

2026

Tufts Health One Care
(HMO D-SNP)

Lista de Medicamentos Cubiertos 2026

(Lista de medicamentos o
Formulario)

Envío de archivos de formulario ID: 26455, Versión 11
Vigencia on 06/01/2026

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



a Point32Health company

Tufts Health One Care (HMO D-SNP)

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

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

Introducción

Este documento se llama la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocido como *Lista de medicamentos*). Te indica qué medicamentos tienen cobertura con Tufts Health One Care. La *Lista de medicamentos* también le notifica si hay reglas especiales o restricciones en algunos de los medicamentos cubiertos por Tufts Health One Care. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en el último capítulo del *Manual del miembro*, también conocido como *Evidencia de cobertura*.

Tabla de contenidos

A. Declaraciones requeridas.....	iii
B. Preguntas frecuentes (FAQ).....	iii
B1. ¿Qué medicamentos se encuentran en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Llamamos “ <i>Lista de medicamentos</i> ” a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> para abreviar.).....	iv
B2. ¿La <i>Lista de medicamentos</i> cambia alguna vez?.....	iv
B3. ¿Qué sucederá cuando haya un cambio en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	v
B4. ¿La cobertura de medicamentos tiene alguna restricción o límite, o hay que hacer algo en particular para obtener ciertos medicamentos?	vii
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si tengo que hacer algo para obtenerlo?	viii
B6. ¿Qué sucederá si Tufts Health One Care sus reglas sobre cómo cubren algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)?.....	viii

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



B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	viii
B8. ¿Qué pasará si el medicamento que quiero tomar no está en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	viii
B9. ¿Qué pasará si soy un miembro nuevo de Tufts Health One Care y no puedo encontrar mi medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> o tengo problemas para obtener mi medicamento?	ix
B10. ¿Puedo pedir al plan que haga una excepción para cubrir mi medicamento?	x
B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?	x
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?	x
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	xi
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	xi
B15. ¿Qué son los medicamentos de venta sin receta médica (OTC)?	xii
B16. ¿Tufts Health One Care cubre algún producto de venta sin receta médica que no sea un medicamento?	xii
B17. ¿Tufts Health One Care cubre suministros de recetas a largo plazo?	xii
B18. ¿Puedo hacer que envíen los medicamentos de receta a mi casa desde mi farmacia local?	xii
B19. ¿Cuánto es mi copago?	xiii
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	xiii
C1. Lista de Medicamentos por tipos de enfermedades	xv
D. Índice de medicamentos cubiertos	73

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



A. Declaraciones requeridas

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

- ❖ Tufts Health One Care es una HMO D-SNP que tiene un contrato con MassHealth (Medicaid) y Medicare. La inscripción en Tufts Health One Care depende de la renovación del contrato.
- ❖ El formulario y la red de farmacias o proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario.
- ❖ Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ❖ Usted siempre puede verificar la Lista de Medicamentos Cubiertos actualizada de Tufts Health One Care por internet en TuftsHealthOneCare.org o llamando al 1-855-393-3154 (TTY: 711), siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Nota importante: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes.
- ❖ Puede obtener este documento gratis en otros formatos, por ejemplo, en letra grande, formatos que funcionen con tecnología de lector de pantalla, braille o audio. Llame al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Nota importante: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. La llamada es gratuita.
- ❖ Este documento está disponible de manera gratuita en Inglés, Español, Camboyano, Chino, Criollo Haitiano, Laosiano, Portugués, Ruso, y Vietnamita.
- ❖ Llame para solicitar materiales en idiomas que no sean inglés o en un formato alternativo. También puede pedir que se conserve su solicitud para futuros envíos por correo en el idioma o formato alternativo. De este modo, no será necesario que presente una solicitud individual en cada oportunidad. Puede comunicarse con Servicios para miembros para modificar su solicitud permanente de idioma o formato preferido.
- ❖ Este documento está disponible gratis en español. También está disponible en otros idiomas, si lo solicita.

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

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

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



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

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

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

Usted puede también consultar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en TuftsHealthOneCare.org. o llamando a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), o en los números listados al final de esta página o en los números en el pie de página de este documento.

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

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

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

- Decidir requerir o no requerir autorización previa para algún medicamento. (La autorización previa es el permiso de Tufts Health One Care antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Aumentar o reducir la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (llamado límite de cantidad).

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



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

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

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

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

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

- Usted siempre puede leer la *Lista de medicamentos* actualizada de Tufts Health One Care en Internet, en TuftsHealthOneCare.org. Las actualizaciones de la *Lista de medicamentos* se publican cada mes en nuestro sitio web.
- También puede llamar a Servicios al miembro para revisar la *Lista de medicamentos* actual al 1-855-393-3154 (TTY: 711), o en los números listados al final de esta página o en los números en el pie de página de este documento.

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

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

- **Sustituciones de ciertas nuevas versiones de medicamentos.** Podemos eliminar inmediatamente los medicamentos de la *Lista de medicamentos* si los reemplazamos con ciertas versiones de ese medicamento, pero su gasto para el medicamento nuevo seguirá siendo el mantener \$0 con. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento, podemos también decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus reglas de cobertura o sus límites.
 - Es posible que no le informemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez realizado.
 - Podemos hacer estos cambios solo si el medicamento que agregamos:
 - Es una nueva versión genérica de un medicamento de marca o

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



- Es una cierta versión biosimilar nueva de productos biológicos originales de la *Lista de medicamentos* (por ejemplo, si agregamos un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original sin una receta nueva).
- Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la Sección B14.
- Usted o su proveedor pueden pedir una “excepción” de estos cambios. Le mandaremos un aviso con los pasos que puede tomar para pedir una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte la pregunta B10.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos que son retirados del mercado.** A veces, un medicamento se puede considerar inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si sucede, podemos eliminarlo inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Le enviaremos un aviso después de hacer el cambio si usted está tomando el medicamento. Llame a su médico u otro profesional que escribe recetas para considerar medicamentos alternativos y pedir una nueva receta.

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

- La FDA provee nuevas guías o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Eliminamos un medicamento de marca de la *Lista de medicamentos* al agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, o
- eliminamos un producto biológico original al agregar un biosimilar, o
- cambiamos las reglas de cobertura o los límites para el medicamento de marca.
- Cuando sucedan estos cambios:
 - le informaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio en la *Lista de medicamentos*, o
 - le informaremos y le proporcionaremos un suministro para 30 días del medicamento luego de que usted solicite un nuevo surtido.

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

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



- si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que usted puede tomar en su lugar o
- si debe pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulta las preguntas de la B10 a la B12.

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

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

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

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

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

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

06/01/2026



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

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

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

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

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

Hay dos maneras de encontrar un medicamento:

- Puede buscar por orden alfabético, o
- Puede buscar por enfermedad.

Para buscar **en orden alfabético**, vaya al índice de la sección Medicamentos cubiertos. Usted puede encontrarlo en la Sección D. El Índice de medicamentos cubiertos es una lista alfabética de todos los medicamentos que se incluyen en la Lista de Medicamentos. En el índice aparecen los medicamentos de marca y los genéricos.

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

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

Si usted no encuentra su medicamento en la *Lista de medicamentos*, llame a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), o en los números listados al final de esta página o en los números en el pie de página de este documento. Si se entera de que Tufts Health One Care no cubrirá el medicamento, usted puede hacer lo siguiente:

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



- Pedir a Servicios al miembro una lista de medicamentos similares al que quiere tomar. Luego, muestre la lista a su médico u otro profesional autorizado. Este podrá recetarle un medicamento similar al de la *Lista de medicamentos* que usted quiere tomar. **O**
- Pedir a Tufts Health One Care que haga una excepción para cubrir su medicamento. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

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

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

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

Cubriremos un suministro de 30 días de su medicamento si:

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

- Por ejemplo, Tufts Health One Care podría limitar la cantidad que cubriremos de un medicamento. Si su medicamento tiene un límite, usted puede pedirnos que quitemos el límite y que cubramos más.
- Otros ejemplos: Usted puede pedirnos que quitemos las restricciones de terapia escalonada o los requisitos de autorización previa.

B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?

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

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

Tras recibir una declaración de su profesional autorizado apoya su petición de una excepción, le comunicaremos nuestra decisión al respecto en un plazo de 72 horas. Para presentar una solicitud, su proveedor o usted puede solicitar una excepción de cobertura por correo, fax,

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



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

Correo:

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

Fax: 617-673-0956

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

Sitio web de Tufts Health One Care: TuftsHealthOneCare.org

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

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están hechos con los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente cuestan menos que los medicamentos de marca y suelen funcionar igual de bien. En general, no tienen marcas tan conocidas. Los medicamentos genéricos son aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. En general, los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por los medicamentos de marca en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, según las leyes de cada estado. Ten en cuenta que los miembros elegibles no tienen copago para los medicamentos cubiertos.

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

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

Cuando hablamos de medicamentos, esto puede hacer referencia a un fármaco o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos comunes. Es por esto que, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas que se denominan biosimilares. En general, los biosimilares funcionan igual de bien que los productos biológicos originales y pueden costar menos. Hay alternativas biosimilares para algunos

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



productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes de cada estado, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca. Ten en cuenta que los miembros elegibles no tienen copago para los medicamentos cubiertos.

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

B15. ¿Qué son los medicamentos de venta sin receta médica (OTC)?

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

Usted puede leer la Lista de Medicamentos de Venta Libre de MassHealth Standard (Medicaid) para averiguar qué medicamentos de venta sin receta médica están cubiertos.

B16. ¿Tufts Health One Care cubre algún producto de venta sin receta médica que no sea un medicamento?

Tufts Health One Care cubre algunos productos de venta sin receta médica que no son medicamentos cuando son recetados por su proveedor. Ejemplos de productos de venta sin receta médica que no son medicamentos incluyen gasas y ciertas agujas/jeringas.

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

B17. ¿Tufts Health One Care cubre suministros de recetas a largo plazo?

- **Programas de pedidos por correo.** Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite obtener suministros de sus medicamentos hasta 90 días, enviados directamente a su hogar. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.
- **Programas de farmacias minoristas de 90 días.** Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer un suministro de hasta 90 días de medicamentos de cubiertos. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

B18. ¿Puedo hacer que envíen los medicamentos de receta a mi casa desde mi farmacia local?

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

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



B19. ¿Cuánto es mi copago?

Los miembros de Tufts Health One Care no tienen copagos por medicamentos de receta y medicamentos de venta sin receta médica (OTC), siempre y cuando el miembro siga las reglas del plan. Consulta las preguntas B15 y B16 para obtener más información sobre los medicamentos de venta libre y los productos que no son medicamentos.

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

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

C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

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

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

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

Nota: El símbolo “EC” (Enhanced Coverage) junto a un medicamento significa que el medicamento no es un “Medicamento de la Parte D”.

- Estos medicamentos tienen reglas diferentes para las apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos alguna decisión que hayamos tomado sobre su cobertura y que la cambiemos si usted cree que cometimos un error.
- Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted quiere ya no está cubierto por Medicare o MassHealth.
- Si usted o la persona que le receta sus medicamentos no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar.

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



- Si en algún momento tiene una pregunta, llame a Servicios al miembro al 1-855-393-3154 (TTY: 711), o en los números listados al final de esta página o en los números en el pie de página de este documento.
- Usted también puede enterarse de cómo apelar una decisión en el Capítulo 9 del *Manual del miembro*.

