>	1	
<i>zovia 1/35</i>	1	
Gonadotropinas y antigonadotropinas		
ELIGARD	1	
FIRMAGON INJ 80MG	1	
FIRMAGON INJ 120MG/VIAL	1	NEDS
<i>leuprolide acetate inj 1mg/0.2ml</i>	1	SP-Optum Specialty
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	1	NEDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	1	NEDS
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	1	NEDS
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	1	NEDS
MYFEMBREE	1	QL(28 EA por 28 días); PA; NEDS
ORGOVYX	1	PA NSO; NEDS
ORLISSA TABS 150MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
ORLISSA TABS 200MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
SYNAREL	1	NEDS
TRELSTAR MIXJECT INJ 22.5MG, 3.75MG	1	
TRELSTAR MIXJECT INJ 11.25MG	1	NEDS
Pituitaria		
CORTROPHIN	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>desmopressin acetate tabs</i>	1	
<i>desmopressin acetate soln 0.01%</i>	1	
Progestinas		
DEPO-SUBQ PROVERA 104	1	
<i>medroxyprogesterone acetate inj, tabs</i>	1	
<i>megestrol acetate susp, tabs</i>	1	
<i>norethindrone acetate tabs</i>	1	
<i>progesterone caps</i>	1	
Hormones and Synthetic Substitutes		
Estrogens and Antiestrogens		
<i>amabelz</i>	1	
<i>anastrozole</i>	1	
COMBIPATCH	1	
DEPO-ESTRADIOL	1	
<i>dotti</i>	1	
ELESTRIN	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>estradiol</i>	1	
<i>estradiol valerate</i>	1	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	1	
ESTRING	1	
EVAMIST	1	
<i>exemestane</i>	1	
FEMRING	1	
<i>fyavolv</i>	1	
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	1	
IMVEXXY STARTER PACK	1	
<i>jinteli</i>	1	
KISQALI FEMARA 200 DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KISQALI FEMARA 400 DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KISQALI FEMARA 600 DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>letrozole</i>	1	
MENEST	1	
MENOSTAR	1	
<i>mimvey</i>	1	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	1	
OSPHENA	1	
PREMARIN	1	
PREMPHASE	1	
PREMPRO	1	
<i>raloxifene hydrochloride</i>	1	
SOLTAMOX	1	
<i>tamoxifen citrate</i>	1	
<i>toremifene citrate</i>	1	
<i>yuvafem</i>	1	
Medicamentos autónomos		
<i>Agentes anticolinérgicos</i>		
ANORO ELLIPTA	1	QL(180 EA por 90 días)
ATROVENT HFA	1	QL(77.4 GM por 90 días)
BEVESPI AEROSPHERE	1	QL(10.7 GM por 30 días)
<i>dicyclomine hcl soln</i>	1	
<i>dicyclomine hydrochloride caps, tabs</i>	1	
<i>glycopyrrolate soln</i>	1	
<i>glycopyrrolate tabs 1mg, 2mg</i>	1	
INCRUSE ELLIPTA	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide inhalation soln</i>	1	PA BvD
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03%</i>	1	QL(180 ML por 90 días)
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.06%</i>	1	QL(90 ML por 90 días)
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	1	NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	1	NEDS
SPIRIVA RESPIMAT	1	QL(12 GM por 90 días)
STIOLTO RESPIMAT	1	QL(12 GM por 90 días)
YUPELRI	1	PA BvD; NEDS
Agentes parasimpaticomiméticos (colinérgicos)		
<i>bethanechol chloride tabs</i>	1	
<i>cevimeline hydrochloride</i>	1	
<i>donepezil hcl tbdp</i>	1	
<i>donepezil hcl tabs 10mg, 23mg</i>	1	
<i>donepezil hydrochloride tabs 5mg</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide er</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide soln, tabs</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide er</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide soln, tabs</i>	1	
<i>rivastigmine tartrate</i>	1	
<i>rivastigmine transdermal system</i>	1	
Agentes simpaticolíticos (bloqueo adrenérgico)		
<i>alfuzosin hcl er</i>	1	
<i>dihydroergotamine mesylate soln</i>	1	QL(8 ML por 30 días); NEDS
<i>ergoloid mesylates tabs</i>	1	
<i>phenoxybenzamine hydrochloride</i>	1	
<i>silodosin</i>	1	
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	1	
Agentes simpaticomiméticos (adrenérgicos)		
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	1	QL(108 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	1	QL(40.2 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	1	QL(51 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate syrp, tabs</i>	1	
<i>albuterol sulfate nebu</i>	1	PA BvD
<i>arformoterol tartrate</i>	1	PA BvD
COMBIVENT RESPIMAT	1	QL(24 GM por 90 días)
<i>droxidopa</i>	1	PA; NEDS
<i>epinephrine inj 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	1	QL(2 EA por 1 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</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>formoterol fumarate nebu</i>	1	PA BvD
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol hcl nebu</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol hydrochloride nebu 0.63mg/3ml</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	1	QL(90 GM por 90 días)
<i>levalbuterol nebu</i>	1	PA BvD
<i>midodrine hcl</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PROAIR RESPICLICK	1	QL(6 EA por 90 días)
SEREVENT DISKUS	1	QL(180 EA por 90 días)
STRIVERDI RESPIMAT	1	QL(12 GM por 90 días)
<i>terbutaline sulfate tabs</i>	1	
<i>wixela inhub</i>	1	QL(180 EA por 90 días)
Medicamentos autónomos, varios		
NICOTROL INHALER	1	
NICOTROL NS	1	
<i>varenicline starting month box</i>	1	QL(53 EA por 28 días)
<i>varenicline tartrate</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>baclofen tabs</i>	1	
<i>cyclobenzaprine hydrochloride tabs</i>	1	
<i>dantrolene sodium caps</i>	1	
<i>tizanidine hcl caps 4mg</i>	1	
<i>tizanidine hcl tabs 2mg</i>	1	
<i>tizanidine hydrochloride caps 2mg, 6mg</i>	1	
<i>tizanidine hydrochloride tabs 4mg</i>	1	
Medicamentos cardiovasculares		
Agentes antilipémicos		
<i>atorvastatin calcium tabs</i>	1	
<i>cholestyramine light</i>	1	
<i>cholestyramine pack, powd</i>	1	
<i>colesevelam hydrochloride</i>	1	
<i>colestipol hcl</i>	1	
<i>ezetimibe</i>	1	
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	1	
<i>fenofibrate micronized caps 134mg, 200mg, 67mg</i>	1	
<i>fenofibrate caps 130mg, 150mg, 43mg, 50mg</i>	1	
<i>fenofibrate tabs</i>	1	
<i>fenofibric acid dr</i>	1	
FLOLIPID	1	
<i>fluvastatin</i>	1	
<i>fluvastatin sodium er</i>	1	
<i>gemfibrozil tabs</i>	1	
<i>icosapent ethyl</i>	1	
JUXTAPID CAPS 10MG, 20MG, 30MG, 5MG	1	PA; NEDS
LIVALO	1	
<i>lovastatin tabs</i>	1	
NEXLETOL	1	PA
NEXLIZET	1	PA
<i>niacin er</i>	1	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	1	
<i>pitavastatin calcium</i>	1	
PRALUENT	1	PA

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>pravastatin sodium</i>	1	
<i>prevalite</i>	1	
REPATHA	1	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	1	PA
REPATHA SURECLICK	1	PA
<i>rosuvastatin calcium</i>	1	
<i>simvastatin tabs</i>	1	
VASCEPA	1	
Agentes bloqueantes alfa adrenérgicos		
CARDURA XL	1	
<i>doxazosin mesylate tabs</i>	1	
<i>prazosin hydrochloride caps</i>	1	
<i>terazosin hcl caps 10mg, 1mg, 5mg</i>	1	
<i>terazosin hydrochloride caps 2mg</i>	1	
Agentes bloqueantes beta adrenérgicos		
<i>acebutolol hydrochloride</i>	1	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	1	
<i>atenolol tabs</i>	1	
<i>betaxolol hcl tabs 10mg, 20mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate tabs</i>	1	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>carvedilol phosphate er</i>	1	
<i>labetalol hydrochloride tabs</i>	1	
<i>metoprolol succinate er</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tabs</i>	1	
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>nadolol tabs 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	1	
<i>pindolol</i>	1	
<i>propranolol hcl er cp24 120mg, 160mg</i>	1	
<i>propranolol hcl soln</i>	1	
<i>propranolol hcl tabs 40mg</i>	1	
<i>propranolol hydrochloride er cp24 60mg, 80mg</i>	1	
<i>propranolol hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	1	
<i>sorine</i>	1	
<i>sotalol hcl</i>	1	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	1	
<i>timolol maleate tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
Agentes bloqueantes de los canales del calcio		
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	1	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	1	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	1	
<i>amlodipine besylate tabs</i>	1	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg; 160mg, 10mg; 25mg; 160mg, 5mg; 12.5mg; 160mg, 5mg; 25mg; 160mg</i>	1	
<i>cartia xt</i>	1	
<i>dilt-xr</i>	1	
<i>diltiazem hcl cd</i>	1	
<i>diltiazem hcl er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl er cp12, tb24</i>	1	
<i>diltiazem hcl tabs 30mg, 60mg, 90mg</i>	1	
<i>diltiazem hydrochloride er cp24</i>	1	
<i>diltiazem hydrochloride er tb24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	1	
<i>diltiazem hydrochloride tabs 120mg</i>	1	
<i>felodipine er</i>	1	
<i>isradipine</i>	1	
<i>matzim la</i>	1	
<i>nicardipine hcl caps</i>	1	
<i>nifedipine er</i>	1	
<i>nifedipine caps</i>	1	
<i>nimodipine caps</i>	1	
<i>nisoldipine er</i>	1	
NYMALIZE SOLN 6MG/ML	1	NEDS
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>taztia xt</i>	1	
<i>telmisartan/amlodipine</i>	1	
<i>tiadylt er</i>	1	
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	1	
<i>verapamil hcl er cp24 100mg, 300mg</i>	1	
<i>verapamil hcl er tbc 120mg, 240mg</i>	1	
<i>verapamil hcl sr cp24</i>	1	
<i>verapamil hcl tabs 40mg, 80mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er cp24 200mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er tbc 180mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride tabs 120mg</i>	1	
Agentes hipotensores		
<i>clonidine hcl ptwk</i>	1	
<i>clonidine hydrochloride er tb12</i>	1	
<i>clonidine hydrochloride tabs</i>	1	
<i>hydralazine hcl tabs 10mg</i>	1	
<i>hydralazine hydrochloride tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>minoxidil tabs</i>	1	
Agentes vasodilatadores		
<i>alyq</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>dipyridamole tabs</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	1	
<i>isosorbide dinitrate tabs</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	
NITRO-BID	1	
<i>nitroglycerin transdermal</i>	1	
<i>nitroglycerin soln</i>	1	
<i>nitroglycerin subl 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	1	
<i>sildenafil citrate tabs 20mg</i>	1	PA; SP-Optum Specialty
<i>tadalafil tabs 20mg</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>tadalafil tabs 2.5mg, 5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); PA
VERQUVO	1	
<i>Inhibidor del sistema renina-angiotensina-aldosterona</i>		
<i>aliskiren</i>	1	
<i>benazepril hcl tabs 10mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>benazepril hydrochloride tabs 20mg</i>	1	
<i>candesartan cilexetil</i>	1	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>captopril tabs</i>	1	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>enalapril maleate tabs</i>	1	
ENTRESTO	1	
<i>eplerenone</i>	1	
<i>fosinopril sodium</i>	1	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>irbesartan</i>	1	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
KERENDIA	1	PA
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>lisinopril tabs</i>	1	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>losartan potassium tabs</i>	1	
<i>moexipril hcl</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil tabs</i>	1	
<i>perindopril erbumine</i>	1	
<i>quinapril hydrochloride</i>	1	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>spironolactone tabs</i>	1	
TEKTURNA HCT	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>telmisartan</i>	1	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>trandolapril</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>valsartan tabs</i>	1	
Medicamentos cardíacos		
<i>amiodarone hydrochloride tabs</i>	1	
CAMZYOS	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
CORLANOR	1	
<i>digitek tabs 0.125mg, 0.25mg</i>	1	
<i>digox</i>	1	
<i>digoxin oral soln</i>	1	
<i>digoxin inj 0.25mg/ml</i>	1	
<i>digoxin tabs 125mcg, 250mcg, 62.5mcg</i>	1	
<i>disopyramide phosphate</i>	1	
<i>dofetilide</i>	1	
<i>flecainide acetate</i>	1	
<i>mexiletine hcl</i>	1	
MULTAQ	1	
NORPACE CR	1	
<i>propafenone hcl</i>	1	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	1	
<i>quinidine gluconate cr</i>	1	
<i>quinidine sulfate tabs</i>	1	
<i>ranolazine er</i>	1	
Medicamentos gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
<i>loperamide hcl caps</i>	1	
<i>opium</i>	1	
<i>opium tincture tinc 1%</i>	1	
XERMELO	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiinflamatorios		
<i>alosetron hydrochloride</i>	1	NEDS
<i>balsalazide disodium</i>	1	
<i>mesalamine dr</i>	1	
<i>mesalamine er</i>	1	
<i>mesalamine enem, kit, supp</i>	1	
Agentes antiulcerosos y supresores de ácido		
<i>bismuth subcitrate pot/metronidazole/tetracycline hydrochlo</i>	1	
<i>cimetidine tabs</i>	1	
DEXLANSOPRAZOLE	1	
<i>esomeprazole magnesium</i>	1	
<i>famotidine susr</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>famotidine tabs 20mg, 40mg</i>	1	
<i>lansoprazole/amoxicillin/clarithromycin thpk</i>	1	
<i>lansoprazole cpdr, tbdd</i>	1	
<i>misoprostol tabs</i>	1	
<i>nizatidine soln</i>	1	
<i>omeprazole dr cpdr 10mg</i>	1	
<i>omeprazole/sodium bicarbonate caps</i>	1	
<i>omeprazole/sodium bicarbonate pack</i>	1	NEDS
<i>omeprazole cpdr 20mg, 40mg</i>	1	
<i>pantoprazole sodium pack, tbec</i>	1	
PYLERA	1	
<i>rabeprazole sodium</i>	1	
<i>sucralfate susp, tabs</i>	1	
Agentes colestrolíticos		
<i>ursodiol caps 200mg, 300mg</i>	1	
<i>ursodiol tabs</i>	1	
Agentes procinéticos		
<i>metoclopramide hcl inj, oral soln</i>	1	
<i>metoclopramide hcl tabs 5mg</i>	1	
<i>metoclopramide hydrochloride tabs 10mg</i>	1	
<i>metoclopramide odt</i>	1	
Antieméticos		
<i>aprepitant caps 0, 40mg, 80mg</i>	1	PA BvD
<i>aprepitant caps 125mg</i>	1	PA BvD; NEDS
<i>dronabinol</i>	1	PA BvD
<i>granisetron hydrochloride tabs</i>	1	PA BvD
<i>meclizine hcl tabs</i>	1	
<i>ondansetron hcl soln</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl tabs 24mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hydrochloride tabs</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron odt</i>	1	PA BvD
<i>scopolamine</i>	1	
Catárticos y laxantes		
CLENPIQ	1	
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-g</i>	1	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	1	
OSMOPREP	1	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	1	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	1	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	1	
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic</i>	1	
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	1	
Digestivos		