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



06/01/2026

C1. Lista de Medicamentos por tipos de enfermedades

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

D. Índice de medicamentos cubiertos

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

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



Tabla de contenidos

Agentes antidemencia.....	3
Agentes antiespásticos.....	3
Agentes antiyaquecosos	3
Agentes antiasténicos.....	4
Agentes antiparkinsonianos	4
Agentes cardiovasculares.....	5
Agentes de antigout	10
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal	11
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas	11
Agentes del sistema nervioso central	11
Agentes del trastorno del sueño	14
Agentes dentales y orales.....	14
Agentes dermatológicos	14
Agentes gastrointestinales.....	17
Agentes genitourinarios.....	19
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis).....	20
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)	20
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)	23
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)	23
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides).....	24
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria).....	24
Agentes inmunológicos.....	25
Agentes oftálmicos	30
Agentes para la bipolaridad.....	33
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción	33
Agentes para vías respiratorias/pulmonares.....	33
Agentes Terapéuticos, Misceláneos	37
Agentes óticos.....	38
Analgésicos	38
Anestésicos.....	40
Ansiolíticos	40
Antibacterianos	41
Anticonvulsivos	45
Antidepresivos	47
Antidepressants.....	48
Antieméticos	49
Antimicobacterianos.....	50
Antimicóticos	50
Antineoplásicos.....	51
Antiparasitarios	57
Antipsicóticos	58
Antivírico	60

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Electrolitos/minerales/metales/vitaminas.....	63
Productos y modificadores sanguíneos	67
Reguladores de la glucemia	68
Relajantes musculares esqueléticos.....	71
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento	71