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CREON CPEP 120000UNIT; 24000UNIT; 76000UNIT, 15000UNIT; 3000UNIT; 9500UNIT, 180000UNIT; 36000UNIT; 114000UNIT, 30000UNIT; 6000UNIT; 19000UNIT, 60000UNIT; 12000UNIT; 38000UNIT	1	
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	
Medicamentos GI, varios		
BYLVAY	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
BYLVAY (PELLETS)	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
CHOLBAM	1	PA; NEDS
GATTEX	1	PA; NEDS
LINZESS	1	
LIVMARLI	1	PA; NEDS
<i>lubiprostone</i>	1	
MOVANTIK	1	
RELISTOR	1	NEDS
SKYRIZI INJ 600MG/10ML	1	PA; NEDS
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
Preparaciones para ojos, oídos, nariz y garganta		
Agentes antialérgicos		
ALOCRIL	1	
ALOMIDE	1	
<i>azelastine hcl ophthalmic soln</i>	1	
<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>bepotastine besilate</i>	1	
<i>cromolyn sodium soln 4%</i>	1	
<i>epinastine hcl</i>	1	
<i>olopatadine hcl ophthalmic soln</i>	1	
<i>olopatadine hcl nasal soln</i>	1	QL(91.5 GM por 90 días)
<i>olopatadine hydrochloride soln 0.2%</i>	1	
Agentes antiglaucoma		
<i>acetazolamide er</i>	1	
<i>acetazolamide tabs</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ALPHAGAN P SOLN 0.1%	1	
<i>betaxolol hcl soln 0.5%</i>	1	
BETIMOL	1	
BETOPTIC-S	1	
<i>bimatoprost soln</i>	1	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	1	
<i>brimonidine tartrate soln</i>	1	
<i>brinzolamide</i>	1	
<i>carteolol hcl</i>	1	
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	1	
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	1	
<i>dorzolamide hydrochloride soln</i>	1	
<i>latanoprost soln</i>	1	
<i>levobunolol hcl soln 0.5%</i>	1	
LUMIGAN	1	
<i>methazolamide tabs</i>	1	
PHOSPHOLINE IODIDE SOLR 0.125%	1	
<i>pilocarpine hcl soln 1%, 2%, 4%</i>	1	
RHOPRESSA	1	
ROCKLATAN	1	
SIMBRINZA	1	
<i>tafluprost</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	1	
<i>timolol maleate soln 0.25%, 0.5%</i>	1	
<i>travoprost</i>	1	
VYZULTA	1	
Agentes antiinflamatorios		
ALREX	1	
<i>bromfenac</i>	1	
<i>bromfenac sodium soln 0.07%</i>	1	
BROMSITE	1	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	1	
CORTISPORIN-TC	1	
<i>cyclosporine emul 0.05%</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic soln 0.1%</i>	1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%</i>	1	
<i>difluprednate</i>	1	
<i>flac</i>	1	
FLAREX	1	
<i>flunisolide soln 0.025%</i>	1	QL(150 ML por 90 días)
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01%</i>	1	
<i>fluorometholone susp</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	1	
<i>fluticasone propionate susp 50mcg/act</i>	1	QL(48 GM por 90 días)
FML	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
FML FORTE	1	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	1	
ILEVRO	1	
INVELTYS	1	
<i>ketorolac tromethamine</i>	1	
LOTEMAX OINT	1	
<i>loteprednol etabonate</i>	1	
MAXIDEX SUSP	1	
<i>mometasone furoate susp 50mcg/act</i>	1	QL(102 GM por 90 días)
<i>neo-polycin hc</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone ophthalmic susp, otic susp</i>	1	
PRED MILD	1	
<i>prednisolone acetate</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic soln 1%</i>	1	
PROLENSA	1	
RESTASIS	1	
RESTASIS MULTIDOSE	1	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	1	
TOBRADEX ST	1	
TOBRADEX OINT	1	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	1	
ZYLET	1	
Anestésicos locales		
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	1	
<i>lidocaine viscous</i>	1	
Antiinfecciosos		
AZASITE	1	
<i>bacitracin</i>	1	
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	1	
BESIVANCE	1	
<i>chlorhexidine gluconate</i>	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride soln 0.3%</i>	1	
<i>ciprofloxacin soln 0.2%</i>	1	
<i>erythromycin oint 5mg/gm</i>	1	
<i>gatifloxacin</i>	1	
<i>gentak oint</i>	1	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic soln 0.3%</i>	1	
<i>levofloxacin ophthalmic soln 0.5%, 1.5%</i>	1	
<i>moxifloxacin hydrochloride soln 0.5%</i>	1	
NATACYN	1	
<i>neo-polycin</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	1	
<i>ofloxacin ophthalmic soln 0.3%</i>	1	
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	1	
<i>perio gard</i>	1	
<i>polycin</i>	1	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</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</i>	1	
XDEM VY	1	PA; NEDS
ZIRGAN	1	
Medicamentos para OONG, varios		
<i>acetic acid</i>	1	
<i>apraclonidine</i>	1	
CYSTARAN	1	
OXERVATE	1	PA; NEDS
Midriáticos		
<i>atropine sulfate soln 1%</i>	1	
<i>cyclopentolate hcl soln 2%</i>	1	
<i>cyclopentolate hydrochloride soln</i>	1	
Recursos		
Recursos		
<i>alcohol prep pads</i>	1	
<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x 5/16"</i>	1	
<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x 1/2"</i>	1	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x 12.7mm</i>	1	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	1	
<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	1	
<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	1	
<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm</i>	1	
<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	1	
<i>gauze pads 2"x2"</i>	1	
<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	1	
<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	1	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	1	
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	1	
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	1	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	1	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	1	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	1	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	1	
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	1	
<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"</i>	1	
<i>techlite pen needles 29g x 10mm</i>	1	
<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x 1/2"</i>	1	
<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	1	
Relajantes musculares suaves		
<i>Relajantes musculares suaves genitourinarios</i>		
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	1	
<i>fesoterodine fumarate er</i>	1	
<i>flavoxate hcl</i>	1	
GEMTESA	1	
MYRBETRIQ	1	
<i>oxybutynin chloride er</i>	1	
<i>oxybutynin chloride soln, tabs</i>	1	
<i>solifenacin succinate</i>	1	
<i>tolterodine tartrate</i>	1	
<i>tolterodine tartrate er</i>	1	
<i>tropium chloride</i>	1	
<i>tropium chloride er</i>	1	
<i>Relajantes musculares suaves respiratorios</i>		
<i>elixophyllin</i>	1	
<i>theophylline er tb24</i>	1	
<i>theophylline er tb12 300mg, 450mg</i>	1	
<i>theophylline elix</i>	1	
Skin and Mucous Membrane Preparations		
<i>Anti-infectives</i>		
<i>acyclovir crea 5%</i>	1	
<i>ciclopirox</i>	1	
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	1	
<i>ciclopirox olamine</i>	1	
CLEOCIN	1	
<i>clindacin</i>	1	
<i>clindacin etz pledgets</i>	1	
<i>clindacin-p</i>	1	
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	1	
<i>clindamycin phosphate crea 2%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate foam 1%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate gel 1%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate lotn 1%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate external soln 1%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	1	
<i>clotrimazole</i>	1	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	1	
<i>econazole nitrate</i>	1	
<i>ery</i>	1	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	1	
<i>erythromycin gel 2%</i>	1	
<i>erythromycin soln 2%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate crea 0.1%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	1	
GNAZOLE-1	1	
<i>ivermectin crea 1%</i>	1	
<i>ketoconazole crea 2%</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>ketoconazole foam 2%</i>	1	
<i>ketoconazole sham 2%</i>	1	
KETODAN	1	
<i>malathion</i>	1	
MENTAX	1	
<i>metronidazole vaginal</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>miconazole 3</i>	1	
<i>mupirocin crea</i>	1	QL(180 GM por 30 días)
<i>mupirocin oint</i>	1	QL(44 GM por 30 días)
<i>naftifine hcl</i>	1	
<i>naftifine hydrochloride crea 2%</i>	1	
NEUAC	1	
NUVESSA	1	
<i>nyamyc</i>	1	
<i>nystatin crea 100000unit/gm</i>	1	
<i>nystatin oint 100000unit/gm</i>	1	
<i>nystatin powd 100000unit/gm</i>	1	
<i>nystop</i>	1	
<i>oxiconazole nitrate</i>	1	QL(90 GM por 30 días)
<i>penciclovir</i>	1	
<i>permethrin</i>	1	
<i>rosadan</i>	1	
<i>selenium sulfide</i>	1	
<i>silver sulfadiazine</i>	1	
<i>ssd</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium lotn 10%</i>	1	
SULFAMYLON	1	
<i>terconazole</i>	1	
Anti-inflammatory Agents		

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ala-cort</i>	1	
<i>alclometasone dipropionate</i>	1	
<i>amcinonide</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	1	
<i>betamethasone valerate</i>	1	
<i>budesonide foam 2mg</i>	1	
<i>calcipotriene/betamethasone dipropionate oint</i>	1	
<i>calcipotriene/betamethasone dipropionate susp</i>	1	NEDS
<i>clobetasol propionate e</i>	1	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate emollient</i>	1	QL(200 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate foam</i>	1	QL(200 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate soln</i>	1	QL(200 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate lotn, sham</i>	1	QL(236 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate crea, gel, oint</i>	1	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate liqd</i>	1	QL(250 ML por 30 días)
<i>clocortolone pivalate</i>	1	
<i>clodan</i>	1	QL(236 ML por 30 días)
CORDRAN	1	
<i>desonide</i>	1	
<i>desoximetasone</i>	1	
DESRX	1	
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	1	QL(200 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	1	QL(960 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium external soln 1.5%</i>	1	QL(300 ML por 30 días)
<i>diflorasone diacetate</i>	1	
EUCRISA	1	PA
<i>fluocinolone acetonide body</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide scalp</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</i>	1	
<i>fluocinonide emulsified base</i>	1	
<i>fluticasone propionate crea 0.05%</i>	1	
<i>fluticasone propionate lotn 0.05%</i>	1	
<i>fluticasone propionate oint 0.005%</i>	1	
<i>halcinonide</i>	1	
<i>halobetasol propionate</i>	1	
<i>hydrocortisone butyrate</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate</i>	1	
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone enem 100mg/60ml</i>	1	
<i>hydrocortisone lotn 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone oint 1%, 2.5%</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<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>nystatin/triamcinolone</i>	1	
<i>oralone dental paste</i>	1	
<i>prednicarbate</i>	1	
<i>procto-med hc</i>	1	
<i>procto-pak</i>	1	
<i>proctosol hc</i>	1	
<i>proctozone-hc</i>	1	
TOVET	1	QL(200 GM por 30 días)
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide aers 0.147mg/gm</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide crea 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide lotn 0.025%, 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide oint 0.025%, 0.05%, 0.1%, 0.5%</i>	1	
TRIANEX	1	
<i>triderm</i>	1	
TRITOCIN	1	
UCERIS	1	
Antipruritics and Local Anesthetics		
<i>doxepin hydrochloride crea 5%</i>	1	QL(90 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone acetate/pramoxine</i>	1	
<i>lidocaine hydrochloride external soln 4%</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine/prilocaine</i>	1	QL(60 GM por 30 días)
<i>lidocaine oint</i>	1	QL(100 GM por 30 días)
<i>lidocaine ptch</i>	1	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>premium lidocaine</i>	1	QL(100 GM por 30 días)
Cell Stimulants and Proliferants		
<i>avita</i>	1	PA
RETIN-A MICRO PUMP	1	PA
<i>tretinoin microsphere gel 0.04%, 0.1%</i>	1	PA
<i>tretinoin crea 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	1	PA
<i>tretinoin gel 0.01%, 0.025%, 0.05%</i>	1	PA
Emollients, Demulcents, and Protectants		
<i>ammonium lactate</i>	1	
Skin and Mucous Membrane Agents, Misc		
<i>accutane</i>	1	
<i>acitretin</i>	1	
<i>adapalene</i>	1	PA
<i>amnesteem</i>	1	
<i>azelaic acid</i>	1	
AZELEX	1	
<i>bexarotene gel 1%</i>	1	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>calcipotriene crea, oint</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene soln</i>	1	QL(120 ML por 30 días)
<i>calcitriol oint 3mcg/gm</i>	1	
<i>claravis</i>	1	
CONDYLOX	1	
DUPIXENT INJ 200MG/1.14ML, 300MG/2ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>fluorouracil</i>	1	
HYFTOR	1	PA; NEDS
<i>imiquimod</i>	1	
<i>imiquimod pump</i>	1	
<i>isotretinoin</i>	1	
KLISYRI	1	PA; NEDS
MYORISAN	1	
PANRETIN	1	NEDS
<i>pimecrolimus</i>	1	
<i>podofilox soln 0.5%</i>	1	
RECTIV	1	QL(30 GM por 30 días)
REGRANEX	1	
SANTYL	1	
SKYRIZI PEN	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 75MG/0.83ML	1	QL(1 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 150MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
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
<i>tacrolimus oint 0.03%, 0.1%</i>	1	
<i>tazarotene</i>	1	PA
TAZORAC	1	PA
VALCHLOR	1	NEDS; SP-Optum Specialty
WINLEVI	1	PA
ZENATANE	1	
Vitamina		
<i>Preparaciones multivitamínicas</i>		
<i>prenatal</i>	1	
Vitaminas		

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Complejo de Vitamina B		
<i>niacin tabs 500mg</i>	1	
<i>niacor</i>	1	
Vitamina D		
<i>calcitriol caps 0.25mcg, 0.5mcg</i>	1	
<i>calcitriol soln 1mcg/ml</i>	1	
<i>doxercalciferol caps</i>	1	
<i>paricalcitol caps</i>	1	
RAYALDEE	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Índice de Drogas

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	6	<i>allopurinol</i>	30
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	6	<i>almotriptan</i>	16
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	6	ALOCRIL	56
ABELCET	5	ALOMIDE	56
ABILIFY ASIMTUFII	18	<i>alose tron hydrochloride</i>	54
ABILIFY MAINTENA	18	ALPHAGAN P	57
ABILIFY MYCITE	18	<i>alprazolam</i>	23
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	18	<i>alprazolam er</i>	23
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	18	<i>alprazolam odt</i>	23
<i>abiraterone acetate</i>	9	ALREX	57
ABRYSVO	35	ALUNBRIG	9
<i>acamprosate calcium dr</i>	17	<i>alyq</i>	52
<i>acarbose</i>	42	<i>amabelz</i>	47
<i>accutane</i>	63	<i>amantadine hcl</i>	16
<i>acebutolol hydrochloride</i>	51	<i>ambrisentan</i>	27
<i>acetaminophen/codeine</i>	21	<i>amcinonide</i>	62
<i>acetazolamide</i>	56	<i>amethia</i>	45
<i>acetazolamide er</i>	56	<i>amikacin sulfate</i>	2
<i>acetic acid</i>	59	<i>amiloride hcl</i>	39
<i>acetic acid 0.25%</i>	41	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	39
<i>acetylcysteine</i>	32	<i>aminocaproic acid</i>	36
<i>acitretin</i>	63	AMINOSYN II	37
ACTHIB	35	AMINOSYN-PF 7%	38
ACTIMMUNE	30	<i>amiodarone hydrochloride</i>	54
<i>acyclovir</i>	6	<i>amitriptyline hcl</i>	18
<i>acyclovir</i>	60	<i>amitriptyline hydrochloride</i>	18
<i>acyclovir sodium</i>	6	<i>amlodipine besylate</i>	51
ADACEL	34	<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	51
<i>adapalene</i>	63	<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	51
<i>adefovir dipivoxil</i>	6	<i>hydrochloride</i>	
ADEMPAS	27	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	51
ADTHYZA	44	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	51
AIMOVIG	16	<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	52
<i>ala-cort</i>	62	<i>ammonium lactate</i>	63
<i>albendazole</i>	5	<i>amnestem</i>	63
<i>albuterol sulfate</i>	49	<i>amoxapine</i>	18
<i>albuterol sulfate hfa</i>	49	<i>amoxicillin</i>	2
<i>alclometasone dipropionate</i>	62	<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	2
<i>alcohol prep pads</i>	59	<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	2
ALECENSA	9	<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	15
<i>alendronate sodium</i>	32	<i>amphotericin b</i>	5
<i>alfuzosin hcl er</i>	49	<i>amphotericin b liposome</i>	5
<i>aliskiren</i>	53	<i>ampicillin</i>	2
		<i>ampicillin sodium</i>	2
		<i>ampicillin/sulbactam</i>	2
		<i>ampicillin-sulbactam</i>	2

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>anagrelide hydrochloride</i>	36	<i>azathioprine</i>	31
<i>anastrozole</i>	47	<i>azelaic acid</i>	63
ANORO ELLIPTA	48	<i>azelastine hcl</i>	56
APLENZIN	18	<i>azelastine hydrochloride</i>	56
<i>apraclonidine</i>	59	AZELEX	63
<i>aprepitant</i>	55	<i>azithromycin</i>	2
<i>apri</i>	45	<i>aztreonam</i>	2
APTIOM	24	<i>bacitracin</i>	58
APTIVUS	6	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	58
ARCALYST	32	<i>baclofen</i>	50
AREXVY	35	BAFIERTAM	30
<i>arformoterol tartrate</i>	49	<i>balsalazide disodium</i>	54
ARIKAYCE	2	BALVERSA	9
<i>aripiprazole</i>	18	<i>balziva</i>	45
<i>aripiprazole odt</i>	18	BAQSIMI ONE PACK	43
ARISTADA	18	BAQSIMI TWO PACK	43
ARISTADA INITIO	18	BAXDELA	2
<i>armodafinil</i>	15	BCG VACCINE	35
ARMOUR THYROID	44	<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x</i>	59
<i>asenapine maleate sl</i>	18	<i>1/2"</i>	
<i>ashlyna</i>	45	<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x</i>	59
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	36	<i>5/16"</i>	
<i>atazanavir</i>	6	<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x</i>	59
<i>atazanavir sulfate</i>	6	<i>12.7mm</i>	
<i>atenolol</i>	51	<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	59
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	51	<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	59
<i>atomoxetine</i>	17	<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	59
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	17	<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x</i>	59
<i>atorvastatin calcium</i>	50	<i>12.7mm</i>	
<i>atovaquone</i>	6	BELBUCA	21
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	6	BELSOMRA	23
<i>atropine sulfate</i>	59	<i>benazepril hcl</i>	53
ATROVENT HFA	48	<i>benazepril hydrochloride</i>	53
AUBAGIO	30	<i>benazepril</i>	53
AUGMENTIN	2	<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	
AURYXIA	39	BENLYSTA	31
AUSTEDO	26	BENZNIDAZOLE	6
AUVELITY	18	<i>benztropine mesylate</i>	16
AVEED	45	<i>bepotastine besilate</i>	56
<i>aviane</i>	45	BERINERT	32
<i>avita</i>	63	BESIVANCE	58
AVONEX	30	BESREMI	9
AVONEX PEN	30	<i>betaine anhydrous</i>	32
AVYCAZ	2	<i>betamethasone dipropionate</i>	62
AYVAKIT	9	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	62
AZASITE	58	<i>betamethasone valerate</i>	62