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026
Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antidemencia		
Agentes antidemencia, otros		
<i>memantine/donepezil hydrochloride er capsule extended release 24 hour 10mg; 14mg, 10mg; 21mg, 10mg; 28mg</i>	1	
NAMZARIC CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 10MG; 0	1	
NAMZARIC CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 7MG	1	
Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)		
<i>memantine hcl titration pak tablet 0</i>	1	
<i>memantine hydrochloride er capsule extended release 24 hour 14mg, 21mg, 28mg, 7mg</i>	1	
<i>memantine hydrochloride solution 2mg/ml</i>	1	
<i>memantine hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
Inhibidores de la colinesterasa		
<i>donepezil hcl tablet disintegrating 10mg, 5mg</i>	1	
<i>donepezil hcl tablet 10mg, 23mg</i>	1	
<i>donepezil hydrochloride tablet 5mg</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide er capsule extended release 24 hour 16mg, 24mg, 8mg</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide solution 4mg/ml</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide tablet 12mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>rivastigmine tartrate capsule 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg</i>	1	
<i>rivastigmine transdermal system patch 24 hour 13.3mg/24hr, 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr</i>	1	
Agentes antiespásticos		
Agentes antiespásticos		
<i>baclofen tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>dantrolene sodium capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>tizanidine hcl tablet 2mg</i>	1	
<i>tizanidine hydrochloride tablet 4mg</i>	1	
Agentes antiyaquecosos		
Agonista de receptores de serotonina (5-HT)		
<i>naratriptan hcl tablet 1mg, 2.5mg</i>	1	
<i>rizatriptan benzoate odt tablet disintegrating 10mg, 5mg</i>	1	
<i>rizatriptan benzoate tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>sumatriptan succinate refill injection 6mg/0.5ml</i>	1	
<i>sumatriptan succinate injection 4mg/0.5ml, 6mg/0.5ml</i>	1	
<i>sumatriptan succinate tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>sumatriptan solution 20mg/act, 5mg/act</i>	1	
Alcaloides del cornezuelo		
<i>dihydroergotamine mesylate solution 4mg/ml</i>	1	QL(8 ML por 30 días); NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>ergotamine tartrate/caffeine tablet 100mg; 1mg</i>	1	
Antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene)		
AIMOVIG INJECTION 140MG/ML, 70MG/ML	1	QL(1 ML por 30 días); PA; SP
EMGALITY INJECTION 120MG/ML	1	QL(2 ML por 30 días); PA; SP
EMGALITY INJECTION 100MG/ML	1	QL(3 ML por 30 días); PA; SP
NURTEC TABLET DISINTEGRATING 75MG	1	PA
QULIPTA TABLET 10MG, 30MG, 60MG	1	PA
UBRELVY TABLET 100MG, 50MG	1	PA
Profiláctico		
<i>timolol maleate tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
Agentes antiemiasténicos		
Parasimpaticomiméticos		
<i>pyridostigmine bromide er tablet extended release 180mg</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide tablet 60mg</i>	1	
Agentes antiparkinsonianos		
Agentes antiparkinsonianos, otros		
<i>carbidopa/levodopa/entacapone tablet 12.5mg; 200mg; 50mg, 18.75mg; 200mg; 75mg, 25mg; 200mg; 100mg, 31.25mg; 200mg; 125mg, 37.5mg; 200mg; 150mg, 50mg; 200mg; 200mg</i>	1	
<i>entacapone tablet 200mg</i>	1	
Agonistas de la dopamina		
<i>bromocriptine mesylate capsule 5mg</i>	1	
<i>bromocriptine mesylate tablet 2.5mg</i>	1	
<i>pramipexole dihydrochloride tablet 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg</i>	1	
<i>ropinirole er tablet extended release 24 hour 12mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg</i>	1	
<i>ropinirole hcl tablet 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	1	
<i>ropinirole hydrochloride tablet 0.25mg, 3mg</i>	1	
Anticolinérgicos		
<i>benztropine mesylate tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hcl solution 0.4mg/ml</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride tablet 2mg, 5mg</i>	1	
Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate tablet 0.5mg, 1mg</i>	1	
<i>selegiline hcl capsule 5mg</i>	1	
<i>selegiline hcl tablet 5mg</i>	1	
Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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 er tablet extended release 25mg; 100mg, 50mg; 200mg</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa odt tablet disintegrating 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa tablet 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg</i>	1	
<i>carbidopa tablet 25mg</i>	1	
Agentes cardiovasculares		
<i>Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa</i>		
<i>prazosin hydrochloride capsule 1mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>Agentes bloqueantes adrenérgicos beta</i>		
<i>acebutolol hydrochloride capsule 200mg, 400mg</i>	1	
<i>atenolol tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>carvedilol tablet 12.5mg, 25mg, 3.125mg, 6.25mg</i>	1	
<i>labetalol hydrochloride tablet 100mg, 200mg, 300mg</i>	1	
<i>metoprolol succinate er tablet extended release 24 hour 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tablet 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>nadolol tablet 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>nebivolol hydrochloride tablet 10mg, 2.5mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>pindolol tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>propranolol hcl solution 40mg/5ml</i>	1	
<i>propranolol hcl tablet 40mg</i>	1	
<i>propranolol hydrochloride er capsule extended release 24 hour 120mg, 160mg, 60mg, 80mg</i>	1	
<i>propranolol hydrochloride solution 20mg/5ml</i>	1	
<i>propranolol hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	1	
<i>Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas</i>		
<i>amlodipine besylate tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>felodipine er tablet extended release 24 hour 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>nifedipine er tablet extended release 24 hour 30mg, 60mg, 90mg</i>	1	
<i>nimodipine capsule 30mg</i>	1	
<i>Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas</i>		
<i>cartia xt capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	1	
<i>dilt-xr capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl cd capsule extended release 24 hour 360mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 12 hour 120mg, 60mg, 90mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>diltiazem hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl er tablet extended release 24 hour 300mg, 360mg, 420mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl tablet 30mg, 60mg</i>	1	
<i>diltiazem hydrochloride er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	1	
<i>diltiazem hydrochloride er tablet extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	1	
<i>diltiazem hydrochloride tablet 120mg, 90mg</i>	1	
<i>matzim la tablet extended release 24 hour 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	1	
<i>taztia xt capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	1	
<i>tiadylt er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	1	
<i>verapamil hcl er capsule extended release 24 hour 100mg, 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	1	
<i>verapamil hcl er tablet extended release 120mg</i>	1	
<i>verapamil hcl sr capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 360mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er capsule extended release 24 hour 100mg, 200mg, 300mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er tablet extended release 180mg, 240mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride sr capsule extended release 24 hour 240mg, 360mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride tablet 120mg, 40mg, 80mg</i>	1	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>aliskiren tablet 150mg, 300mg</i>	1	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide tablet 5mg; 50mg</i>	1	
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium tablet 10mg; 10mg, 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 10mg; 80mg, 2.5mg; 10mg, 2.5mg; 20mg, 2.5mg; 40mg, 5mg; 10mg, 5mg; 20mg, 5mg; 40mg, 5mg; 80mg</i>	1	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride capsule 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 2.5mg; 10mg, 5mg; 10mg, 5mg; 20mg, 5mg; 40mg</i>	1	
<i>amlodipine besylate/valsartan tablet 10mg; 160mg, 10mg; 320mg, 5mg; 160mg, 5mg; 320mg</i>	1	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil tablet 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 5mg; 20mg, 5mg; 40mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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 tablet 10mg; 12.5mg; 160mg, 10mg; 25mg; 160mg, 5mg; 12.5mg; 160mg, 5mg; 25mg; 160mg</i>	1	
<i>atenolol/chlorthalidone tablet 100mg; 25mg, 50mg; 25mg</i>	1	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 12.5mg, 20mg; 12.5mg, 20mg; 25mg, 5mg; 6.25mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 6.25mg, 2.5mg; 6.25mg, 5mg; 6.25mg</i>	1	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tablet 16mg; 12.5mg, 32mg; 12.5mg, 32mg; 25mg</i>	1	
CORLANOR SOLUTION 5MG/5ML	1	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 25mg, 5mg; 12.5mg</i>	1	
ENTRESTO CAPSULE SPRINKLE 15MG; 16MG, 6MG; 6MG	1	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 12.5mg, 20mg; 12.5mg</i>	1	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 150mg, 12.5mg; 300mg</i>	1	
<i>ivabradine hydrochloride tablet 5mg, 7.5mg</i>	1	
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 10mg, 12.5mg; 20mg, 25mg; 20mg</i>	1	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 100mg, 12.5mg; 50mg, 25mg; 100mg</i>	1	
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide tablet 25mg; 100mg, 25mg; 50mg, 50mg; 100mg</i>	1	
<i>metyrosine capsule 250mg</i>	1	NEDS
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 12.5mg; 40mg, 10mg; 25mg; 40mg, 5mg; 12.5mg; 20mg, 5mg; 12.5mg; 40mg, 5mg; 25mg; 40mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 20mg, 12.5mg; 40mg, 25mg; 40mg</i>	1	
<i>pentoxifylline er tablet extended release 400mg</i>	1	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 10mg, 12.5mg; 20mg, 25mg; 20mg</i>	1	
<i>ranolazine er tablet extended release 12 hour 1000mg, 500mg</i>	1	
<i>sacubitril/valsartan tablet 24mg; 26mg, 49mg; 51mg, 97mg; 103mg</i>	1	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide tablet 25mg; 25mg</i>	1	
<i>telmisartan/amlodipine tablet 10mg; 40mg, 10mg; 80mg, 5mg; 40mg, 5mg; 80mg</i>	1	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 40mg, 12.5mg; 80mg, 25mg; 80mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>trandolapril/verapamil hcl er tablet extended release 1mg; 240mg, 2mg; 180mg, 2mg; 240mg, 4mg; 240mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide capsule 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tablet 25mg; 37.5mg, 50mg; 75mg</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 160mg, 12.5mg; 320mg, 12.5mg; 80mg, 25mg; 160mg, 25mg; 320mg</i>	1	
VYNDAMAX CAPSULE 61MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
Agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine hydrochloride tablet 0.1mg, 0.2mg, 0.3mg</i>	1	
<i>clonidine patch weekly 0.1mg/24hr, 0.2mg/24hr, 0.3mg/24hr</i>	1	
<i>droxidopa capsule 200mg, 300mg</i>	1	PA; NEDS; SP
<i>droxidopa capsule 100mg</i>	1	PA; SP
<i>midodrine hydrochloride tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil tablet 16mg, 32mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>irbesartan tablet 150mg, 300mg, 75mg</i>	1	
<i>losartan potassium tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil tablet 20mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>telmisartan tablet 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>valsartan tablet 160mg, 320mg, 40mg, 80mg</i>	1	
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides		
<i>eplerenone tablet 25mg, 50mg</i>	1	
KERENDIA TABLET 10MG, 20MG, 40MG	1	PA
<i>spironolactone tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hydrochloride tablet 100mg, 200mg, 400mg</i>	1	
<i>digoxin injection 0.25mg/ml</i>	1	
<i>digoxin oral solution 0.05mg/ml</i>	1	
<i>digoxin tablet 125mcg, 250mcg</i>	1	
<i>dofetilide capsule 125mcg, 250mcg, 500mcg</i>	1	SP
<i>flecainide acetate tablet 100mg, 150mg, 50mg</i>	1	
<i>mexiletine hydrochloride capsule 150mg, 200mg, 250mg</i>	1	
MULTAQ TABLET 400MG	1	
<i>propafenone hcl tablet 150mg, 225mg, 300mg</i>	1	
<i>propafenone hydrochloride er capsule extended release 12 hour 225mg, 325mg, 425mg</i>	1	
<i>propafenone hydrochloride tablet 150mg, 225mg, 300mg</i>	1	
<i>quinidine sulfate tablet 200mg, 300mg</i>	1	
<i>sotalol hcl tablet 120mg, 160mg, 240mg</i>	1	
<i>sotalol hydrochloride (af) tablet 120mg, 160mg, 80mg</i>	1	
<i>sotalol hydrochloride tablet 80mg</i>	1	
Dislipídicos, derivados del ácido fibríco		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>fenofibrate micronized capsule 134mg, 200mg, 67mg</i>	1	
<i>fenofibrate capsule 130mg, 43mg, 50mg</i>	1	
<i>fenofibrate tablet 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	1	
<i>fenofibric acid dr capsule delayed release 135mg, 45mg</i>	1	
<i>gemfibrozil tablet 600mg</i>	1	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium tablet 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>fluvastatin sodium er tablet extended release 24 hour 80mg</i>	1	
<i>fluvastatin capsule 20mg, 40mg</i>	1	
<i>lovastatin tablet 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>pitavastatin calcium tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
<i>pravastatin sodium tablet 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>rosuvastatin calcium tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>simvastatin tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg, 80mg</i>	1	
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light packet 4gm</i>	1	
<i>cholestyramine light powder 4gm/dose</i>	1	
<i>cholestyramine packet 4gm</i>	1	
<i>cholestyramine powder 4gm/dose</i>	1	
<i>colestipol hydrochloride granules 5gm</i>	1	
<i>colestipol hydrochloride packet 5gm</i>	1	
<i>colestipol hydrochloride tablet 1gm</i>	1	
<i>ezetimibe/simvastatin tablet 10mg; 10mg, 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 10mg; 80mg</i>	1	
<i>ezetimibe tablet 10mg</i>	1	
<i>icosapent ethyl capsule 0.5gm, 1gm</i>	1	
NEXLETOL TABLET 180MG	1	PA
NEXLIZET TABLET 180MG; 10MG	1	PA
<i>niacin er tablet extended release 1000mg, 500mg, 750mg</i>	1	
<i>omega-3-acid ethyl esters capsule 375mg; 465mg; 1gm</i>	1	
PRALUENT INJECTION 150MG/ML, 75MG/ML	1	PA
<i>prevalite packet 4gm</i>	1	
<i>prevalite powder 4gm/dose</i>	1	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM INJECTION 420MG/3.5ML	1	PA
REPATHA SURECLICK INJECTION 140MG/ML	1	PA
REPATHA INJECTION 140MG/ML	1	PA
Diuréticos, ahorrador de potasio		
<i>amiloride hcl tablet 5mg</i>	1	
<i>triamterene capsule 100mg, 50mg</i>	1	
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide injection 0.25mg/ml</i>	1	
<i>bumetanide tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
<i>ethacrynic acid tablet 25mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>furosemide injection 10mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10mg/ml, 40mg/5ml</i>	1	
<i>furosemide tablet 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>torseamide tablet 100mg, 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone tablet 25mg, 50mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide capsule 12.5mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide tablet 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>indapamide tablet 1.25mg, 2.5mg</i>	1	
<i>metolazone tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
<i>benazepril hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>captopril tablet 100mg, 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>enalapril maleate tablet 10mg, 2.5mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium tablet 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>lisinopril tablet 10mg, 2.5mg, 20mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>moexipril hydrochloride tablet 15mg, 7.5mg</i>	1	
<i>perindopril erbumine tablet 2mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>quinapril hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>ramipril capsule 1.25mg, 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>trandolapril tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT)		
<i>dapagliflozin tablet 10mg, 5mg</i>	1	
FARXIGA TABLET 10MG, 5MG	1	
JARDIANCE TABLET 10MG, 25MG	1	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso		
<i>isosorbide dinitrate tablet 10mg, 20mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate er tablet extended release 24 hour 120mg, 30mg, 60mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate tablet 10mg, 20mg</i>	1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1mg/hr, 0.2mg/hr, 0.4mg/hr, 0.6mg/hr</i>	1	
<i>nitroglycerin solution 0.4mg/spray</i>	1	
<i>nitroglycerin tablet sublingual 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	1	
VERQUVO TABLET 10MG, 2.5MG, 5MG	1	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial		
<i>hydralazine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>minoxidil tablet 10mg, 2.5mg</i>	1	
Agentes de antigout		
Agentes de antigout		
<i>allopurinol tablet 100mg, 300mg</i>	1	
<i>colchicine tablet 0.6mg</i>	1	
<i>probenecid/colchicine tablet 0.5mg; 500mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>probenecid tablet 500mg</i>	1	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
Aminosalicilatos		
<i>balsalazide disodium capsule 750mg</i>	1	
<i>mesalamine dr capsule delayed release 400mg</i>	1	
<i>mesalamine dr tablet delayed release 1.2gm, 800mg</i>	1	
<i>mesalamine er capsule extended release 24 hour 0.375gm</i>	1	
<i>mesalamine er capsule extended release 500mg</i>	1	
<i>mesalamine enema 4gm</i>	1	
<i>mesalamine kit 4gm</i>	1	
<i>mesalamine suppository 1000mg</i>	1	
<i>sulfasalazine tablet delayed release 500mg</i>	1	
<i>sulfasalazine tablet 500mg</i>	1	
Glucocorticoides		
<i>budesonide er tablet extended release 24 hour 9mg</i>	1	NEDS
<i>budesonide capsule delayed release particles 3mg</i>	1	
CORTIFOAM FOAM 10%	1	
<i>hydrocortisone cream 1%, 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone enema 100mg/60ml</i>	1	
<i>procto-med hc cream 2.5%</i>	1	
<i>proctosol hc cream 2.5%</i>	1	
<i>proctozone-hc cream 2.5%</i>	1	
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
<i>alendronate sodium solution 70mg/75ml</i>	1	
<i>alendronate sodium tablet 10mg, 35mg, 70mg</i>	1	
BONSITY INJECTION 560MCG/2.24ML	1	PA; NEDS; SP
CALCITONIN SALMON INJECTION 200UNIT/ML	1	
<i>calcitonin-salmon solution 200unit/act</i>	1	
<i>calcitriol capsule 0.25mcg, 0.5mcg</i>	1	
<i>calcitriol solution 1mcg/ml</i>	1	
<i>cinacalcet hydrochloride tablet 30mg, 60mg, 90mg</i>	1	SP
JUBBONTI INJECTION 60MG/ML	1	PA
<i>paricalcitol capsule 1mcg, 2mcg, 4mcg</i>	1	
RAYALDEE CAPSULE EXTENDED RELEASE 30MCG	1	NEDS
<i>risedronate sodium dr tablet delayed release 35mg</i>	1	
<i>risedronate sodium tablet 150mg, 30mg, 35mg, 5mg</i>	1	
<i>teriparatide injection 560mcg/2.24ml</i>	1	PA; NEDS; SP
WYOST INJECTION 120MG/1.7ML	1	PA; NEDS
<i>zoledronic acid injection 4mg/100ml, 4mg/5ml, 5mg/100ml</i>	1	SP
Agentes del sistema nervioso central		
Agentes de esclerosis múltiple		
AVONEX PEN INJECTION 30MCG/0.5ML	1	NEDS; SP
AVONEX INJECTION 30MCG/0.5ML	1	NEDS; SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
BETASERON INJECTION 0.3MG	1	NEDS; SP
<i>dalfampridine er tablet extended release 12 hour 10mg</i>	1	SP
<i>dimethyl fumarate capsule delayed release 120mg, 240mg</i>	1	SP
<i> fingolimod hydrochloride capsule 0.5mg</i>	1	NEDS; SP
<i> glatiramer acetate injection 40mg/ml</i>	1	QL(12 ML por 28 días); NEDS; SP
<i> glatiramer acetate injection 20mg/ml</i>	1	QL(30 ML por 30 días); NEDS; SP
KESIMPTA INJECTION 20MG/0.4ML	1	PA; NEDS; SP
PLEGRIDY STARTER PACK INJECTION 0	1	NEDS; SP
PLEGRIDY INJECTION 125MCG/0.5ML	1	NEDS; SP
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK INJECTION 0	1	ST; NEDS; SP
REBIF REBIDOSE INJECTION 22MCG/0.5ML, 44MCG/0.5ML	1	ST; NEDS; SP
REBIF TITRATION PACK INJECTION 0	1	ST; NEDS; SP
REBIF INJECTION 22MCG/0.5ML, 44MCG/0.5ML	1	ST; NEDS; SP
<i> teriflunomide tablet 14mg, 7mg</i>	1	SP
VUMERITY CAPSULE DELAYED RELEASE 231MG	1	NEDS; SP
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK CAPSULE THERAPY PACK 0	1	NEDS; SP
ZEPOSIA CAPSULE 0.92MG	1	NEDS; SP
Agentes de fibromialgia		
<i> milnacipran hydrochloride titration pack miscellaneous 0</i>	1	
<i> milnacipran hydrochloride tablet 100mg, 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
SAVELLA TITRATION PACK MISCELLANEOUS 0	1	
SAVELLA TABLET 100MG, 12.5MG, 25MG, 50MG	1	
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
<i> amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg, 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg, 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg, 5mg; 5mg; 5mg; 5mg, 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg, 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	1	
<i> amphetamine/dextroamphetamine tablet 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg, 1.875mg; 1.875mg; 1.875mg; 1.875mg, 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg, 3.125mg; 3.125mg; 3.125mg; 3.125mg, 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg, 5mg; 5mg; 5mg; 5mg, 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	1	
<i> dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 10mg, 15mg, 5mg</i>	1	
<i> dextroamphetamine sulfate tablet 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 10mg, 25mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine capsule 100mg, 80mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine capsule 10mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonidine hydrochloride er tablet extended release 12 hour 0.1mg</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hcl tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er capsule extended release 24 hour 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg, 35mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tablet 2.5mg</i>	1	
<i>guanfacine hydrochloride er tablet extended release 24 hour 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	1	QL(90 EA por 90 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er (cd) capsule extended release 10mg, 20mg, 30mg, 40mg, 50mg, 60mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er (dif) tablet extended release 27mg, 36mg, 54mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er (la) capsule extended release 24 hour 10mg, 20mg, 30mg, 40mg, 60mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm) tablet extended release 18mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 18mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 10mg, 20mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride solution 10mg/5ml, 5mg/5ml</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride tablet chewable 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
Sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12MG; 18MG; 24MG; 30MG	1	QL(56 EA por 365 días); PA; NEDS; SP
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 6MG; 12MG; 24 MG	1	QL(84 EA por 365 días); PA; NEDS; SP
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6MG	1	QL(210 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
AUSTEDO TABLET 12MG, 6MG, 9MG	1	PA; NEDS; SP
COBENFY STARTER PACK CAPSULE THERAPY PACK 20MG; 0	1	QL(112 EA por 365 días); PA NSO; NEDS
COBENFY CAPSULE 20MG; 100MG, 20MG; 50MG, 30MG; 125MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
NUEDEXTA CAPSULE 20MG; 10MG	1	PA; NEDS
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSPENSION 105MG/5ML	1	PA; NEDS; SP
RADICAVA ORS SUSPENSION 105MG/5ML	1	PA; NEDS; SP
<i>riluzole tablet 50mg</i>	1	
<i>tetrabenazine tablet 12.5mg, 25mg</i>	1	PA; SP
VEOZAH TABLET 45MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
Agentes del trastorno del sueño		
<i>Agentes estimulantes de insomnio</i>		
<i>armodafinil tablet 150mg, 200mg, 250mg, 50mg</i>	1	PA
<i>modafinil tablet 100mg, 200mg</i>	1	PA
SODIUM OXYBATE SOLUTION 500MG/ML	1	PA; NEDS
<i>Agentes somníferos</i>		
BELSOMRA TABLET 10MG, 15MG, 20MG, 5MG	1	
<i>eszopiclone tablet 1mg, 2mg, 3mg</i>	1	
<i>ramelteon tablet 8mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>tasimelteon capsule 20mg</i>	1	PA; NEDS; SP
<i>temazepam capsule 15mg, 30mg, 7.5mg</i>	1	
<i>zaleplon capsule 10mg, 5mg</i>	1	
<i>zolpidem tartrate tablet 10mg, 5mg</i>	1	
Agentes dentales y orales		
<i>Agentes dentales y orales</i>		
<i>cevimeline hydrochloride capsule 30mg</i>	1	
<i>chlorhexidine gluconate solution 0.12%</i>	1	
<i>kourzeq paste 0.1%</i>	1	
<i>lidocaine hydrochloride viscous solution 2%</i>	1	
<i>lidocaine viscous solution 2%</i>	1	
<i>oralone dental paste paste 0.1%</i>	1	
<i>periogard solution 0.12%</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride tablet 5mg, 7.5mg</i>	1	
<i>sf 5000 plus cream 1.1%</i>	1	
<i>sodium fluoride 5000 plus cream 1.1%</i>	1	
<i>sodium fluoride 5000 ppm cream 1.1%</i>	1	
<i>sodium fluoride cream 1.1%</i>	1	
<i>triamcinolone acetate dental paste paste 0.1%</i>	1	
Agentes dermatológicos		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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 dermatológicos, otros		
<i>calcipotriene cream 0.005%</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene ointment 0.005%</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene solution 0.005%</i>	1	QL(120 ML por 30 días)
<i>calcitriol ointment 3mcg/gm</i>	1	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate cream 0.05%; 1%</i>	1	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate lotion 0.05%; 1%</i>	1	
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	1	QL(200 GM por 30 días)
<i>fluorouracil cream 0.5%, 5%</i>	1	
<i>fluorouracil solution 2%, 5%</i>	1	
<i>imiquimod cream 3.75%, 5%</i>	1	
<i>nystatin/triamcinolone acetonide cream 100000unit/gm; 1mg/gm</i>	1	
<i>nystatin/triamcinolone acetonide ointment 100000unit/gm; 0.1%</i>	1	
<i>nystatin/triamcinolone cream 100000unit/gm; 1mg/gm</i>	1	
<i>nystatin/triamcinolone ointment 100000unit/gm; 0.1%</i>	1	
OTEZLA TABLET 20MG, 30MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>podofilox gel 0.5%</i>	1	
<i>podofilox solution 0.5%</i>	1	
SANTYL OINTMENT 250UNIT/GM	1	
<i>silver sulfadiazine cream 1%</i>	1	
<i>ssd cream 1%</i>	1	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
<i>acutane capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	
<i>acitretin capsule 10mg, 17.5mg, 25mg</i>	1	
<i>adapalene gel 0.1%, 0.3%</i>	1	PA
<i>amnesteem capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	
<i>azelaic acid gel 15%</i>	1	
<i>claravis capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide gel 2.5%; 1.2%, 5%; 1.2%</i>	1	
<i>clindamycin/benzoyl peroxide gel 5%; 1%</i>	1	
<i>isotretinoin capsule 10mg, 20mg, 25mg, 30mg, 35mg, 40mg</i>	1	
<i>metronidazole cream 0.75%</i>	1	
<i>metronidazole gel 0.75%, 1%</i>	1	
<i>metronidazole lotion 0.75%</i>	1	
<i>tazarotene cream 0.05%, 0.1%</i>	1	PA
<i>tazarotene gel 0.05%, 0.1%</i>	1	PA
<i>tretinoin cream 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	1	PA
ZENATANE CAPSULE 10MG, 20MG, 30MG, 40MG	1	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
<i>ammonium lactate cream 12%</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>ammonium lactate lotion 12%</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate augmented cream 0.05%</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate augmented gel 0.05%</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate augmented lotion 0.05%</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate augmented ointment 0.05%</i>	1	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE CREAM 0.05%	1	
<i>betamethasone dipropionate lotion 0.05%</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate ointment 0.05%</i>	1	
<i>betamethasone valerate cream 0.1%</i>	1	
<i>betamethasone valerate lotion 0.1%</i>	1	
<i>betamethasone valerate ointment 0.1%</i>	1	
<i>clobetasol propionate e cream 0.05%</i>	1	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate cream 0.05%</i>	1	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate gel 0.05%</i>	1	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate ointment 0.05%</i>	1	QL(240 GM por 30 días)
CLOBETASOL PROPIONATE SHAMPOO 0.05%	1	QL(236 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate solution 0.05%</i>	1	QL(200 ML por 30 días)
<i>clodan shampoo 0.05%</i>	1	QL(236 ML por 30 días)
DESONIDE CREAM 0.05%	1	
DESONIDE OINTMENT 0.05%	1	
<i>desoximetasone cream 0.05%, 0.25%</i>	1	
EUCRISA OINTMENT 2%	1	PA
<i>fluocinolone acetonide body oil 0.01%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide scalp oil 0.01%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide topical oil 0.01%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide cream 0.01%, 0.025%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide ointment 0.025%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide solution 0.01%</i>	1	
<i>fluocinonide emulsified base cream 0.05%</i>	1	
<i>fluocinonide cream 0.05%, 0.1%</i>	1	
FLUOCINONIDE GEL 0.05%	1	
FLUOCINONIDE OINTMENT 0.05%	1	
FLUOCINONIDE SOLUTION 0.05%	1	
<i>fluticasone propionate cream 0.05%</i>	1	
<i>fluticasone propionate ointment 0.005%</i>	1	
<i>halobetasol propionate cream 0.05%</i>	1	
<i>halobetasol propionate ointment 0.05%</i>	1	
HYDROCORTISONE VALERATE CREAM 0.2%	1	
<i>hydrocortisone valerate ointment 0.2%</i>	1	
<i>hydrocortisone cream 1%, 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone lotion 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone ointment 1%, 2.5%</i>	1	
<i>mometasone furoate cream 0.1%</i>	1	
<i>mometasone furoate ointment 0.1%</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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 solution 0.1%</i>	1	
<i>pimecrolimus cream 1%</i>	1	
<i>selenium sulfide lotion 2.5%</i>	1	
<i>tacrolimus ointment 0.03%, 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide cream 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.025%, 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide ointment 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	1	
Antiinfecciosos tópicos		
<i>ciclopirox nail lacquer solution 8%</i>	1	
<i>ciclopirox olamine cream 0.77%</i>	1	
<i>ciclopirox gel 0.77%</i>	1	
CICLOPIROX SHAMPOO 1%	1	
<i>ciclopirox suspension 0.77%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate (once-daily) gel 1%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate (twice-daily) gel 1%</i>	1	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE LOTION 1%	1	
<i>clindamycin phosphate external solution 1%</i>	1	
<i>ery pad 2%</i>	1	
<i>erythromycin gel 2%</i>	1	
<i>erythromycin solution 2%</i>	1	
<i>mupirocin cream 2%</i>	1	QL(180 GM por 30 días)
<i>mupirocin ointment 2%</i>	1	QL(44 GM por 30 días)
SULFAMYLON CREAM 85MG/GM	1	
Pediculicidas/escabicidas		
<i>malathion lotion 0.5%</i>	1	
<i>permethrin cream 5%</i>	1	
Agentes gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
<i>alosetron hydrochloride tablet 0.5mg</i>	1	PA
<i>alosetron hydrochloride tablet 1mg</i>	1	PA; NEDS
<i>loperamide hydrochloride capsule 2mg</i>	1	
XERMELO TABLET 250MG	1	PA; NEDS; SP
Agentes antiestreñimiento		
<i>constulose solution 10gm/15ml</i>	1	
<i>enulose solution 10gm/15ml</i>	1	
<i>generlac solution 10gm/15ml</i>	1	
<i>lactulose solution 10gm/15ml</i>	1	
LINZESS CAPSULE 145MCG, 290MCG, 72MCG	1	
<i>lubiprostone capsule 24mcg, 8mcg</i>	1	
MOVANTIK TABLET 12.5MG, 25MG	1	
Agentes gastrointestinales, otros		
CLENPIQ SOLUTION 12GM/175ML; 3.5GM/175ML; 10MG/175ML	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>gavilyte-c solution reconstituted 240gm; 2.98gm; 6.72gm; 5.84gm; 22.72gm</i>	1	
<i>gavilyte-g solution reconstituted 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm</i>	1	
<i>gavilyte-n/ flavor pack solution reconstituted 420gm; 1.48gm; 5.72gm; 11.2gm</i>	1	
<i>metoclopramide hcl injection 5mg/ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5mg/5ml</i>	1	
<i>metoclopramide hydrochloride + rfid injection 5mg/ml</i>	1	
<i>metoclopramide hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>nitroglycerin ointment 0.4%</i>	1	QL(30 GM por 30 días)
<i>opium tincture tincture 1%</i>	1	
<i>opium tincture 1%</i>	1	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate solution reconstituted 4.7gm; 100gm; 1.015gm; 5.9gm; 2.691gm; 7.5gm</i>	1	
<i>peg-3350/electrolytes solution reconstituted 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm</i>	1	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl solution reconstituted 420gm; 1.48gm; 5.72gm; 11.2gm</i>	1	
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic solution reconstituted 4.7gm; 100gm; 1.015gm; 5.9gm; 2.691gm; 7.5gm</i>	1	
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate solution 17.5gm/177ml; 3.13gm/177ml; 1.6gm/177ml</i>	1	