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
BETASERON	30	<i>buprenorphine hcl</i>	21
<i>betaxolol hcl</i>	51	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	21
<i>betaxolol hcl</i>	57	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	21
<i>bethanechol chloride</i>	49	<i>bupropion hcl</i>	18
BETIMOL	57	<i>bupropion hydrochloride</i>	18
BETOPTIC-S	57	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	18
BEVESPI AEROSPHERE	48	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	18
<i>bexarotene</i>	9	<i>bupirone hcl</i>	23
<i>bexarotene</i>	63	<i>bupirone hydrochloride</i>	23
BEXSERO	35	<i>butorphanol tartrate</i>	21
<i>bicalutamide</i>	9	BYDUREON BCISE	42
BICILLIN C-R	2	BYETTA	42
BICILLIN L-A	2	BYLVAY	56
BIKTARVY	6	BYLVAY (PELLETS)	56
<i>bimatoprost</i>	57	<i>cabergoline</i>	16
<i>bismuth subcitrate</i>	54	CABLIVI	36
<i>pot/metronidazole/tetracycline hydrochloride</i>		CABOMETYX	9
<i>bisoprolol fumarate</i>	51	<i>calcipotriene</i>	64
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	51	<i>calcipotriene/betamethasone dipropionate</i>	62
BIVIGAM	34	<i>calcitonin salmon</i>	44
BOOSTRIX	34	<i>calcitonin-salmon</i>	44
<i>bortezomib</i>	9	<i>calcitriol</i>	64
<i>bosentan</i>	27	<i>calcitriol</i>	65
BOSULIF	9	<i>calcium acetate</i>	40
BRAFTOVI	9	CALQUENCE	9
BREO ELLIPTA	41	<i>camila</i>	45
BREYNA	41	CAMZYOS	54
BREZTRI AEROSPHERE	41	<i>candesartan cilexetil</i>	53
<i>briellyn</i>	45	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	53
BRILINTA	36	CAPLYTA	18
<i>brimonidine tartrate</i>	57	CAPRELSA	9
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	57	<i>captopril</i>	53
<i>brinzolamide</i>	57	<i>carbamazepine</i>	24
BRIVIACT	24	<i>carbamazepine er</i>	24
<i>bromfenac</i>	57	<i>carbidopa</i>	17
<i>bromfenac sodium</i>	57	<i>carbidopa/levodopa</i>	16
<i>bromocriptine mesylate</i>	16	<i>carbidopa/levodopa er</i>	16
BROMSITE	57	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	16
BRONCHITOL	27	<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	17
BRUKINSA	9	CARDURA XL	51
<i>budesonide</i>	41	<i>carglumic acid</i>	39
<i>budesonide</i>	62	<i>carteolol hcl</i>	57
<i>budesonide er</i>	41	<i>cartia xt</i>	52
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	41	<i>carvedilol</i>	51
<i>bumetanide</i>	39	<i>carvedilol phosphate er</i>	51
<i>buprenorphine</i>	21		

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>casprofungin acetate</i>	5	<i>ciprofloxacin</i>	3
CAYSTON	2	<i>ciprofloxacin</i>	58
<i>cefaclor</i>	2	<i>ciprofloxacin hcl</i>	3
<i>cefadroxil</i>	2	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	3
<i>cefazolin</i>	2	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	58
<i>cefazolin sodium</i>	2	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	3
<i>cefazolin sodium/dextrose</i>	2	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	57
<i>cefdinir</i>	2	<i>citalopram hydrobromide</i>	18
<i>cefepime</i>	2	<i>claravis</i>	64
<i>cefepime hydrochloride</i>	2	<i>clarithromycin</i>	3
<i>cefepime/dextrose</i>	2	<i>clarithromycin er</i>	3
<i>cefixime</i>	2	CLENPIQ	55
<i>cefotetan</i>	2	CLEOCIN	60
<i>cefoxitin sodium</i>	2	<i>clindacin</i>	60
<i>cefpodoxime proxetil</i>	2	<i>clindacin etz pledgets</i>	60
<i>cefprozil</i>	2	<i>clindacin-p</i>	60
<i>ceftazidime</i>	2	<i>clindamycin hcl</i>	3
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	2	<i>clindamycin hydrochloride</i>	3
<i>ceftriaxone sodium</i>	2	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	3
<i>ceftriaxone/dextrose</i>	2	<i>clindamycin phosphate</i>	3
<i>cefuroxime axetil</i>	2	<i>clindamycin phosphate</i>	60
<i>cefuroxime sodium</i>	3	<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	60
<i>celecoxib</i>	21	<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	3
CELONTIN	24	<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	61
<i>cephalexin</i>	3	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10%	38
CERDELGA	32	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5%	38
<i>cevimeline hydrochloride</i>	49	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	38
CHEMET	33	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	38
<i>chlordiazepoxide/amitriptyline</i>	18	CLINIMIX 6/5	38
<i>chlorhexidine gluconate</i>	58	CLINIMIX 8/10	38
<i>chloroquine phosphate</i>	6	CLINIMIX E 2.75%/DEXTROSE 5%	38
<i>chlorpromazine hcl</i>	18	CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 10%	38
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	18	CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 5%	38
<i>chlorthalidone</i>	39	CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 15%	38
CHOLBAM	56	CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 20%	38
<i>cholestyramine</i>	50	CLINIMIX E 8/10	38
<i>cholestyramine light</i>	50	CLINISOL SF 15%	38
<i>ciclopirox</i>	60	<i>clobazam</i>	24
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	60	<i>clobetasol propionate</i>	62
<i>ciclopirox olamine</i>	60	<i>clobetasol propionate e</i>	62
<i>cidofovir</i>	6	<i>clobetasol propionate emollient</i>	62
<i>cilostazol</i>	36	<i>clocortolone pivalate</i>	62
CIMDUO	6	<i>clodan</i>	62
<i>cimetidine</i>	54	<i>clomipramine hydrochloride</i>	18
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	44	<i>clonazepam</i>	24
CINRYZE	32	<i>clonazepam odt</i>	24

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>clonidine hcl</i>	52	<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	34
<i>clonidine hydrochloride</i>	52	CYSTAGON	33
<i>clonidine hydrochloride er</i>	52	CYSTARAN	59
<i>clopidogrel</i>	36	<i>dabigatran etexilate</i>	36
<i>clorazepate dipotassium</i>	23	<i>dalfampridine er</i>	33
<i>clotrimazole</i>	61	DALVANCE	3
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	61	<i>danazol</i>	45
<i>clozapine</i>	18	<i>dantrolene sodium</i>	50
<i>clozapine odt</i>	18	<i>dapsone</i>	5
COARTEM	6	DAPTACEL	34
<i>codeine sulfate</i>	21	<i>daptomycin</i>	3
<i>colchicine</i>	30	<i>daptomycin/sodium chloride</i>	3
<i>colesevelam hydrochloride</i>	50	<i>darifenacin hydrobromide er</i>	60
<i>colestipol hcl</i>	50	<i>darunavir</i>	6
<i>colistimethate sodium</i>	3	DARZALEX	10
COMBIPATCH	47	DAURISMO	10
COMBIVENT RESPIMAT	49	DAYVIGO	23
COMETRIQ	10	<i>deblitane</i>	45
COMPLERA	6	<i>deferasirox</i>	33
CONDYLOX	64	<i>deferiprone</i>	34
<i>constulose</i>	39	DELSTRIGO	6
COPAXONE	30	<i>demeclocycline hcl</i>	3
COPIKTRA	10	DENGVAXIA	35
CORDRAN	62	DEPO-ESTRADIOL	47
CORLANOR	54	DEPO-MEDROL	41
CORTIFOAM	15	DEPO-SUBQ PROVERA 104	47
CORTISPORIN-TC	57	DESCOVY	6
CORTROPHIN	47	<i>desipramine hydrochloride</i>	18
COSENTYX	28	<i>desloratadine</i>	34
COSENTYX SENSOREADY PEN	28	<i>desloratadine odt</i>	34
COSENTYX UNOREADY	28	<i>desmopressin acetate</i>	47
COTELLIC	10	<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	45
CREON	56	<i>desonide</i>	62
<i>cromolyn sodium</i>	27	<i>desoximetasone</i>	62
<i>cromolyn sodium</i>	56	DESRX	62
<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	59	<i>desvenlafaxine er</i>	18
CUVITRU	34	<i>dexamethasone</i>	41
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	50	<i>dexamethasone 10-day dose pack</i>	41
<i>cyclopentolate hcl</i>	59	<i>dexamethasone 13-day dose pack</i>	41
<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	59	<i>dexamethasone 6-day dose pack</i>	41
<i>cyclophosphamide</i>	10	<i>dexamethasone intensol</i>	41
CYCLOSET	42	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	41
<i>cyclosporine</i>	31	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	57
<i>cyclosporine</i>	57	DEXLANSOPRAZOLE	54
<i>cyclosporine modified</i>	31	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	15
<i>cyproheptadine hcl</i>	34	<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	15

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	15	<i>diltiazem hcl er</i>	52
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	15	<i>diltiazem hydrochloride</i>	52
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	16	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	52
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	15	<i>dilt-xr</i>	52
<i>dextrose 10%/nacl 0.45%</i>	40	<i>dimethyl fumarate</i>	30
<i>dextrose 10%</i>	38	<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	30
<i>dextrose 10%/nacl 0.2%</i>	40	<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	34
<i>dextrose 2.5%/nacl 0.45%</i>	40	<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed</i>	34
<i>dextrose 5%</i>	38	<i>pediatric</i>	
<i>dextrose 5%/nacl 0.2%</i>	40	<i>dipyridamole</i>	52
<i>dextrose 5%/nacl 0.3%</i>	40	<i>disopyramide phosphate</i>	54
<i>dextrose 5%/nacl 0.33%</i>	40	<i>disulfiram</i>	32
<i>dextrose 5%/nacl 0.45%</i>	40	<i>divalproex sodium</i>	24
<i>dextrose 5%/nacl 0.9%</i>	40	<i>divalproex sodium dr</i>	24
<i>dextrose 50%</i>	38	<i>divalproex sodium er</i>	24
<i>dextrose 70%</i>	38	<i>docetaxel</i>	10
<i>dextrose/sodium chloride</i>	40	<i>dofetilide</i>	54
DIACOMIT	24	<i>donepezil hcl</i>	49
<i>diazepam</i>	23	<i>donepezil hydrochloride</i>	49
<i>diazepam intensol</i>	23	DOPTELET	36
<i>diazepam rectal gel</i>	23	<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	57
<i>diazoxide</i>	43	<i>dorzolamide hydrochloride</i>	57
<i>dichlorphenamide</i>	32	<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate</i>	57
<i>diclofenac epolamine</i>	21	<i>pf</i>	
<i>diclofenac potassium</i>	21	<i>dotti</i>	47
<i>diclofenac sodium</i>	57	DOVATO	7
<i>diclofenac sodium</i>	62	<i>doxazosin mesylate</i>	51
<i>diclofenac sodium dr</i>	21	<i>doxepin hcl</i>	18
<i>diclofenac sodium er</i>	21	<i>doxepin hydrochloride</i>	18
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>	21	<i>doxepin hydrochloride</i>	63
<i>dicloxacillin sodium</i>	3	<i>doxercalciferol</i>	65
<i>dicyclomine hcl</i>	48	DOXY 100	3
<i>dicyclomine hydrochloride</i>	48	<i>doxycycline</i>	3
DIFICID	3	<i>doxycycline hyclate</i>	3
<i>diflorasone diacetate</i>	62	<i>doxycycline hyclate dr</i>	3
<i>diflunisal</i>	21	<i>doxycycline monohydrate</i>	3
<i>difluprednate</i>	57	DRIZALMA SPRINKLE	18
<i>digitek</i>	54	<i>dronabinol</i>	55
<i>digox</i>	54	<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	45
<i>digoxin</i>	54	DROXIA	10
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	49	<i>droxidopa</i>	49
DILANTIN	24	<i>duloxetine hcl</i>	18
DILANTIN INFATABS	24	<i>duloxetine hydrochloride</i>	18
DILANTIN-125	24	DUPIXENT	27
<i>diltiazem hcl</i>	52	DUPIXENT	64
<i>diltiazem hcl cd</i>	52	<i>dutasteride</i>	32