<i>ursodiol capsule 300mg</i>	1	
<i>ursodiol tablet 250mg, 500mg</i>	1	
VOQUEZNA TABLET 10MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
VOQUEZNA TABLET 20MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA
VOWST CAPSULE 0	1	PA; NEDS
XIFAXAN TABLET 550MG	1	PA; NEDS
<i>Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)</i>		
<i>cimetidine tablet 200mg, 300mg, 400mg, 800mg</i>	1	
<i>famotidine tablet 20mg, 40mg</i>	1	
<i>Antiespasmódicos, gastrointestinal</i>		
<i>dicyclomine hcl solution 10mg/5ml</i>	1	
<i>dicyclomine hydrochloride capsule 10mg</i>	1	
<i>dicyclomine hydrochloride tablet 20mg</i>	1	
<i>glycopyrrolate solution 1mg/5ml</i>	1	SP
<i>glycopyrrolate tablet 1mg, 2mg</i>	1	
<i>Inhibidores de la bomba de protones</i>		
DEXLANSOPRAZOLE CAPSULE DELAYED RELEASE 30MG, 60MG	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>esomeprazole magnesium capsule delayed release 20mg, 40mg</i>	1	
<i>esomeprazole magnesium packet 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>lansoprazole capsule delayed release 15mg, 30mg</i>	1	
<i>omeprazole dr capsule delayed release 10mg</i>	1	
<i>omeprazole capsule delayed release 20mg, 40mg</i>	1	
<i>pantoprazole sodium tablet delayed release 20mg, 40mg</i>	1	
<i>rabeprazole sodium tablet delayed release 20mg</i>	1	
Protectores		
<i>misoprostol tablet 100mcg, 200mcg</i>	1	
<i>sucralfate suspension 1gm/10ml</i>	1	
<i>sucralfate tablet 1gm</i>	1	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl er tablet extended release 24 hour 10mg</i>	1	
<i>doxazosin mesylate tablet 1mg, 2mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride capsule 0.5mg; 0.4mg</i>	1	
<i>dutasteride capsule 0.5mg</i>	1	
<i>finasteride tablet 5mg</i>	1	
<i>tadalafil tablet 2.5mg, 5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride capsule 0.4mg</i>	1	
<i>terazosin hcl capsule 10mg, 1mg, 5mg</i>	1	
<i>terazosin hydrochloride capsule 2mg</i>	1	
Agentes genitourinarios, otros		
<i>acetic acid 0.25% solution 0.25%</i>	1	
<i>bethanechol chloride tablet 10mg, 25mg, 50mg, 5mg</i>	1	
ELMIRON CAPSULE 100MG	1	
<i>tiopronin dr tablet delayed release 100mg, 300mg</i>	1	NEDS; SP
Antiespasmódicos, urinario		
GEMTESA TABLET 75MG	1	
MYRBETRIQ SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8MG/ML	1	
MYRBETRIQ TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25MG, 50MG	1	
<i>oxybutynin chloride er tablet extended release 24 hour 10mg, 15mg, 5mg</i>	1	
<i>oxybutynin chloride solution 5mg/5ml</i>	1	
<i>oxybutynin chloride tablet 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>solifenacin succinate tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>tolterodine tartrate er capsule extended release 24 hour 2mg, 4mg</i>	1	
<i>tolterodine tartrate tablet 1mg, 2mg</i>	1	
<i>tropium chloride tablet 20mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</i>		
<i>desmopressin acetate solution 0.01%</i>	1	
<i>desmopressin acetate tablet 0.1mg, 0.2mg</i>	1	
GENOTROPIN MINIQUICK INJECTION 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	1	PA; NEDS; SP
GENOTROPIN MINIQUICK INJECTION 0.2MG	1	PA; SP
GENOTROPIN INJECTION 12MG, 5MG	1	PA; NEDS; SP
INCRELEX INJECTION 40MG/4ML	1	PA; NEDS; SP
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
<i>Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos</i>		
OSPHENA TABLET 60MG	1	
<i>raloxifene hydrochloride tablet 60mg</i>	1	
Andrógenos		
<i>danazol capsule 100mg, 200mg, 50mg</i>	1	
<i>testosterone cypionate injection 100mg/ml, 200mg/ml</i>	1	
<i>testosterone enanthate injection 200mg/ml</i>	1	
<i>testosterone pump gel 1%, 1.62%</i>	1	
<i>testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 25mg/2.5gm, 40.5mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	1	
Estrógenos		
<i>abigale lo tablet 0.5mg; 0.1mg</i>	1	
<i>abigale tablet 1mg; 0.5mg</i>	1	
<i>amabelz tablet 0.5mg; 0.1mg, 1mg; 0.5mg</i>	1	
<i>apri tablet 0.15mg; 30mcg</i>	1	
<i>ashlyna tablet 0; 0</i>	1	
<i>aviane tablet 20mcg; 0.1mg</i>	1	
<i>azurette tablet 0; 0</i>	1	
<i>balziva tablet 35mcg; 0.4mg</i>	1	
<i>briellyn tablet 35mcg; 0.4mg</i>	1	
<i>conjugated estrogens tablet 0.3mg, 0.45mg, 0.625mg, 0.9mg, 1.25mg</i>	1	
<i>dotti patch twice weekly 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr</i>	1	
<i>drospirenone/ethinyl estradiol tablet 3mg; 0.03mg</i>	1	
<i>eluryng ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	1	
<i>enilloring ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	1	
<i>estradiol valerate injection 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml</i>	1	
<i>estradiol/norethindrone acetate tablet 0.5mg; 0.1mg, 1mg; 0.5mg</i>	1	
<i>estradiol cream 0.1mg/gm</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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 patch twice weekly 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr</i>	1	
<i>estradiol patch weekly 0.025mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.06mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr, 37.5mcg/24hr</i>	1	
<i>estradiol oral tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
<i>estradiol vaginal tabs tablet 10mcg</i>	1	Generic Vagifem
ESTRING RING 7.5MCG/24HR	1	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	1	
<i>falmina tablet 20mcg; 0.1mg</i>	1	
FEIRZA 1.5/30 TABLET 30MCG; 75MG; 1.5MG	1	
FEIRZA 1/20 TABLET 20MCG; 75MG; 1MG	1	
<i>finzala tablet chewable 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>fyavolv tablet 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	1	
<i>galbriela tablet chewable 25mcg; 75mg; 0.8mg</i>	1	
<i>hailey fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>haloette ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	1	
<i>iclevia tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	1	
IMVEXXY MAINTENANCE PACK INSERT 10MCG, 4MCG	1	
IMVEXXY STARTER PACK INSERT 10MCG, 4MCG	1	
<i>introvale tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	1	
<i>jaimiess tablet 0; 0</i>	1	
<i>jinteli tablet 5mcg; 1mg</i>	1	
<i>junel 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	1	
<i>junel 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	1	
<i>junel fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	1	
<i>junel fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>junel fe 24 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>kariva tablet 0; 0</i>	1	
<i>kelnor 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	1	
<i>larin 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	1	
<i>larin 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	1	
<i>larin fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	1	
<i>larin fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>lessina tablet 20mcg; 0.1mg</i>	1	
<i>levonest tablet 0; 0</i>	1	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 20mcg; 90mcg</i>	1	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 20mcg; 0.1mg</i>	1	
<i>levora 0.15/30-28 tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	1	
<i>lojaimiess tablet 0; 0</i>	1	
<i>luizza 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	1	
<i>luizza 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>marlissa tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	1	
<i>mibelas 24 fe tablet chewable 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>microgestin 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	1	
<i>microgestin 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	1	
<i>microgestin fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	1	
<i>microgestin fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>minzoya tablet 0.02mg; 36.5mg; 0.1mg</i>	1	
<i>necon 0.5/35-28 tablet 35mcg; 0.5mg</i>	1	
<i>nikki tablet 3mg; 0.02mg</i>	1	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	1	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28) tablet 35mcg; 0.5mg</i>	1	
<i>nortrel 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7 tablet 35mcg; 0</i>	1	
<i>portia-28 tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	1	
PREMARIN CREAM 0.625MG/GM	1	
PREMARIN TABLET 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	1	
PREMPHASE TABLET 0.625MG; 5MG	1	
<i>rosyrah tablet 0; 0</i>	1	
<i>tarina fe 1/20 eq tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>tri-sprintec tablet 0; 0</i>	1	
<i>trivora-28 tablet 0; 0</i>	1	
<i>turqoz tablet 30mcg; 0.3mg</i>	1	
<i>tydemy tablet 3mg; 0.03mg; 0.451mg</i>	1	
<i>valtya 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	1	
<i>valtya 1/50 tablet 50mcg; 1mg</i>	1	
<i>velivet tablet 0; 0</i>	1	
<i>viorele tablet 0; 0</i>	1	
<i>vyfemla tablet 35mcg; 0.4mg</i>	1	
XARAH FE TABLET 0; 75MG; 1MG	1	
<i>xelria fe tablet chewable 35mcg; 75mg; 0.4mg</i>	1	
<i>xulane patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	1	
<i>yuvafem tablet 10mcg</i>	1	
<i>zafemy patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	1	
<i>zovia 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	1	
Progestinas		
<i>camila tablet 0.35mg</i>	1	
<i>deblitane tablet 0.35mg</i>	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJECTION 104MG/0.65ML	1	
<i>errin tablet 0.35mg</i>	1	
<i>gallifrey tablet 5mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>heather tablet 0.35mg</i>	1	
LILETTA INTRAUTERINE DEVICE 20.1MCG/DAY	1	
<i>medroxyprogesterone acetate injection 150mg/ml</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>megestrol acetate suspension 40mg/ml, 625mg/5ml</i>	1	
<i>megestrol acetate tablet 20mg, 40mg</i>	1	
<i>meleya tablet 0.35mg</i>	1	
NEXPLANON INJECTION 68MG	1	SP
<i>norethindrone acetate tablet 5mg</i>	1	
<i>orquidea tablet 0.35mg</i>	1	
<i>progesterone capsule 100mg, 200mg</i>	1	
<i>sharobel tablet 0.35mg</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)</i>		
DEPO-MEDROL INJECTION 20MG/ML	1	
<i>dexamethasone intensol concentrate 1mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate +rfd injection 4mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection 100mg/10ml, 10mg/ml, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone elixir 0.5mg/5ml</i>	1	
<i>dexamethasone solution 0.5mg/5ml</i>	1	
<i>dexamethasone tablet 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	1	
<i>fludrocortisone acetate tablet 0.1mg</i>	1	
<i>hydrocortisone sodium succinate injection 100mg</i>	1	
<i>hydrocortisone tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>kenalog-10 injection 10mg/ml</i>	1	
<i>methylprednisolone acetate injection 40mg/ml, 50mg/ml, 80mg/ml</i>	1	
<i>methylprednisolone dose pack tablet therapy pack 4mg</i>	1	
<i>methylprednisolone tablet 16mg, 32mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10mg/5ml, 15mg/5ml, 20mg/5ml, 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	1	
<i>prednisolone solution 15mg/5ml</i>	1	
<i>prednisolone tablet 5mg</i>	1	
<i>prednisone solution 5mg/5ml</i>	1	
<i>prednisone tablet therapy pack 10mg, 5mg</i>	1	
<i>prednisone tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 20mg, 50mg, 5mg</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide injection 10mg/ml, 40mg/ml</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
ADTHYZA TABLET 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	1	
ARMOUR THYROID TABLET 120MG, 15MG, 180MG, 240MG, 300MG, 30MG, 60MG, 90MG	1	
<i>euthyrox tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>levo-t tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>levothyroxine sodium tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>levoxyl tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>liomny tablet 25mcg, 50mcg, 5mcg</i>	1	
<i>liothyronine sodium tablet 25mcg, 50mcg, 5mcg</i>	1	
NIVA THYROID TABLET 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	1	
<i>np thyroid 120 tablet 120mg</i>	1	
<i>np thyroid 15 tablet 15mg</i>	1	
<i>np thyroid 30 tablet 30mg</i>	1	
<i>np thyroid 60 tablet 60mg</i>	1	
<i>np thyroid 90 tablet 90mg</i>	1	
REZDIFFRA TABLET 100MG, 60MG, 80MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
SYNTHROID TABLET 100MCG, 112MCG, 125MCG, 137MCG, 150MCG, 175MCG, 200MCG, 25MCG, 300MCG, 50MCG, 75MCG, 88MCG	1	
THYROID TABLET 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	1	
<i>unithroid tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
Agentes antitiroideos		
<i>methimazole tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>propylthiouracil tablet 50mg</i>	1	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
<i>cabergoline tablet 0.5mg</i>	1	
ELIGARD INJECTION 22.5MG, 30MG, 45MG, 7.5MG	1	SP
FIRMAGON INJECTION 120MG/VIAL	1	NEDS; SP
FIRMAGON INJECTION 80MG	1	SP
<i>lanreotide acetate injection 120mg/0.5ml</i>	1	NEDS; SP
<i>leuprolide acetate injection 1mg/0.2ml</i>	1	SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INJECTION 3.75MG, 7.5MG	1	NEDS; SP
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INJECTION 11.25MG, 22.5MG	1	NEDS; SP
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INJECTION 30MG	1	NEDS; SP
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INJECTION 45MG	1	NEDS; SP
<i>mifepristone tablet 300mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>octreotide acetate injection 1000mcg/ml</i>	1	NEDS; SP
<i>octreotide acetate injection 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 50mcg/ml</i>	1	SP
ORGOVYX TABLET 120MG	1	PA NSO; NEDS; SP
SIGNIFOR INJECTION 0.3MG/ML, 0.6MG/ML, 0.9MG/ML	1	QL(60 ML por 30 días); PA; NEDS; SP
SOMATULINE DEPOT INJECTION 60MG/0.2ML, 90MG/0.3ML	1	NEDS; SP
SOMAVERT INJECTION 10MG, 15MG, 20MG, 25MG, 30MG	1	PA; NEDS; SP
SYNAREL SOLUTION 2MG/ML	1	NEDS; SP
Agentes inmunológicos		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
ARCALYST INJECTION 220MG	1	PA; NEDS; SP
BENLYSTA INJECTION 200MG/ML	1	PA; NEDS; SP
COSENTYX SENSOREADY PEN INJECTION 150MG/ML	1	PA; NEDS; SP
COSENTYX UNOREADY INJECTION 300MG/2ML	1	PA; NEDS; SP
COSENTYX INJECTION 125MG/5ML	1	PA; NEDS
COSENTYX INJECTION 150MG/ML, 75MG/0.5ML	1	PA; NEDS; SP
DUPIXENT INJECTION 200MG/1.14ML, 300MG/2ML	1	PA; NEDS; SP
EMPAVELI INJECTION 1080MG/20ML	1	PA; NEDS
KINERET INJECTION 100MG/0.67ML	1	PA; NEDS
ORENCIA CLICKJECT INJECTION 125MG/ML	1	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ORENCIA INJECTION 50MG/0.4ML	1	QL(1.6 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ORENCIA INJECTION 87.5MG/0.7ML	1	QL(2.8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ORENCIA INJECTION 125MG/ML	1	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
OTEZLA TABLET THERAPY PACK 0	1	QL(110 EA por 365 días); PA; NEDS; SP
RINVOQ LQ SOLUTION 1MG/ML	1	QL(360 ML por 30 días); PA; NEDS; SP
RINVOQ TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15MG, 30MG, 45MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SKYRIZI PEN INJECTION 150MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
SKYRIZI INJECTION 600MG/10ML	1	PA; NEDS; SP
SKYRIZI INJECTION 150MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
SKYRIZI INJECTION 180MG/1.2ML	1	QL(1.2 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
SKYRIZI INJECTION 360MG/2.4ML	1	QL(2.4 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
STELARA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
STEQEYMA INJECTION 45MG/0.5ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA
STEQEYMA INJECTION 90MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
STEQEYMA INJECTION 45MG/0.5ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; SP
TAVNEOS CAPSULE 10MG	1	PA; NEDS; SP
TYENNE INJECTION 162MG/0.9ML	1	QL(3.6 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
<i>ustekinumab injection 45mg/0.5ml, 90mg/ml</i>	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
XELJANZ XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11MG, 22MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
XELJANZ SOLUTION 1MG/ML	1	QL(300 ML por 30 días); PA; NEDS; SP
XELJANZ TABLET 10MG, 5MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
XOLAIR INJECTION 150MG/ML, 150MG, 300MG/2ML, 75MG/0.5ML	1	PA; NEDS; SP
YESINTEK INJECTION 90MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
YESINTEK INJECTION 45MG/0.5ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; SP
<i>Agentes para angioedema</i>		
BERINERT INJECTION 500UNIT	1	PA; NEDS; SP
HAEGARDA INJECTION 2000UNIT, 3000UNIT	1	PA; NEDS; SP
<i>icatibant acetate injection 30mg/3ml</i>	1	QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>Inmunoestimulantes</i>		
ACTIMMUNE INJECTION 100MCG/0.5ML	1	NEDS; SP
BESREMI INJECTION 500MCG/ML	1	PA NSO; NEDS; SP
PEGASYS INJECTION 180MCG/ML	1	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP
<i>Inmunoglobulinas</i>		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

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

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ENBREL MINI INJECTION 50MG/ML	1	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ENBREL SURECLICK INJECTION 50MG/ML	1	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ENBREL INJECTION 50MG/ML	1	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ENBREL INJECTION 25MG/0.5ML	1	QL(8.16 ML por 28 días); PA; NEDS; SP
ENVARUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4MG	1	PA BvD; NEDS; SP
ENVARUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75MG, 1MG	1	PA BvD; SP
<i>everolimus tablet 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA BvD; NEDS; SP
<i>everolimus tablet 0.25mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA BvD; SP
GENGRAF CAPSULE 100MG, 25MG	1	PA BvD; SP
GENGRAF SOLUTION 100MG/ML	1	PA BvD; SP
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 0, 80MG/0.8ML	1	PA; NEDS; SP
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 40MG/0.8ML, 80MG/0.8ML	1	PA; NEDS; SP
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK INJECTION 80MG/0.8ML	1	PA; NEDS; SP
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 0	1	PA; NEDS; SP
HUMIRA PEN INJECTION 80MG/0.8ML	1	QL(4 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
HUMIRA INJECTION 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	1	QL(2 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
HUMIRA INJECTION 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
JYLAMVO SOLUTION 2MG/ML	1	
<i>leflunomide tablet 10mg, 20mg</i>	1	
<i>methotrexate sodium injection 1gm/40ml, 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	1	SP
<i>methotrexate sodium tablet 2.5mg</i>	1	
<i>methotrexate injection 50mg/2ml</i>	1	SP
<i>mycophenolate mofetil capsule 250mg</i>	1	PA BvD; SP
<i>mycophenolate mofetil suspension reconstituted 200mg/ml</i>	1	PA BvD; NEDS; SP
<i>mycophenolate mofetil tablet 500mg</i>	1	PA BvD; SP
<i>mycophenolic acid dr tablet delayed release 180mg, 360mg</i>	1	PA BvD; SP
NULOJIX INJECTION 250MG	1	NEDS; SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
PEGASYS INJECTION 180MCG/0.5ML	1	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP
PROGRAF PACKET 0.2MG, 1MG	1	PA BvD
REZUROCK TABLET 200MG	1	PA; NEDS; SP
<i>sirolimus solution 1mg/ml</i>	1	PA BvD; SP
<i>sirolimus tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	PA BvD; SP
<i>tacrolimus capsule 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	1	PA BvD; SP
XATMEP SOLUTION 2.5MG/ML	1	
Vacunas		
ABRYSVO INJECTION 120MCG/0.5ML	1	
ACTHIB INJECTION 0	1	
ADACEL INJECTION 2LF/0.5ML; 15.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
AREXVY INJECTION 120MCG/0.5ML	1	
BCG VACCINE INJECTION 50MG	1	
BEXSERO INJECTION 0.5ML	1	
BOOSTRIX INJECTION 2.5LF/0.5ML; 18.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
DAPTACEL INJECTION 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
DENGVAXIA INJECTION 0	1	
ENGERIX-B INJECTION 10MCG/0.5ML, 20MCG/ML	1	PA BvD
GARDASIL 9 INJECTION 0.5ML	1	
HAVRIX INJECTION 1440UNIT/ML, 720ELU/0.5ML	1	
HEPLISAV-B INJECTION 20MCG/0.5ML	1	PA BvD
HIBERIX INJECTION 10MCG	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) INJECTION 2.5UNIT/ML	1	PA BvD
INFANRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 10LFU/0.5ML	1	
IPOX INACTIVATED IPV INJECTION 0	1	
IXCHIQ INJECTION 0	1	
IXIARO INJECTION 0	1	
JYNNEOS INJECTION 0.5ML	1	
KINRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	1	
M-M-R II INJECTION 0; 0; 0	1	
MENACTRA INJECTION 0	1	
MENQUADFI INJECTION 0.5ML	1	
MENVEO INJECTION 0	1	
MRESVIA INJECTION 50MCG/0.5ML	1	
PEDIARIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	1	
PEDVAX HIB INJECTION 7.5MCG/0.5ML	1	
PENBRAYA INJECTION 0; 0	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
PENMENVY INJECTION 0; 0	1	
PENTACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 0; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	1	
PREHEVBRIO INJECTION 10MCG/ML	1	PA BvD
PRIORIX INJECTION 0; 0; 0	1	
PROQUAD INJECTION 0; 0; 0; 0	1	
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	1	
RABAVERT INJECTION 0	1	PA BvD
RECOMBIVAX HB INJECTION 10MCG/ML, 40MCG/ML, 5MCG/0.5ML	1	PA BvD
ROTARIX SUSPENSION 0	1	
ROTATEQ SOLUTION 0	1	
SHINGRIX INJECTION 50MCG/0.5ML	1	
STAMARIL INJECTION 0	1	
<i>tdvax injection 2lf/0.5ml; 2lf/0.5ml</i>	1	
TENIVAC INJECTION 2LFU; 5LFU	1	
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT INJECTION 2LF/0.5ML; 2LF/0.5ML	1	
TICOVAC INJECTION 1.2MCG/0.25ML, 2.4MCG/0.5ML	1	
TRUMENBA INJECTION 0.5ML	1	
TWINRIX INJECTION 720ELU/ML; 20MCG/ML	1	
TYPHIM VI INJECTION 25MCG/0.5ML	1	
VAQTA INJECTION 25UNIT/0.5ML, 50UNIT/ML	1	
VARIVAX INJECTION 1350PFU/0.5ML	1	
VAXCHORA SUSPENSION RECONSTITUTED 0	1	
VIMKUNYA INJECTION 40MCG/0.8ML	1	
VIVOTIF CAPSULE DELAYED RELEASE 0	1	
YF-VAX INJECTION 0	1	
Agentes oftálmicos		
<i>Agentes oftálmicos antialérgicos</i>		
ALOCRILOL SOLUTION 2%	1	
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05%</i>	1	
<i>cromolyn sodium solution 4%</i>	1	
<i>epinastine hcl solution 0.05%</i>	1	
<i>olopatadine hydrochloride solution 0.2%</i>	1	
<i>Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos</i>		
<i>betaxolol hcl solution 0.5%</i>	1	
<i>carteolol hcl solution 1%</i>	1	
<i>levobunolol hcl solution 0.5%</i>	1	
<i>timolol hemihydrate solution 0.5%</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming gel forming solution 0.25%, 0.5%</i>	1	
<i>timolol maleate solution 0.25%, 0.5%</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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 oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros		
<i>acetazolamide er capsule extended release 12 hour 500mg</i>	1	
<i>acetazolamide tablet 125mg, 250mg</i>	1	
<i>apraclonidine solution 0.5%</i>	1	
<i>brimonidine tartrate solution 0.1%, 0.15%, 0.2%</i>	1	
<i>brinzolamide suspension 1%</i>	1	
<i>dorzolamide hydrochloride solution 2%</i>	1	
<i>methazolamide tablet 25mg, 50mg</i>	1	
<i>pilocarpine hcl solution 1%, 2%, 4%</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride solution 1%, 2%, 4%</i>	1	
RHOPRESSA SOLUTION 0.02%	1	
Agentes oftálmicos, otros		
<i>atropine sulfate solution 1%</i>	1	
<i>bacitracin/polymyxin b ointment 500unit/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate solution 0.2%; 0.5%</i>	1	
<i>cyclopentolate hydrochloride solution 1%</i>	1	
<i>cyclosporine emulsion 0.05%</i>	1	
CYSTARAN SOLUTION 0.44%	1	NEDS; SP
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate solution 20mg/ml; 5mg/ml</i>	1	
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf solution 2%; 0.5%</i>	1	
MIEBO SOLUTION 1.338GM/ML	1	
<i>neo-polycin hc ointment 400unit/gm; 1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neo-polycin ointment 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc ointment 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone ointment 400unit/gm; 1%; 0.5%; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin ointment 400unit/gm; 5mg/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone ointment 0.1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone suspension 0.1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin solution 0.025mg/ml; 1.75mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone ophthalmic suspension 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>polycin ointment 500unit/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate solution 10000unit/ml; 0.1%</i>	1	
RESTASIS MULTIDOSE EMULSION 0.05%	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RESTASIS EMULSION 0.05%	1	
ROCKLATAN SOLUTION 0.005%; 0.02%	1	
SIMBRINZA SUSPENSION 0.2%; 1%	1	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate solution 0.23%; 10%</i>	1	
TOBRADEX ST SUSPENSION 0.05%; 0.3%	1	
<i>tobramycin/dexamethasone suspension 0.1%; 0.3%</i>	1	
XIIDRA SOLUTION 5%	1	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin ointment 500unit/gm</i>	1	
BESIVANCE SUSPENSION 0.6%	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride solution 0.3%</i>	1	
<i>erythromycin ointment 5mg/gm</i>	1	
<i>gatifloxacin solution 0.5%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3%</i>	1	
<i>levofloxacin ophthalmic solution 1.5%</i>	1	
<i>moxifloxacin hydrochloride solution 0.5%</i>	1	
NATACYN SUSPENSION 5%	1	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ointment 10%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium solution 10%</i>	1	
<i>tobramycin solution 0.3%</i>	1	
<i>trifluridine solution 1%</i>	1	
XDEMVI SOLUTION 0.25%	1	PA; NEDS
ZIRGAN GEL 0.15%	1	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac sodium solution 0.07%, 0.075%</i>	1	
<i>bromfenac solution 0.09%</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1%</i>	1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1%</i>	1	
<i>difluprednate emulsion 0.05%</i>	1	
FLAREX SUSPENSION 0.1%	1	
<i>fluorometholone suspension 0.1%</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium solution 0.03%</i>	1	
ILEVRO SUSPENSION 0.3%	1	
<i>ketorolac tromethamine solution 0.4%, 0.5%</i>	1	
LOTEMAX OINTMENT 0.5%	1	
<i>loteprednol etabonate gel 0.5%</i>	1	
<i>loteprednol etabonate suspension 0.2%, 0.5%</i>	1	
<i>prednisolone acetate suspension 1%</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1%</i>	1	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>bimatoprost solution 0.01%, 0.03%</i>	1	
<i>latanoprost solution 0.005%</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
LUMIGAN SOLUTION 0.01%	1	
<i>travoprost solution 0.004%</i>	1	
VYZULTA SOLUTION 0.024%	1	
Agentes para la bipolaridad		
<i>Estabilizadores del estado de ánimo</i>		
<i>lithium carbonate er tablet extended release 300mg, 450mg</i>	1	
<i>lithium carbonate capsule 150mg, 300mg, 600mg</i>	1	
<i>lithium carbonate tablet 300mg</i>	1	
<i>lithium solution 8meq/5ml</i>	1	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
<i>Agentes para dejar de fumar</i>		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg</i>	1	
NICOTROL INHALER INHALER 10MG	1	
NICOTROL NS SOLUTION 10MG/ML	1	
TYRVAYA SOLUTION 0.03MG/ACT	1	
<i>varenicline starting month tablet therapy pack 0</i>	1	QL(53 EA por 28 días)
<i>varenicline tartrate tablet 0.5mg, 1mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>Agentes que revierten los opioides</i>		
KLOXXADO LIQUID 8MG/0.1ML	1	
<i>naloxone hcl injection 4mg/10ml</i>	1	
<i>naloxone hydrochloride injection 0.4mg/ml, 2mg/2ml, 4mg/10ml</i>	1	
<i>naloxone hydrochloride liquid 4mg/0.1ml</i>	1	QL(4 EA por 30 días)
OPVEE SOLUTION 2.7MG/0.1ML	1	QL(4 EA por 30 días)
<i>Dependencia de opioides</i>		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 2mg; 0.5mg, 8mg; 2mg</i>	1	
<i>buprenorphine hcl tablet sublingual 2mg, 8mg</i>	1	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg, 4mg; 1mg, 8mg; 2mg</i>	1	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>Disuasivos del alcohol/disminución del deseo</i>		
<i>acamprosate calcium dr tablet delayed release 333mg</i>	1	
<i>disulfiram tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>naltrexone hydrochloride tablet 50mg</i>	1	
VIVITROL INJECTION 380MG	1	NEDS; SP
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
<i>Agentes del tracto respiratorio, otros</i>		
<i>acetylcysteine solution 10%, 20%</i>	1	PA BvD
ANORO ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT	1	QL(180 EA por 90 días)