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	32	EPRONTIA	25
<i>econazole nitrate</i>	61	EQUETRO	25
EDURANT	7	<i>ergoloid mesylates</i>	49
<i>efavirenz</i>	7	ERIVEDGE	10
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	7	ERLEADA	10
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	7	<i>erlotinib hydrochloride</i>	10
<i>effe-k</i>	40	<i>errin</i>	46
EGRIFTA SV	44	<i>ertapenem</i>	3
ELESTRIN	47	<i>ery</i>	61
<i>eletriptan hydrobromide</i>	16	<i>erythromycin</i>	3
ELIGARD	47	<i>erythromycin</i>	58
ELIQUIS	36	<i>erythromycin</i>	61
ELIQUIS STARTER PACK	36	<i>erythromycin base</i>	3
<i>elixophyllin</i>	60	<i>erythromycin dr</i>	3
ELMIRON	33	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	3
<i>eluryng</i>	45	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	61
EMCYT	10	ESBRIET	26
EMGALITY	16	<i>escitalopram oxalate</i>	19
EMSAM	17	<i>esomeprazole magnesium</i>	54
<i>emtricitabine</i>	7	<i>estazolam</i>	23
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	7	<i>estradiol</i>	48
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	7	<i>estradiol valerate</i>	48
EMTRIVA	7	<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	48
<i>enalapril maleate</i>	53	ESTRING	48
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	53	<i>eszopiclone</i>	23
ENBREL	29	<i>ethacrynic acid</i>	40
ENBREL MINI	28	<i>ethambutol hydrochloride</i>	5
ENBREL SURECLICK	28	<i>ethosuximide</i>	25
ENDARI	33	<i>etodolac</i>	21
<i>endocet</i>	21	<i>etodolac er</i>	21
ENGERIX-B	35	<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	46
<i>enilloring</i>	45	<i>etravirine</i>	7
<i>enoxaparin sodium</i>	36	EUCRISA	62
<i>entacapone</i>	17	<i>euthyrox</i>	44
<i>entecavir</i>	7	EVAMIST	48
ENTRESTO	53	EVENITY	30
<i>enulose</i>	39	<i>everolimus</i>	10
ENVARUSUS XR	31	<i>everolimus</i>	31
EPCLUSA	7	EVOTAZ	7
EPIDIOLEX	24	EVRYSDI	33
<i>epinastine hcl</i>	56	<i>exemestane</i>	48
<i>epinephrine</i>	49	EXKIVITY	10
<i>epitol</i>	24	EXSERVAN	17
<i>eplerenone</i>	53	EXTAVIA	31
		<i>ezetimibe</i>	50
		<i>ezetimibe/simvastatin</i>	50

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>falmina</i>	46	<i>fluocinonide emulsified base</i>	62
<i>famciclovir</i>	7	<i>fluorometholone</i>	57
<i>famotidine</i>	54	<i>fluorouracil</i>	64
FANAPT	19	<i>fluoxetine dr</i>	19
FANAPT TITRATION PACK	19	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	19
FARXIGA	42	<i>fluphenazine decanoate</i>	19
FASENRA	27	<i>fluphenazine hcl</i>	19
FASENRA PEN	27	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	19
<i>febuxostat</i>	30	<i>flurazepam hcl</i>	23
<i>felbamate</i>	25	<i>flurbiprofen</i>	22
<i>felodipine er</i>	52	<i>flurbiprofen sodium</i>	57
FEMRING	48	<i>flutamide</i>	10
<i>fenofibrate</i>	50	<i>fluticasone propionate</i>	57
<i>fenofibrate micronized</i>	50	<i>fluticasone propionate</i>	62
<i>fenofibric acid dr</i>	50	<i>fluticasone propionate diskus</i>	41
<i>fentanyl</i>	22	<i>fluticasone propionate hfa</i>	41
<i>fentanyl citrate</i>	21	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	49
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	21	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	49
<i>fesoterodine fumarate er</i>	60	<i>fluvastatin</i>	50
FETZIMA	19	<i>fluvastatin sodium er</i>	50
FETZIMA TITRATION PACK	19	<i>fluvoxamine maleate</i>	19
<i>finasteride</i>	32	<i>fluvoxamine maleate er</i>	19
<i>fin golimod</i>	31	FML	57
FINTEPLA	25	FML FORTE	58
<i>finzala</i>	46	<i>fondaparinux sodium</i>	36
FIRDAPSE	33	<i>formoterol fumarate</i>	49
FIRMAGON	47	FORTEO	44
FIRVANQ	3	<i>fosamprenavir calcium</i>	7
<i>flac</i>	57	<i>fosfomycin tromethamine</i>	5
FLAREX	57	<i>fosinopril sodium</i>	53
<i>flavoxate hcl</i>	60	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	53
FLEBOGAMMA DIF	34	FOTIVDA	10
<i>flecainide acetate</i>	54	FRAGMIN	36
FLOLIPID	50	FREAMINE III	38
FLOVENT DISKUS	41	<i>frovatriptan succinate</i>	16
<i>fluconazole</i>	5	FRUZAQLA	10
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	5	<i>furosemide</i>	40
<i>flucytosine</i>	5	FUZEON	7
<i>fludrocortisone acetate</i>	41	<i>fyavolv</i>	48
<i>flunisolide</i>	57	FYCOMPA	25
<i>fluocinolone acetonide</i>	57	<i>gabapentin</i>	25
<i>fluocinolone acetonide</i>	62	GALAFOLD	33
<i>fluocinolone acetonide body</i>	62	<i>galantamine hydrobromide</i>	49
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	62	<i>galantamine hydrobromide er</i>	49
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	15	GAMMAGARD LIQUID	34
<i>fluocinonide</i>	62	GAMMAKED	34

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
GAMMAPLEX	34	<i>guanfacine er</i>	17
GAMUNEX-C	34	<i>guanfacine hydrochloride</i>	17
GARDASIL 9	35	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	43
<i>gatifloxacin</i>	58	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	43
GATTEX	56	GVOKE KIT	43
<i>gauze pads 2"x2"</i>	59	GVOKE PFS	43
<i>gavilyte-c</i>	55	GYNAZOLE-1	61
<i>gavilyte-g</i>	55	HAEGARDA	32
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	55	<i>halcinonide</i>	62
GAVRETO	10	<i>halobetasol propionate</i>	62
<i>gefitinib</i>	10	<i>haloette</i>	46
<i>gemfibrozil</i>	50	<i>haloperidol</i>	19
GEMTESA	60	<i>haloperidol decanoate</i>	19
<i>generlac</i>	39	<i>haloperidol lactate</i>	19
GENGRAF	31	HARVONI	7
GENOTROPIN	44	HAVRIX	35
GENOTROPIN MINIQUICK	44	<i>heparin sodium</i>	36
<i>gentak</i>	58	<i>heparin sodium/d5w</i>	36
<i>gentamicin sulfate</i>	3	HEPATAMINE	38
<i>gentamicin sulfate</i>	58	HEPLISAV-B	35
<i>gentamicin sulfate</i>	61	HETLIOZ LQ	24
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	3	HIBERIX	35
GENVOYA	7	HIZENTRA	34
GILOTRIF	10	HORIZANT	25
GLEOSTINE	10	HUMALOG	42
<i>glimepiride</i>	42	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	42
<i>glipizide</i>	42	HUMALOG KWIKPEN	42
<i>glipizide er</i>	42	HUMALOG MIX 50/50	42
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	42	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	42
GLOPERBA	30	HUMALOG MIX 75/25	42
GLUCAGEN HYPOKIT	43	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	42
GLUCAGON EMERGENCY KIT	43	HUMIRA	29
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	43	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	29
<i>glyburide</i>	42	HUMIRA PEN	29
<i>glyburide micronized</i>	42	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	29
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	42	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	29
<i>glycopyrrolate</i>	48	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	29
<i>glydo</i>	15	HUMULIN 70/30	42
GLYXAMBI	42	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	42
<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	59	HUMULIN N	42
<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	59	HUMULIN N KWIKPEN	42
GOCOVRI	17	HUMULIN R	42
<i>granisetron hydrochloride</i>	55	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	42
<i>griseofulvin microsize</i>	5	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	42
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	5		

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>hydralazine hcl</i>	52	INCRUSE ELLIPTA	48
<i>hydralazine hydrochloride</i>	52	<i>indapamide</i>	40
<i>hydrochlorothiazide</i>	40	<i>indomethacin</i>	22
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	22	<i>indomethacin er</i>	22
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	22	INFANRIX	34
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	22	INGREZZA	26
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	22	INLYTA	11
<i>hydrocortisone</i>	41	INQOVI	11
<i>hydrocortisone</i>	62	INREBIC	11
<i>hydrocortisone acetate/pramoxine</i>	63	INTELENCE	7
<i>hydrocortisone butyrate</i>	62	INTRALIPID	38
<i>hydrocortisone valerate</i>	62	INTRAROSA	41
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	58	INTRON A	11
<i>hydromorphone hcl</i>	22	<i>introvale</i>	46
<i>hydromorphone hcl er</i>	22	INVEGA HAFYERA	19
<i>hydromorphone hydrochloride er</i>	22	INVEGA SUSTENNA	19
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	6	INVEGA TRINZA	19
<i>hydroxyurea</i>	10	INVELTYS	58
<i>hydroxyzine hcl</i>	24	IPOL INACTIVATED IPV	35
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	24	<i>ipratropium bromide</i>	48
<i>hydroxyzine pamoate</i>	24	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	49
HYFTOR	64	<i>irbesartan</i>	53
<i>ibandronate sodium</i>	32	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	53
IBRANCE	11	IRESSA	11
<i>ibu</i>	22	ISENTRESS	7
<i>ibuprofen</i>	22	ISENTRESS HD	7
<i>icatibant acetate</i>	32	<i>isoniazid</i>	5
<i>iclevia</i>	46	<i>isosorbide dinitrate</i>	53
ICLUSIG	11	<i>isosorbide dinitrate/hydralazine</i>	53
<i>icosapent ethyl</i>	50	<i>hydrochloride</i>	
IDHIFA	11	<i>isosorbide mononitrate</i>	53
ILEVRO	58	<i>isosorbide mononitrate er</i>	53
<i>imatinib mesylate</i>	11	<i>isotonic gentamicin</i>	3
IMBRUVICA	11	<i>isotretinoin</i>	64
<i>imipenem/cilastatin</i>	3	<i>isradipine</i>	52
<i>imipramine hcl</i>	19	<i>itraconazole</i>	5
<i>imipramine hydrochloride</i>	19	<i>ivermectin</i>	5
<i>imipramine pamoate</i>	19	<i>ivermectin</i>	61
<i>imiquimod</i>	64	IXCHIQ	35
<i>imiquimod pump</i>	64	IXIARO	35
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	35	JAKAFI	11
IMPAVIDO	6	<i>jantoven</i>	36
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	48	JANUMET	42
IMVEXXY STARTER PACK	48	JANUMET XR	42
INBRIJA	17	JANUVIA	42
INCRELEX	44	JARDIANCE	42