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
BEVESPI AEROSPHERE AEROSOL 4.8MCG/ACT; 9MCG/ACT	1	QL(10.7 GM por 30 días)
BREO ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 25MCG/INH, 50MCG/INH; 25MCG/INH	1	QL(180 EA por 90 días)
BREYNA AEROSOL 160MCG/ACT; 4.5MCG/ACT, 80MCG/ACT; 4.5MCG/ACT	1	QL(30.9 GM por 90 días)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160MCG/ACT; 4.8MCG/ACT; 9MCG/ACT	1	QL(32.1 GM por 90 días)
BRONCHITOL CAPSULE 40MG	1	NEDS; SP
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate aerosol 160mcg/act; 4.5mcg/act, 80mcg/act; 4.5mcg/act</i>	1	QL(30.9 GM por 90 días)
COMBIVENT RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 100MCG/ACT; 20MCG/ACT	1	QL(24 GM por 90 días)
FASENRA PEN INJECTION 30MG/ML	1	PA; NEDS; SP
FASENRA INJECTION 30MG/ML	1	PA; NEDS; SP
FASENRA INJECTION 10MG/0.5ML	1	PA; SP
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus aerosol powder breath activated 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, 500mcg/act; 50mcg/act</i>	1	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 500mcg/act; 50mcg/act</i>	1	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 113mcg/act; 14mcg/act, 232mcg/act; 14mcg/act, 55mcg/act; 14mcg/act</i>	1	QL(3 EA por 90 días)
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate solution 2.5mg/3ml; 0.5mg/3ml</i>	1	PA BvD
STIOLTO RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT; 2.5MCG/ACT	1	QL(12 GM por 90 días)
TRELEGY ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100MCG/ACT; 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 62.5MCG/INH; 25MCG/INH	1	QL(180 EA por 90 días)
<i>wixela inhub aerosol powder breath activated 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, 500mcg/act; 50mcg/act</i>	1	QL(180 EA por 90 días)
Agentes para fibrosis pulmonar		
<i>nintedanib esylate capsule 100mg, 150mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
OFEV CAPSULE 100MG, 150MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>pirfenidone capsule 267mg</i>	1	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>pirfenidone tablet 534mg</i>	1	QL(135 EA por 30 días); PA; NEDS; SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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 tablet 267mg</i>	1	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>pirfenidone tablet 801mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
Agentes para fibrosis quística		
CAYSTON SOLUTION RECONSTITUTED 75MG	1	PA; NEDS; SP
KALYDECO PACKET 5.8MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
KALYDECO PACKET 13.4MG, 25MG, 50MG, 75MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
KALYDECO TABLET 150MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
ORKAMBI PACKET 125MG; 100MG, 188MG; 150MG, 94MG; 75MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
ORKAMBI TABLET 125MG; 100MG, 125MG; 200MG	1	QL(112 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
PULMOZYME SOLUTION 2.5MG/2.5ML	1	PA BvD; NEDS; SP
TOBI PODHALER CAPSULE 28MG	1	NEDS; SP
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK 50MG; 0; 25MG	1	QL(84 EA por 28 días); PA; NEDS
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK 100MG; 0; 50MG	1	QL(84 EA por 28 días); PA; NEDS; SP
TRIKAFTA THERAPY PACK 100MG; 0; 50MG, 80MG; 0; 40MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS TABLET 0.5MG, 1.5MG, 1MG, 2.5MG, 2MG	1	PA; NEDS; SP
<i>alyq tablet 20mg</i>	1	PA; SP
<i>ambrisentan tablet 10mg, 5mg</i>	1	PA; NEDS; SP
<i>bosentan tablet 125mg, 62.5mg</i>	1	PA; NEDS; SP
OPSUMIT TABLET 10MG	1	PA; NEDS; SP
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	1	PA; NEDS; SP
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	1	PA; NEDS; SP
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	1	PA; NEDS; SP
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 5MG	1	PA; NEDS; SP
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 0.125MG, 0.25MG, 1MG, 2.5MG	1	PA; SP
<i>sildenafil citrate tablet 20mg</i>	1	PA; SP
<i>tadalafil tablet 20mg</i>	1	PA; SP
VENTAVIS SOLUTION 10MCG/ML, 20MCG/ML	1	PA; NEDS; SP
WINREVAIR INJECTION 0, 45MG, 60MG	1	QL(1 EA por 21 días); PA; NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15%</i>	1	QL(120 ML por 90 días)
<i>azelastine hydrochloride solution 0.1%</i>	1	QL(120 ML por 90 días)
<i>cyproheptadine hcl syrup 2mg/5ml</i>	1	
<i>cyproheptadine hydrochloride tablet 4mg</i>	1	
<i>desloratadine tablet 5mg</i>	1	
<i>diphenhydramine hydrochloride injection 50mg/ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl tablet 50mg</i>	1	
<i>hydroxyzine hydrochloride injection 25mg/ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrup 10mg/5ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hydrochloride tablet 10mg, 25mg</i>	1	
<i>hydroxyzine pamoate capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet 5mg</i>	1	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
<i>budesonide suspension 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	1	PA BvD
<i>flunisolide solution 0.025%</i>	1	QL(150 ML por 90 días)
<i>fluticasone propionate diskus aerosol powder breath activated 250mcg/act</i>	1	QL(720 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate diskus aerosol powder breath activated 100mcg/act, 50mcg/act</i>	1	ST
<i>fluticasone propionate hfa aerosol 44mcg/act</i>	1	QL(63.6 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate hfa aerosol 110mcg/act, 220mcg/act</i>	1	QL(72 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate suspension 50mcg/act</i>	1	QL(48 GM por 90 días)
<i>mometasone furoate suspension 50mcg/act</i>	1	QL(102 GM por 90 días)
QVAR REDHALER AEROSOL BREATH ACTIVATED 40MCG/ACT, 80MCG/ACT	1	QL(63.6 GM por 90 días)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium packet 4mg</i>	1	
<i>montelukast sodium tablet chewable 4mg, 5mg</i>	1	
<i>montelukast sodium tablet 10mg</i>	1	
<i>zafirlukast tablet 10mg, 20mg</i>	1	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA AEROSOL SOLUTION 17MCG/ACT	1	QL(77.4 GM por 90 días)
INCRUSE ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5MCG/INH	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide hfa aerosol solution 17mcg/act</i>	1	QL(77.4 GM por 90 días)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02%</i>	1	PA BvD
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03%</i>	1	QL(180 ML por 90 días)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06%</i>	1	QL(90 ML por 90 días)
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 1.25MCG/ACT, 2.5MCG/ACT	1	QL(12 GM por 90 días)
Broncodilatadores, simpaticomimético		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108 mcg/act (18 gm)</i>	1	QL(108 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108 mcg/act (6.7 gm)</i>	1	QL(40.2 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108 mcg/act (8.5 gm)</i>	1	QL(51 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.083%, 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml</i>	1	PA BvD
<i>albuterol sulfate syrup 2mg/5ml</i>	1	
<i>albuterol sulfate tablet 2mg, 4mg</i>	1	
<i>arformoterol tartrate nebulization solution 15mcg/2ml</i>	1	PA BvD
<i>epinephrine injection 0.15mg/0.3ml</i>	1	QL(2 EA por 1 días)
<i>epinephrine injection 0.15mg/0.15ml, 0.3mg/0.3ml</i>	1	QL(2 EA por 1 días); SP
<i>formoterol fumarate nebulization solution 20mcg/2ml</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 0.31mg/3ml, 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol hydrochloride nebulization solution 0.63mg/3ml</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol nebulization solution 1.25mg/0.5ml</i>	1	PA BvD
PROAIR RESPICLICK AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 108MCG/ACT	1	QL(6 EA por 90 días)
SEREVENT DISKUS AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50MCG/DOSE	1	QL(180 EA por 90 días)
STRIVERDI RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT	1	QL(12 GM por 90 días)
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium nebulization solution 20mg/2ml</i>	1	PA BvD
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
<i>elixophyllin elixir 80mg/15ml</i>	1	
<i>roflumilast tablet 250mcg, 500mcg</i>	1	
<i>theophylline er tablet extended release 12 hour 100mg, 200mg, 300mg, 450mg</i>	1	
<i>theophylline er tablet extended release 24 hour 400mg, 600mg</i>	1	
<i>theophylline elixir 80mg/15ml</i>	1	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
<i>alcohol prep pads pad 70%</i>	1	
<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x 5/16" miscellaneous</i>	1	
<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x 1/2" miscellaneous</i>	1	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x 12.7mm miscellaneous</i>	1	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm miscellaneous</i>	1	
<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm miscellaneous</i>	1	
<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply pad</i>	1	
INTRALIPID INJECTION 20GM/100ML, 30GM/100ML	1	PA BvD
<i>levocarnitine tablet 330mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
NUTRILIPID INJECTION 20GM/100ML	1	PA BvD
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5) KIT	1	
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5) MISCELLANEOUS	1	
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5) KIT	1	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5) MISCELLANEOUS	1	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO GEN 5 KIT	1	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS MISCELLANEOUS	1	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) MISCELLANEOUS	1	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) KIT	1	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) KIT	1	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) MISCELLANEOUS	1	
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY KIT	1	
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY KIT	1	
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY KIT	1	
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY KIT	1	
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY KIT	1	
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY KIT	1	
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY KIT	1	
<i>sodium chloride 0.9% solution 0.9%</i>	1	
<i>sterile water for irrigation solution 0</i>	1	
Agentes óticos		
<i>Agentes óticos</i>		
<i>acetic acid solution 2%</i>	1	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone suspension 0.3%; 0.1%</i>	1	
<i>ciprofloxacin solution 0.2%</i>	1	
CORTISPORIN-TC SUSPENSION 3MG/ML; 10MG/ML; 3.3MG/ML; 0.5MG/ML	1	
<i>flac oil 0.01%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01%</i>	1	
<i>hydrocortisone/acetic acid solution 2%; 1%</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/hc solution 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone otic suspension 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>ofloxacin otic solution 0.3%</i>	1	
Analgésicos		
<i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i>		
<i>buprenorphine patch weekly 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr, 5mcg/hr, 7.5mcg/hr</i>	1	QL(4 EA por 28 días)
<i>fentanyl patch 72 hour 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	1	QL(10 EA por 30 días)
<i>methadone hcl solution 5mg/5ml</i>	1	QL(1200 ML por 30 días)
<i>methadone hcl tablet 10mg, 5mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>methadone hydrochloride solution 10mg/5ml</i>	1	QL(600 ML por 30 días)