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
JAYPIRCA	11	<i>klor-con/ef</i>	40
JENTADUETO	42	KORLYM	43
JENTADUETO XR	42	KOSELUGO	11
<i>jinteli</i>	48	<i>kourzeq</i>	15
<i>joyeaux</i>	46	<i>k-prime</i>	40
JULUCA	7	KRAZATI	11
<i>junel 1.5/30</i>	46	KRISTALOSE	39
<i>junel 1/20</i>	46	KYNMOBI	17
<i>junel fe 1.5/30</i>	46	KYPROLIS	11
<i>junel fe 1/20</i>	46	<i>labetalol hydrochloride</i>	51
<i>junel fe 24</i>	46	<i>lacosamide</i>	25
JUXTAPID	50	<i>lactated ringers</i>	40
JYLAMVO	11	<i>lactulose</i>	39
JYNNEOS	35	LAGEVRIO	7
KALYDECO	28	<i>lamivudine</i>	7
<i>kariva</i>	46	<i>lamivudine/zidovudine</i>	7
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	40	<i>lamotrigine</i>	25
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	40	<i>lamotrigine er</i>	25
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%</i>	40	<i>lamotrigine odt</i>	25
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	40	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	25
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	40	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	25
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	40	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	25
<i>kelnor 1/35</i>	46	<i>lamotrigine titration</i>	25
KENALOG-10	41	<i>lanreotide acetate</i>	45
KERENDIA	53	<i>lansoprazole</i>	55
KESIMPTA	31	<i>lansoprazole/amoxicillin/clarithromycin</i>	55
<i>ketoconazole</i>	5	LANTUS	43
<i>ketoconazole</i>	61	LANTUS SOLOSTAR	43
KETODAN	61	<i>lapatinib ditosylate</i>	11
<i>ketoprofen</i>	22	<i>larin 1.5/30</i>	46
<i>ketoprofen er</i>	22	<i>larin 1/20</i>	46
<i>ketorolac tromethamine</i>	58	<i>larin fe 1.5/30</i>	46
KINERET	29	<i>larin fe 1/20</i>	46
KINRIX	35	<i>latanoprost</i>	57
KISQALI	11	LAZANDA	22
KISQALI FEMARA 200 DOSE	48	<i>leflunomide</i>	29
KISQALI FEMARA 400 DOSE	48	<i>lenalidomide</i>	11
KISQALI FEMARA 600 DOSE	48	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	11
<i>klayesta</i>	15	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	11
KLISYRI	64	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	11
<i>klor-con</i>	40	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	11
<i>klor-con 10</i>	40	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	11
<i>klor-con 8</i>	40	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	12
<i>klor-con m10</i>	40	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	12
KLOR-CON M15	40	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	12
<i>klor-con m20</i>	40	<i>lessina</i>	46

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>letrozole</i>	48	<i>lithium carbonate er</i>	16
<i>leucovorin calcium</i>	32	LIVALO	50
LEUKERAN	12	LIVMARLI	56
<i>leuprolide acetate</i>	47	LIVTENCITY	7
<i>levalbuterol</i>	49	LO LOESTRIN FE	46
<i>levalbuterol hcl</i>	49	LOKELMA	39
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	49	LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	48
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	49	LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	49
LEVEMIR	43	LONSURF	12
LEVEMIR FLEXPEN	43	<i>loperamide hcl</i>	54
LEVEMIR FLEXTOUCH	43	<i>lopinavir/ritonavir</i>	7
<i>levetiracetam</i>	25	<i>lorazepam</i>	24
<i>levetiracetam er</i>	25	<i>lorazepam intensol</i>	24
<i>levobunolol hcl</i>	57	LORBRENA	12
<i>levocarnitine</i>	33	<i>losartan potassium</i>	53
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	34	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	53
<i>levofloxacin</i>	3	LOTEMAX	58
<i>levofloxacin</i>	58	<i>loteprednol etabonate</i>	58
<i>levofloxacin in d5w</i>	3	<i>lovastatin</i>	50
<i>levonest</i>	46	<i>loxapine</i>	19
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	46	<i>lubiprostone</i>	56
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	46	LUMAKRAS	12
<i>levora 0.15/30-28</i>	46	LUMIGAN	57
<i>levorphanol tartrate</i>	22	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	47
<i>levo-t</i>	44	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	47
<i>levothyroxine sodium</i>	44	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	47
<i>levoxyl</i>	44	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	47
LEXIVA	7	<i>lurasidone hydrochloride</i>	19
<i>lidocaine</i>	63	LYBALVI	19
<i>lidocaine hcl</i>	15	LYNPARZA	12
<i>lidocaine hcl</i>	33	LYSODREN	12
<i>lidocaine hcl jelly</i>	15	LYTGOBI	12
<i>lidocaine hydrochloride</i>	15	<i>magnesium sulfate</i>	25
<i>lidocaine hydrochloride</i>	33	<i>malathion</i>	61
<i>lidocaine hydrochloride</i>	63	<i>maraviroc</i>	7
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	58	<i>marlissa</i>	46
<i>lidocaine viscous</i>	58	MARPLAN	19
<i>lidocaine/prilocaine</i>	63	MATULANE	12
<i>linezolid</i>	3	<i>matzim la</i>	52
LINZESS	56	MAVYRET	8
<i>liothyronine sodium</i>	44	MAXIDEX	58
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	16	MAYZENT	31
<i>lisinopril</i>	53	MAYZENT STARTER PACK	31
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	53	<i>meclizine hcl</i>	55
<i>lithium</i>	16	<i>meclofenamate sodium</i>	22
<i>lithium carbonate</i>	16	MEDROL	41

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	47	<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	51
<i>mefenamic acid</i>	22	<i>metronidazole</i>	6
<i>mefloquine hcl</i>	6	<i>metronidazole</i>	61
<i>megestrol acetate</i>	47	<i>metronidazole vaginal</i>	61
MEKINIST	12	<i>metyrosine</i>	33
MEKTOVI	12	<i>mexiletine hcl</i>	54
<i>meloxicam</i>	22	<i>mibelas 24 fe</i>	46
<i>memantine hcl titration pak</i>	17	<i>micafungin</i>	5
<i>memantine hydrochloride</i>	17	<i>miconazole 3</i>	61
<i>memantine hydrochloride er</i>	17	<i>microgestin 1.5/30</i>	46
MENACTRA	35	<i>microgestin 1/20</i>	46
MENEST	48	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	46
MENOSTAR	48	<i>microgestin fe 1/20</i>	46
MENQUADFI	35	<i>midodrine hcl</i>	49
MENTAX	61	<i>miglitol</i>	43
MENVEO	35	<i>miglustat</i>	33
<i>mercaptapurine</i>	12	MILLIPRED	42
<i>meropenem</i>	4	<i>mimvey</i>	48
<i>mesalamine</i>	54	<i>minocycline hcl</i>	4
<i>mesalamine dr</i>	54	<i>minocycline hydrochloride</i>	4
<i>mesalamine er</i>	54	<i>minoxidil</i>	52
MESNEX	32	<i>mirtazapine</i>	19
<i>metformin hydrochloride</i>	43	<i>mirtazapine odt</i>	19
<i>metformin hydrochloride er</i>	43	<i>misoprostol</i>	55
<i>methadone hcl</i>	22	M-M-R II	35
<i>methamphetamine hcl</i>	16	<i>modafinil</i>	16
<i>methazolamide</i>	57	<i>moexipril hcl</i>	53
<i>methenamine hippurate</i>	5	<i>molindone hydrochloride</i>	19
<i>methenamine mandelate</i>	5	<i>mometasone furoate</i>	58
<i>methimazole</i>	44	<i>mometasone furoate</i>	63
<i>methotrexate</i>	12	<i>mondoxyne nl</i>	4
<i>methotrexate sodium</i>	12	<i>montelukast sodium</i>	27
<i>methsuximide</i>	25	<i>morphine sulfate</i>	22
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	16	<i>morphine sulfate er</i>	22
<i>methylphenidate hydrochloride cd</i>	16	MOUNJARO	43
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	16	MOVANTIK	56
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	16	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	4
<i>methylprednisolone</i>	41	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	4
<i>methylprednisolone acetate</i>	41	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	58
<i>methylprednisolone dose pack</i>	41	MOZOBIL	36
<i>metoclopramide hcl</i>	55	MULTAQ	54
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	55	<i>mupirocin</i>	61
<i>metoclopramide odt</i>	55	<i>mycophenolate mofetil</i>	31
<i>metolazone</i>	40	<i>mycophenolic acid dr</i>	31
<i>metoprolol succinate er</i>	51	MYFEMBREE	47
<i>metoprolol tartrate</i>	51		

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
MYORISAN	64	<i>nicardipine hcl</i>	52
MYRBETRIQ	60	NICOTROL INHALER	50
<i>nabumetone</i>	22	NICOTROL NS	50
<i>nadolol</i>	51	<i>nifedipine</i>	52
<i>nafcillin sodium</i>	4	<i>nifedipine er</i>	52
<i>naftifine hcl</i>	61	<i>nikki</i>	46
<i>naftifine hydrochloride</i>	15	<i>nilutamide</i>	12
<i>naftifine hydrochloride</i>	61	<i>nimodipine</i>	52
<i>naloxone hcl</i>	24	NINLARO	12
<i>naloxone hydrochloride</i>	24	<i>nisoldipine er</i>	52
<i>naltrexone hcl</i>	24	<i>nitazoxanide</i>	6
NAMZARIC	17	<i>nitisinone</i>	33
<i>naproxen</i>	23	NITRO-BID	53
<i>naproxen sodium</i>	22	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	5
<i>naproxen sodium cr</i>	22	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	5
<i>naproxen sodium er</i>	22	<i>nitroglycerin</i>	53
<i>naratriptan hcl</i>	16	<i>nitroglycerin transdermal</i>	53
NATACYN	58	NIVA THYROID	44
<i>nateglinide</i>	43	<i>nizatidine</i>	55
NATPARA	44	NORDITROPIN FLEXPRO	44
NAYZILAM	25	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	46
<i>nebivolol hydrochloride</i>	51	<i>norethindrone & ethinyl estradiol ferrous fumarate</i>	46
<i>necon 0.5/35-28</i>	46	<i>norethindrone acetate</i>	47
<i>nefazodone hydrochloride</i>	19	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	48
<i>neomycin sulfate</i>	4	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	46
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	59	NORPACE CR	54
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis one</i>	58	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	46
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	58	<i>nortrel 1/35</i>	46
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	59	<i>nortrel 7/7/7</i>	46
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	58	<i>nortriptyline hcl</i>	19
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	58	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	19
<i>neo-polycin</i>	58	NORVIR	8
<i>neo-polycin hc</i>	58	NOURIANZ	17
NERLYNX	12	NOXAFIL	5
NEUAC	61	<i>np thyroid 120</i>	44
NEULASTA	36	<i>np thyroid 15</i>	44
NEULASTA ONPRO KIT	37	<i>np thyroid 30</i>	44
NEUPRO	17	<i>np thyroid 60</i>	44
<i>nevirapine</i>	8	<i>np thyroid 90</i>	44
<i>nevirapine er</i>	8	NUBEQA	12
NEXLETOL	50	NUCALA	27
NEXLIZET	50	NUDEXTA	17
<i>niacin</i>	65	NULOJIX	31
<i>niacin er</i>	50	NUPLAZID	19
<i>niacor</i>	65		

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
NURTEC	16	OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	60
NUTRILIPID	38	OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	60
NUTROPIN AQ NUSPIN 10	45	OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	60
NUTROPIN AQ NUSPIN 20	45	OMNITROPE	45
NUTROPIN AQ NUSPIN 5	45	<i>ondansetron hcl</i>	55
NUVESSA	61	<i>ondansetron hydrochloride</i>	55
NUZYRA	4	<i>ondansetron odt</i>	55
<i>nyamyc</i>	61	ONGENTYS	17
NYMALIZE	52	ONUREG	12
<i>nystatin</i>	5	OPDIVO	12
<i>nystatin</i>	61	<i>opium</i>	54
<i>nystatin/triamcinolone</i>	63	<i>opium tincture</i>	54
<i>nystop</i>	61	OPSUMIT	27
OCTAGAM	34	OPVEE	24
<i>octreotide acetate</i>	45	<i>oralone dental paste</i>	63
ODEFSEY	8	ORENCIA	29
ODOMZO	12	ORENCIA CLICKJECT	29
OFEV	26	ORENITRAM	27
<i>ofloxacin</i>	4	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	27
<i>ofloxacin</i>	59	1	
OJJAARA	12	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	27
<i>olanzapine</i>	19	2	
<i>olanzapine odt</i>	19	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	27
<i>olanzapine/fluoxetine</i>	19	3	
<i>olmesartan medoxomil</i>	53	ORFADIN	33
<i>olmesartan</i>	52	ORGOVYX	47
<i>medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>		ORLISSA	47
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	53	ORKAMBI	28
<i>olopatadine hcl</i>	56	ORSERDU	12
<i>olopatadine hydrochloride</i>	56	<i>oseltamivir phosphate</i>	8
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	50	OSMOPREP	55
<i>omeprazole</i>	55	OSPHENA	48
<i>omeprazole dr</i>	55	OTEZLA	29
<i>omeprazole/sodium bicarbonate</i>	55	<i>oxacillin sodium</i>	4
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	59	<i>oxaprozin</i>	23
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	59	<i>oxazepam</i>	24
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	59	OXBRYTA	36
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	59	<i>oxcarbazepine</i>	25
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	59	OXERVATE	59
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	59	<i>oxiconazole nitrate</i>	61
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	59	<i>oxybutynin chloride</i>	60
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	59	<i>oxybutynin chloride er</i>	60
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	59	<i>oxycodone hcl er</i>	23
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	60	<i>oxycodone hydrochloride</i>	23
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	60	<i>oxycodone hydrochloride er</i>	23
		<i>oxycodone/acetaminophen</i>	23

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
OXYCONTIN	23	<i>phenobarbital</i>	24
<i>oxymorphone hydrochloride</i>	23	<i>phenoxybenzamine hydrochloride</i>	49
<i>oxymorphone hydrochloride er</i>	23	<i>phenytek</i>	25
<i>oxymorphone hydrochlorideer</i>	23	<i>phenytoin</i>	25
OZEMPIC	43	<i>phenytoin sodium extended</i>	25
<i>paclitaxel</i>	12	PHOSPHOLINE IODIDE	57
<i>paliperidone er</i>	19	PIFELTRO	8
PANRETIN	64	<i>pilocarpine hcl</i>	57
<i>pantoprazole sodium</i>	55	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	49
PANZYGA	34	<i>pimecrolimus</i>	64
<i>paricalcitol</i>	65	<i>pimozide</i>	20
<i>paromomycin sulfate</i>	6	<i>pindolol</i>	51
<i>paroxetine</i>	20	<i>pioglitazone hcl</i>	43
<i>paroxetine hcl</i>	20	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	43
<i>paroxetine hcl er</i>	20	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	43
<i>paroxetine hydrochloride</i>	20	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	43
PASER	5	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	4
PAXLOVID	8	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	13
<i>pazopanib hydrochloride</i>	12	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	13
PEDIARIX	35	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	13
PEDVAX HIB	35	<i>pirfenidone</i>	26
<i>peg-3350/electrolytes</i>	55	<i>piroxicam</i>	23
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	55	<i>pitavastatin calcium</i>	50
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	55	PLEGRIDY	31
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na</i>	55	PLEGRIDY STARTER PACK	31
<i>ascorbate/ascorbic</i>		PLENAMINE	38
PEGASYS	8	<i>plerixafor</i>	37
PEMAZYRE	12	<i>podofilox</i>	15
PENBRAYA	35	<i>podofilox</i>	64
<i>penciclovir</i>	61	<i>polycin</i>	59
<i>penicillamine</i>	34	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	59
<i>penicillin g potassium</i>	4	POMALYST	13
<i>penicillin g potassium in iso-osmotic</i>	4	<i>portia-28</i>	46
<i>dextrose</i>		<i>posaconazole</i>	6
<i>penicillin g sodium</i>	4	<i>posaconazole dr</i>	5
<i>penicillin v potassium</i>	4	<i>potassium chloride</i>	40
PENTACEL	35	<i>potassium chloride er</i>	40
<i>pentamidine isethionate</i>	6	<i>potassium chloride/dextrose/sodium</i>	40
<i>pentoxifylline er</i>	37	<i>chloride</i>	
<i>perindopril erbumine</i>	53	<i>potassium citrate er</i>	37
<i>periogard</i>	59	PRALUENT	50
<i>permethrin</i>	61	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	17
<i>perphenazine</i>	20	<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	17
<i>perphenazine/amitriptyline</i>	20	<i>prasugrel</i>	36
PERSERIS	20	<i>pravastatin sodium</i>	51
<i>phenelzine sulfate</i>	20	<i>praziquantel</i>	5

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>prazosin hydrochloride</i>	51	<i>promethazine hydrochloride</i>	34
PRED MILD	58	<i>promethazine hydrochloride plain</i>	34
<i>prednicarbate</i>	63	<i>propafenone hcl</i>	54
<i>prednisolone</i>	42	<i>propafenone hydrochloride er</i>	54
<i>prednisolone acetate</i>	58	<i>propranolol hcl</i>	51
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	42	<i>propranolol hcl er</i>	51
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	58	<i>propranolol hydrochloride</i>	51
<i>prednisolone sodium phosphate odt</i>	42	<i>propranolol hydrochloride er</i>	51
<i>prednisone</i>	42	<i>propylthiouracil</i>	44
<i>pregabalin</i>	25	PROQUAD	35
<i>pregabalin er</i>	23	PROSOL	39
PREHEVBRIO	35	<i>protriptyline hcl</i>	20
PREMARIN	48	PULMOZYME	27
PREMASOL	39	PURIXAN	13
<i>premium lidocaine</i>	63	PYLERA	55
PREMPHASE	48	<i>pyrazinamide</i>	5
PREMPRO	48	<i>pyridostigmine bromide</i>	49
<i>prenatal</i>	64	<i>pyridostigmine bromide er</i>	49
<i>prevalite</i>	51	<i>pyrimethamine</i>	6
PREVYMIS	8	PYRUKYND	36
PREZCOBIX	8	PYRUKYND TAPER PACK	36
PREZISTA	8	QINLOCK	13
PRIFTIN	5	QUADRACEL	35
<i>primaquine phosphate</i>	6	<i>quetiapine fumarate</i>	20
<i>primidone</i>	25	<i>quetiapine fumarate er</i>	20
PRIORIX	35	<i>quinapril hydrochloride</i>	53
PRIVIGEN	34	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	53
PROAIR RESPICLICK	50	<i>quinidine gluconate cr</i>	54
<i>probenecid</i>	39	<i>quinidine sulfate</i>	54
<i>probenecid/colchicine</i>	39	<i>quinine sulfate</i>	6
<i>prochlorperazine</i>	20	QVAR REDIHALER	42
<i>prochlorperazine edisylate</i>	20	RABAVERT	35
<i>prochlorperazine maleate</i>	20	<i>rabeprazole sodium</i>	55
PROCRIT	37	RADICAVA ORS	17
PROCTOFOAM HC	15	RADICAVA ORS STARTER KIT	17
<i>procto-med hc</i>	63	<i>raloxifene hydrochloride</i>	48
<i>procto-pak</i>	63	<i>ramelteon</i>	24
<i>proctosol hc</i>	63	<i>ramipril</i>	53
<i>proctozone-hc</i>	63	<i>ranolazine er</i>	54
<i>progesterone</i>	47	<i>rasagiline mesylate</i>	17
PROGRAF	32	RASUVO	29
PROLASTIN-C	27	RAYALDEE	65
PROLENSA	58	REBIF	31
PROLIA	32	REBIF REBIDOSE	31
PROMACTA	37	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	31
<i>promethazine hcl</i>	34	REBIF TITRATION PACK	31

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
RECOMBIVAX HB	35	<i>rosadan</i>	61
RECTIV	64	<i>rosuvastatin calcium</i>	51
REGRANEX	64	ROTARIX	35
RELENZA DISKHALER	8	ROTATEQ	35
RELISTOR	56	<i>roweepra</i>	25
RELYVRIO	17	ROZLYTREK	13
<i>repaglinide</i>	43	RUBRACA	13
REPATHA	51	<i>rufinamide</i>	25
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	51	RUKOBIA	8
REPATHA SURECLICK	51	RYBELSUS	43
RESTASIS	58	RYDAPT	13
RESTASIS MULTIDOSE	58	RYTARY	17
RETACRIT	37	SAJAZIR	32
RETEVMO	13	<i>salsalate</i>	23
RETIN-A MICRO	28	SANTYL	64
RETIN-A MICRO PUMP	63	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	33
REVCovi	37	SAVELLA	17
REVLIMID	13	SAVELLA TITRATION PACK	17
REXULTI	20	SCEMBLIX	13
REYATAZ	8	<i>scopolamine</i>	55
REZLIDHIA	13	SECUADO	20
REZUROCK	33	<i>selegiline hcl</i>	17
RHOPRESSA	57	<i>selenium sulfide</i>	61
<i>ribavirin</i>	8	SELZENTRY	8
RIDAURA	37	SEREVENT DISKUS	50
<i>rifabutin</i>	5	SEROSTIM	45
<i>rifampin</i>	5	<i>sertraline hcl</i>	20
<i>riluzole</i>	17	<i>sertraline hydrochloride</i>	20
<i>rimantadine hydrochloride</i>	8	<i>sevelamer carbonate</i>	39
RINVOQ	30	<i>sevelamer hydrochloride</i>	39
<i>risedronate sodium</i>	32	<i>sf 5000 plus</i>	30
<i>risedronate sodium dr</i>	32	<i>sharobel</i>	46
RISPERDAL CONSTA	20	SHINGRIX	35
<i>risperidone</i>	20	SIGNIFOR	45
<i>risperidone er</i>	20	<i>sildenafil citrate</i>	53
<i>risperidone odt</i>	20	<i>silodosin</i>	49
<i>ritonavir</i>	8	<i>silver sulfadiazine</i>	61
<i>rivastigmine tartrate</i>	49	SIMBRINZA	57
<i>rivastigmine transdermal system</i>	49	<i>simvastatin</i>	51
<i>rizatriptan benzoate</i>	16	<i>sirolimus</i>	32
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	16	SIRTURO	5
ROCKLATAN	57	SIVEXTRO	4
<i>roflumilast</i>	27	SKYRIZI	56
<i>ropinirole er</i>	17	SKYRIZI	64
<i>ropinirole hcl</i>	17	SKYRIZI PEN	64
<i>ropinirole hydrochloride</i>	17	<i>sodium chloride</i>	41

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>sodium chloride 0.45%</i>	41	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	58
<i>sodium chloride 0.9%</i>	41	<i>sulfadiazine</i>	4
<i>sodium fluoride 1.1</i>	30	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	4
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	30	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	4
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	30	SULFAMYLON	61
SODIUM OXYBATE	17	<i>sulfasalazine</i>	4
<i>sodium phenylbutyrate</i>	39	<i>sulindac</i>	23
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	39	<i>sumatriptan</i>	16
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	55	<i>sumatriptan succinate</i>	16
<i>solifenacin succinate</i>	60	<i>sumatriptan succinate refill</i>	16
SOLOSEC	6	<i>sunitinib malate</i>	13
SOLTAMOX	48	SUNLENCA	8
SOLU-CORTEF	42	SUNOSI	16
SOMATULINE DEPOT	45	SUPRAX	4
SOMAVERT	45	SYMDEKO	28
<i>sorafenib</i>	13	SYMLINPEN 120	43
<i>sorafenib tosylate</i>	13	SYMLINPEN 60	43
<i>sorine</i>	51	SYMPAZAN	25
<i>sotalol hcl</i>	51	SYMTUZA	8
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	51	SYNAREL	47
SPIRIVA RESPIMAT	49	SYNJARDY	43
<i>spironolactone</i>	53	SYNJARDY XR	43
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	53	SYNRIBO	13
SPRITAM	25	SYNTHROID	44
SPRYCEL	13	TABLOID	13
<i>sps</i>	39	TABRECTA	13
<i>ssd</i>	61	<i>tacrolimus</i>	32
STAMARIL	35	<i>tacrolimus</i>	64
STELARA	64	<i>tadalafil</i>	53
<i>sterile water for irrigation</i>	41	TAFINLAR	13
STIOLTO RESPIMAT	49	<i>tafluprost</i>	57
STIVARGA	13	TAGRISSE	13
<i>streptomycin sulfate</i>	4	TALZENNA	13
STRIBILD	8	<i>tamoxifen citrate</i>	48
STRIVERDI RESPIMAT	50	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	49
SUBSYS	23	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	46
<i>subvenite</i>	25	TASIGNA	14
<i>subvenite starter kit/blue</i>	25	<i>tasimelteon</i>	24
<i>subvenite starter kit/green</i>	25	TAVALISSE	36
<i>subvenite starter kit/orange</i>	25	TAVNEOS	32
SUCRAID	37	<i>tazarotene</i>	64
<i>sucrafate</i>	55	<i>tazicef</i>	4
<i>sulfacetamide sodium</i>	59	TAZORAC	64
<i>sulfacetamide sodium</i>	61	<i>taztia xt</i>	52
		TAZVERIK	14

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>tdvax</i>	35	TIVICAY PD	8
<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"</i>	60	<i>tizanidine hcl</i>	50
<i>techlite pen needles 29g x 10mm</i>	60	<i>tizanidine hydrochloride</i>	50
TEFLARO	4	TOBI PODHALER	4
TEGSEDI	32	TOBRADEX	58
TEKTURNA HCT	53	TOBRADEX ST	58
<i>telmisartan</i>	54	<i>tobramycin</i>	4
<i>telmisartan/amlodipine</i>	52	<i>tobramycin</i>	59
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	54	<i>tobramycin sulfate</i>	4
<i>temazepam</i>	24	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	58
TEMIXYS	8	<i>tolterodine tartrate</i>	60
TENIVAC	35	<i>tolterodine tartrate er</i>	60
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	8	<i>topiramate</i>	25
TEPMETKO	14	<i>topiramate er</i>	25
<i>terazosin hcl</i>	51	<i>toremifene citrate</i>	48
<i>terazosin hydrochloride</i>	51	<i>toremide</i>	40
<i>terbinafine hcl</i>	6	TOUJEO MAX SOLOSTAR	43
<i>terbutaline sulfate</i>	50	TOUJEO SOLOSTAR	43
<i>terconazole</i>	61	TOVET	63
<i>teriflunomide</i>	31	TRACLEER	27
<i>teriparatide</i>	44	TRADJENTA	43
<i>testosterone</i>	45	<i>tramadol hcl er</i>	23
<i>testosterone cypionate</i>	45	<i>tramadol hydrochloride</i>	23
<i>testosterone enanthate</i>	45	<i>tramadol hydrochloride er</i>	23
<i>testosterone pump</i>	45	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	23
<i>tetrabenazine</i>	26	<i>trandolapril</i>	54
<i>tetracycline hydrochloride</i>	4	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	52
THALOMID	31	<i>tranexamic acid</i>	36
<i>theophylline</i>	60	<i>tranylcypromine sulfate</i>	20
<i>theophylline er</i>	60	TRAVASOL	39
THIOLA EC	33	<i>travoprost</i>	57
<i>thioridazine hcl</i>	20	<i>trazodone hydrochloride</i>	20
<i>thiothixene</i>	20	TRECTOR	5
THYQUIDITY	44	TRELEGY ELLIPTA	42
THYROID	44	TRELSTAR MIXJECT	47
<i>tiadylt er</i>	52	TRESIBA	43
<i>tiagabine hydrochloride</i>	25	TRESIBA FLEXTOUCH	43
TIBSOVO	14	<i>tretinoin</i>	14
TICOVAC	35	<i>tretinoin</i>	63
<i>timolol maleate</i>	51	<i>tretinoin microsphere</i>	28
<i>timolol maleate</i>	57	<i>tretinoin microsphere</i>	63
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	57	TREXALL	14
<i>tinidazole</i>	6	<i>triamcinolone acetanide</i>	42
TIROSINT-SOL	44	<i>triamcinolone acetanide</i>	63
TIVICAY	8	<i>triamcinolone acetanide dental paste</i>	63
		<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	40

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
TRIANEX	63	<i>valganciclovir</i>	8
<i>triazolam</i>	24	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	8
<i>triderm</i>	63	<i>valproic acid</i>	25
<i>trientine hydrochloride</i>	34	<i>valsartan</i>	54
<i>trifluoperazine hcl</i>	20	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	54
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	20	VALTOCO 10 MG DOSE	25
<i>trifluridine</i>	59	VALTOCO 15 MG DOSE	26
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	17	VALTOCO 20 MG DOSE	26
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	17	VALTOCO 5 MG DOSE	26
TRIKAFTA	28	<i>vancomycin</i>	4
<i>trimethoprim</i>	5	<i>vancomycin hcl</i>	4
<i>trimipramine maleate</i>	20	<i>vancomycin hydrochloride</i>	4
TRINTELLIX	20	VANFLYTA	14
<i>tri-sprintec</i>	46	VAQTA	35
TRITOCIN	63	<i>varenicline starting month box</i>	50
TRIUMEQ	8	<i>varenicline tartrate</i>	50
TRIUMEQ PD	8	VARIVAX	36
<i>trivora-28</i>	46	VARIZIG	34
TRIZIVIR	8	VASCEPA	51
TROPHAMINE	39	<i>velivet</i>	47
<i>tropium chloride</i>	60	VELPHORO	39
<i>tropium chloride er</i>	60	VELTASSA	39
<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x</i>	60	VEMLIDY	8
<i>1/2"</i>		VENCLEXTA	14
<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	60	VENCLEXTA STARTING PACK	14
TRULICITY	43	<i>venlafaxine besylate er</i>	20
TRUMENBA	35	<i>venlafaxine hcl er</i>	20
TRUQAP	14	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	20
TRUSELTIQ	14	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	20
TUKYSA	14	VENTAVIS	27
TURALIO	14	<i>verapamil hcl</i>	52
<i>turqoz</i>	47	<i>verapamil hcl er</i>	52
TWINRIX	35	<i>verapamil hcl sr</i>	52
<i>tyblume</i>	47	<i>verapamil hydrochloride</i>	52
TYBOST	33	<i>verapamil hydrochloride er</i>	52
TYMLOS	44	VERQUVO	53
TYPHIM VI	35	VERSACLOZ	20
UBRELVY	16	VERZENIO	14
UCERIS	63	VIBRAMYCIN	4
UDENYCA	37	VICTOZA	43
<i>unithroid</i>	44	<i>vigabatrin</i>	26
UPTRAVI	27	<i>vigadrone</i>	26
UPTRAVI TITRATION PACK	27	<i>vigpoder</i>	26
<i>ursodiol</i>	55	VIIBRYD STARTER PACK	20
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	8	VIJOICE	33
VALCHLOR	64	<i>vilazodone hydrochloride</i>	20

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
VIRACEPT	9	<i>xulane</i>	47
VIREAD	9	XYOSTED	45
VITRAKVI	14	<i>yargesa</i>	33
VIVITROL	24	YERVOY	15
VIZIMPRO	14	YF-VAX	36
VONJO	14	YONSA	15
<i>voriconazole</i>	6	YUPELRI	49
VOSEVI	9	<i>yuvafem</i>	48
VOTRIENT	14	<i>zafemy</i>	47
VOXZOGO	33	<i>zafirlukast</i>	27
VRAYLAR	20	<i>zaleplon</i>	24
VUMERITY	31	ZARXIO	37
<i>vyfemla</i>	47	ZEJULA	15
VYNDAMAX	33	ZELBORAF	15
VYNDAQEL	33	ZENATANE	64
VYVANSE	16	ZENPEP	56
VYZULTA	57	ZEPOSIA	31
<i>warfarin sodium</i>	36	ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	31
WELIREG	14	ZEPOSIA STARTER KIT	31
WINLEVI	64	ZERBAXA	5
<i>wixela inhub</i>	50	<i>zidovudine</i>	9
XALKORI	14	ZIEXTENZO	37
XARELTO	36	<i>zileuton er</i>	27
XARELTO STARTER PACK	36	<i>ziprasidone hcl</i>	21
XATMEP	14	<i>ziprasidone mesylate</i>	21
XCOPRI	26	ZIRGAN	59
XDEMVI	59	<i>zoledronic acid</i>	32
XELJANZ	30	ZOLINZA	15
XELJANZ XR	30	<i>zolmitriptan</i>	16
XENLETA	4	<i>zolmitriptan odt</i>	16
XERMELO	54	<i>zolpidem tartrate</i>	24
XGEVA	32	<i>zolpidem tartrate er</i>	24
XIFAXAN	4	ZONISADE	26
XIGDUO XR	43	<i>zonisamide</i>	26
XOFLUZA	9	ZORBTIVE	45
XOLAIR	27	ZOSYN	5
XOSPATA	14	<i>zovia 1/35</i>	47
XPOVIO	14	ZTALMY	26
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	14	ZURZUVAE	21
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	14	ZYDELIG	15
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	14	ZYKADIA	15
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	14	ZYLET	58
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	14	ZYPREXA RELPREVV	21
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	14		
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	15		
XTANDI	15		

ID de formulario: 24521, Versión: 7, Fecha efectiva: 02/01/2024

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



Este formulario se actualizó el 1 de febrero de 2024.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de Part D. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Part D sin costo alguno para usted.

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



1 Wellness Way
Canton, MA 02021