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>morphine sulfate er tablet extended release 100mg, 15mg, 200mg, 30mg, 60mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride er tablet extended release 24 hour 100mg, 200mg, 300mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
Analgésicos opioides, de acción rápida		
<i>acetaminophen/codeine phosphate tablet 300mg; 60mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>acetaminophen/codeine solution 120mg/5ml; 12mg/5ml</i>	1	QL(3600 ML por 30 días)
<i>acetaminophen/codeine tablet 300mg; 15mg, 300mg; 30mg, 300mg; 60mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>butorphanol tartrate solution 10mg/ml</i>	1	QL(7.5 ML por 30 días)
<i>endocet tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 200mcg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solution 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	1	QL(3600 ML por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet 300mg; 10mg, 300mg; 5mg, 300mg; 7.5mg, 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydrocodone/acetaminophen tablet 325mg; 7.5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl liquid 1mg/ml</i>	1	QL(1350 ML por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tablet 8mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tablet 2mg, 4mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate solution 100mg/5ml</i>	1	QL(180 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate solution 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	1	QL(900 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate tablet 15mg, 30mg</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride capsule 5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride concentrate 100mg/5ml</i>	1	QL(120 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride solution 5mg/5ml</i>	1	QL(2400 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tablet 20mg, 30mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tablet 10mg, 15mg</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tablet 5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen tablet 325mg; 37.5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tablet 50mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
Analgésicos		
JOURNAVX TABLET 50MG	1	QL(30 EA por 90 días)
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib capsule 100mg, 200mg, 400mg, 50mg</i>	1	
<i>diclofenac potassium tablet 50mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>diclofenac sodium dr tablet delayed release 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	1	QL(960 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium external solution 1.5%</i>	1	
<i>diflunisal tablet 500mg</i>	1	
<i>ec-naproxen tablet delayed release 500mg</i>	1	
<i>etodolac er tablet extended release 24 hour 400mg, 500mg, 600mg</i>	1	
<i>etodolac capsule 200mg, 300mg</i>	1	
<i>etodolac tablet 400mg, 500mg</i>	1	
<i>flurbiprofen tablet 100mg</i>	1	
<i>ibuprofen suspension 100mg/5ml</i>	1	
<i>ibuprofen tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>ibu tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin capsule 25mg, 50mg</i>	1	
<i>meloxicam tablet 15mg, 7.5mg</i>	1	
<i>nabumetone tablet 500mg, 750mg</i>	1	
<i>naproxen dr tablet delayed release 375mg, 500mg</i>	1	
<i>naproxen sodium tablet 275mg, 550mg</i>	1	
<i>naproxen tablet delayed release 500mg</i>	1	
<i>naproxen tablet 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>oxaprozin tablet 600mg</i>	1	
<i>piroxicam capsule 10mg, 20mg</i>	1	
<i>salsalate tablet 500mg, 750mg</i>	1	
<i>sulindac tablet 150mg, 200mg</i>	1	
Anestésicos		
<i>Anestésicos locales</i>		
<i>glydo prefilled syringe 2%</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl jelly prefilled syringe 2%</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl injection 0.5%, 1.5%, 4%</i>	1	
<i>lidocaine hcl prefilled syringe 2%</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hydrochloride jelly gel 2%</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hydrochloride injection 1%, 2%</i>	1	
<i>lidocaine hydrochloride external solution 4%</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine/prilocaine cream 2.5%; 2.5%</i>	1	QL(60 GM por 30 días)
<i>lidocaine ointment 5%</i>	1	QL(100 GM por 30 días)
<i>lidocaine patch 5%</i>	1	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>premium lidocaine ointment 5%</i>	1	QL(100 GM por 30 días)
Ansiolíticos		
<i>Ansiolíticos, otros</i>		
<i>bupirone hcl tablet 15mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tablet 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
<i>clorazepate dipotassium tablet 15mg, 3.75mg, 7.5mg</i>	1	
<i>diazepam intensol concentrate 5mg/ml</i>	1	
<i>diazepam solution 5mg/5ml</i>	1	
<i>diazepam tablet 10mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>lorazepam intensol concentrate 2mg/ml</i>	1	
<i>lorazepam tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin sulfate injection 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	1	
ARIKAYCE SUSPENSION 590MG/8.4ML	1	PA; NEDS; SP
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride injection 1.2mg/ml; 0.9%, 1.6mg/ml; 0.9%, 1mg/ml; 0.9%, 2mg/ml; 0.9%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate injection 40mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate ointment 0.1%</i>	1	
<i>isotonic gentamicin injection 0.8mg/ml; 0.9%</i>	1	
<i>neomycin sulfate tablet 500mg</i>	1	
<i>streptomycin sulfate injection 1gm</i>	1	NEDS
<i>tobramycin sulfate injection 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml</i>	1	
Antibacterianos, otros		
<i>aztreonam injection 1gm, 2gm</i>	1	
<i>clindamycin hcl capsule 300mg</i>	1	
<i>clindamycin hydrochloride capsule 150mg, 75mg</i>	1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride solution reconstituted 75mg/5ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate cream 2%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate injection 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/60ml, 900mg/6ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	1	
<i>colistimethate sodium injection 150mg</i>	1	NEDS
<i>daptomycin/sodium chloride injection 1000mg/100ml; 0.9%, 350mg/50ml; 0.9%, 500mg/50ml; 0.9%, 700mg/100ml; 0.9%</i>	1	
<i>daptomycin injection 350mg, 500mg</i>	1	NEDS
<i>fosfomicin tromethamine packet 3gm</i>	1	
IMPAVIDO CAPSULE 50MG	1	NEDS
<i>linezolid injection 600mg/300ml</i>	1	
<i>linezolid suspension reconstituted 100mg/5ml</i>	1	NEDS
<i>linezolid tablet 600mg</i>	1	
<i>methenamine hippurate tablet 1gm</i>	1	
<i>methenamine mandelate tablet 0.5gm, 1gm</i>	1	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75%</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>metronidazole injection 500mg/100ml</i>	1	
<i>metronidazole tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystals capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals capsule 100mg</i>	1	
NUVESSA GEL 1.3%	1	
<i>tigecycline injection 50mg</i>	1	
<i>tinidazole tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>trimethoprim tablet 100mg</i>	1	
<i>vancomycin hcl injection 0.9%; 1gm/200ml, 100gm, 10gm</i>	1	
<i>vancomycin hydrochloride capsule 125mg, 250mg</i>	1	
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INJECTION 1GM	1	
<i>vancomycin hydrochloride injection 1.25gm, 1.5gm, 1.75gm, 2gm, 500mg, 5gm, 750mg</i>	1	
<i>vancomycin injection 0.9%; 500mg/100ml, 0.9%; 750mg/150ml</i>	1	
VOQUEZNA DUAL PAK THERAPY PACK 500MG; 20MG	1	PA
VOQUEZNA TRIPLE PAK THERAPY PACK 500MG; 500MG; 20MG	1	PA
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefaclor capsule 250mg, 500mg</i>	1	
<i>cefadroxil capsule 500mg</i>	1	
<i>cefadroxil suspension reconstituted 250mg/5ml, 500mg/5ml</i>	1	
<i>cefazolin sodium/dextrose injection 1gm; 4%, 2gm; 3%, 3gm; 2%</i>	1	
<i>cefazolin sodium injection 10gm, 1gm/50ml; 4%, 1gm, 2gm, 3gm, 500mg</i>	1	
<i>cefazolin/dextrose injection 3gm/150ml; 4%</i>	1	
<i>cefazolin injection 2gm/100ml; 4%, 2gm, 3gm</i>	1	
<i>cefdinir capsule 300mg</i>	1	
<i>cefdinir suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	1	
<i>cefepime hydrochloride injection 2gm</i>	1	
<i>cefepime/dextrose injection 1gm/50ml; 5%, 2gm/50ml; 5%</i>	1	
<i>cefepime injection 1gm/50ml, 1gm, 2gm/100ml, 2gm</i>	1	
<i>cefixime capsule 400mg</i>	1	
<i>cefixime suspension reconstituted 100mg/5ml, 200mg/5ml</i>	1	
<i>cefotetan injection 1gm, 2gm</i>	1	
<i>cefotixin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	
<i>cefpodoxime proxetil suspension reconstituted 100mg/5ml, 50mg/5ml</i>	1	
<i>cefpodoxime proxetil tablet 100mg, 200mg</i>	1	
<i>cefprozil suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	1	
<i>cefprozil tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ceftaroline fosamil injection 400mg, 600mg</i>	1	NEDS
<i>ceftazidime injection 1gm, 2gm, 6gm</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose injection 20mg/ml; 0, 40mg/ml; 0</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium injection 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	1	
<i>ceftriaxone/dextrose injection 1gm; 3.74%</i>	1	
<i>cefuroxime axetil tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium injection 1.5gm, 750mg</i>	1	
<i>cephalexin capsule 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	
<i>cephalexin suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	1	
<i>tazicef injection 1gm, 2gm, 6gm</i>	1	
TEFLARO INJECTION 400MG, 600MG	1	NEDS
Betalactámico, penicilinas		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er tablet extended release 12 hour 1000mg; 62.5mg</i>	1	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 250mg/5ml; 62.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet chewable 200mg; 28.5mg, 400mg; 57mg</i>	1	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 250mg; 125mg, 500mg; 125mg, 875mg; 125mg</i>	1	
<i>amoxicillin capsule 250mg, 500mg</i>	1	
<i>amoxicillin suspension reconstituted 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin tablet chewable 125mg, 250mg</i>	1	
<i>amoxicillin tablet 500mg, 875mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium injection 10gm, 125mg, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam injection 10gm; 5gm</i>	1	
<i>ampicillin/sulbactam injection 1gm; 0.5gm, 2gm; 1gm</i>	1	
<i>ampicillin capsule 500mg</i>	1	
BICILLIN L-A INJECTION 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	1	
<i>dicloxacillin sodium capsule 250mg, 500mg</i>	1	
<i>naftillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	
<i>oxacillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	
<i>penicillin g potassium injection 2000000unit, 5000000unit</i>	1	
PENICILLIN G SODIUM INJECTION 5000000UNIT	1	NEDS
<i>penicillin v potassium solution reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium injection 12gm; 1.5gm, 2gm; 0.25gm, 36gm; 4.5gm, 3gm; 0.375gm, 4gm; 0.5gm</i>	1	
ZOSYN INJECTION 5%; 4GM/100ML; 0.5GM/100ML	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
Carbapenemas		
<i>ertapenem sodium injection 1gm</i>	1	
<i>imipenem/cilastatin injection 250mg; 250mg, 500mg; 500mg</i>	1	
<i>meropenem injection 1gm, 2gm, 500mg</i>	1	
Macrólidos		
<i>azithromycin injection 500mg</i>	1	
<i>azithromycin packet 1gm</i>	1	
<i>azithromycin suspension reconstituted 100mg/5ml, 200mg/5ml</i>	1	
<i>azithromycin tablet 250mg, 500mg, 600mg</i>	1	
<i>clarithromycin er tablet extended release 24 hour 500mg</i>	1	
<i>clarithromycin suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	1	
<i>clarithromycin tablet 250mg, 500mg</i>	1	
DIFICID SUSPENSION RECONSTITUTED 40MG/ML	1	NEDS
DIFICID TABLET 200MG	1	NEDS
<i>erythromycin dr capsule delayed release particles 250mg</i>	1	
<i>erythromycin dr tablet delayed release 250mg, 333mg, 500mg</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate tablet 400mg</i>	1	
<i>fidaxomicin tablet 200mg</i>	1	NEDS
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl tablet 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w injection 200mg/100ml; 5%, 400mg/200ml; 5%</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w injection 5%; 250mg/50ml, 5%; 500mg/100ml, 5%; 750mg/150ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral solution 25mg/ml</i>	1	
<i>levofloxacin tablet 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride injection 400mg/250ml; 0.8%</i>	1	
<i>moxifloxacin hydrochloride tablet 400mg</i>	1	
Sulfonamidas		
<i>sulfacetamide sodium lotion 10%</i>	1	
<i>sulfadiazine tablet 500mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds tablet 800mg; 160mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspension 200mg/5ml; 40mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tablet 400mg; 80mg</i>	1	
Tetraciclinas		
<i>doxycycline hyclate capsule 100mg, 50mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate injection 100mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate tablet 100mg, 150mg, 20mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate capsule 100mg, 50mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate tablet 100mg, 150mg, 50mg, 75mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>doxycycline suspension reconstituted 25mg/5ml</i>	1	
<i>minocycline hcl capsule 75mg</i>	1	
<i>minocycline hcl tablet 100mg, 75mg</i>	1	
<i>minocycline hydrochloride capsule 100mg, 50mg</i>	1	
<i>minocycline hydrochloride tablet 50mg</i>	1	
<i>tetracycline hydrochloride capsule 250mg, 500mg</i>	1	
Anticonvulsivos		
<i>Agentes de modificación de los canales de calcio</i>		
<i>ethosuximide capsule 250mg</i>	1	
<i>ethosuximide solution 250mg/5ml</i>	1	
<i>methsuximide capsule 300mg</i>	1	
<i>Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)</i>		
<i>clobazam suspension 2.5mg/ml</i>	1	
<i>clobazam tablet 10mg, 20mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonazepam odt tablet disintegrating 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
<i>clonazepam tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
DIACOMIT CAPSULE 250MG, 500MG	1	PA NSO; NEDS
DIACOMIT PACKET 250MG, 500MG	1	PA NSO; NEDS
<i>diazepam gel 10mg, 2.5mg, 20mg</i>	1	
<i>divalproex sodium dr capsule delayed release sprinkle 125mg</i>	1	
<i>divalproex sodium dr tablet delayed release 125mg, 250mg, 500mg</i>	1	
<i>divalproex sodium er tablet extended release 24 hour 250mg, 500mg</i>	1	
<i>gabapentin capsule 100mg, 300mg, 400mg</i>	1	
<i>gabapentin solution 250mg/5ml</i>	1	
<i>gabapentin tablet 600mg, 800mg</i>	1	
LIBERVANT FILM 10MG, 12.5MG, 15MG, 5MG, 7.5MG	1	QL(10 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elixir 20mg/5ml</i>	1	
<i>phenobarbital tablet 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	1	
<i>pregabalin capsule 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 300mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>pregabalin solution 20mg/ml</i>	1	
<i>primidone tablet 125mg, 250mg, 50mg</i>	1	
SYMPAZAN FILM 5MG	1	
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	1	NEDS
<i>tiagabine hydrochloride tablet 12mg, 16mg, 2mg, 4mg</i>	1	
VALTOCO 10 MG DOSE LIQUID 10MG/0.1ML	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 15 MG DOSE LIQUID THERAPY PACK 7.5MG/0.1ML	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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 20 MG DOSE LIQUID THERAPY PACK 10MG/0.1ML	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 5 MG DOSE LIQUID 5MG/0.1ML	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>vigabatrin packet 500mg</i>	1	NEDS; SP
<i>vigabatrin tablet 500mg</i>	1	NEDS; SP
VIGAFYDE SOLUTION 100MG/ML	1	PA NSO; NEDS; SP
<i>vigpoder packet 500mg</i>	1	NEDS; SP
ZTALMY SUSPENSION 50MG/ML	1	PA NSO; NEDS
Agentes para los canales de sodio		
<i>carbamazepine er capsule extended release 12 hour 100mg, 200mg, 300mg</i>	1	
<i>carbamazepine er tablet extended release 12 hour 100mg, 200mg, 400mg</i>	1	
<i>carbamazepine suspension 100mg/5ml</i>	1	
<i>carbamazepine tablet chewable 100mg, 200mg</i>	1	
<i>carbamazepine tablet 200mg</i>	1	
DILANTIN CAPSULE 30MG	1	
<i>epitol tablet 200mg</i>	1	
<i>eslicarbazepine acetate tablet 200mg, 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>lacosamide injection 200mg/20ml</i>	1	
<i>lacosamide oral solution 10mg/ml</i>	1	
LACOSAMIDE TABLET 100MG, 150MG	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>lacosamide tablet 200mg, 50mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxcarbazepine suspension 300mg/5ml</i>	1	
<i>oxcarbazepine tablet 150mg, 300mg, 600mg</i>	1	
<i>phenytek capsule 200mg, 300mg</i>	1	
<i>phenytoin sodium extended capsule 100mg, 200mg, 300mg</i>	1	
<i>phenytoin suspension 125mg/5ml</i>	1	
<i>phenytoin tablet chewable 50mg</i>	1	
<i>rufinamide suspension 40mg/ml</i>	1	NEDS
<i>rufinamide tablet 200mg</i>	1	
<i>rufinamide tablet 400mg</i>	1	NEDS
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 12.5MG-25MG	1	
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 50MG-100MG; 150MG-200MG (28 TAB PACK); 100MG-150MG; 150MG-200MG (56 TAB PACK)	1	NEDS
XCOPRI TABLET 100MG, 150MG, 200MG, 25MG, 50MG	1	NEDS
ZONISADE SUSPENSION 100MG/5ML	1	
<i>zonisamide capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
Anticonvulsivos, otros		
<i>brivaracetam solution 10mg/ml</i>	1	
<i>brivaracetam tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	
BRIVIACT SOLUTION 10MG/ML	1	NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
BRIVIACT TABLET 100MG, 10MG, 25MG, 50MG, 75MG	1	NEDS
EPIDIOLEX SOLUTION 100MG/ML	1	PA NSO; NEDS; SP
EPRONTIA SOLUTION 25MG/ML	1	
<i>felbamate suspension 600mg/5ml</i>	1	
<i>felbamate tablet 400mg, 600mg</i>	1	
FINTEPLA SOLUTION 2.2MG/ML	1	PA NSO; NEDS
FYCOMPA SUSPENSION 0.5MG/ML	1	
FYCOMPA TABLET 10MG, 12MG, 2MG, 4MG, 6MG, 8MG	1	
<i>lamotrigine er tablet extended release 24 hour 100mg, 200mg, 250mg, 25mg, 300mg, 50mg</i>	1	
<i>lamotrigine odt tablet disintegrating 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit/blue kit 25mg</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit/green kit 0</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit/orange kit 0</i>	1	
<i>lamotrigine tablet chewable 25mg, 5mg</i>	1	
<i>lamotrigine tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg</i>	1	
<i>levetiracetam er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg</i>	1	
<i>levetiracetam injection 500mg/5ml</i>	1	
<i>levetiracetam oral solution 100mg/ml</i>	1	
<i>levetiracetam tablet disintegrating soluble 250mg, 500mg</i>	1	
<i>levetiracetam tablet 1000mg, 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	
NAYZILAM SOLUTION 5MG/0.1ML	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
<i>perampanel suspension 0.5mg/ml</i>	1	
<i>perampanel tablet 10mg, 12mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg</i>	1	
<i>roweepra tablet 500mg</i>	1	
SPRITAM TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000MG, 250MG, 500MG, 750MG	1	
<i>subvenite starter kit/blue kit 25mg</i>	1	
<i>subvenite starter kit/green kit 0</i>	1	
<i>subvenite starter kit/orange kit 0</i>	1	
SUBVENITE SUSPENSION 10MG/ML	1	
<i>subvenite tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg</i>	1	
<i>topiramate capsule sprinkle 15mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>topiramate solution 25mg/ml</i>	1	
<i>topiramate tablet 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>valproic acid capsule 250mg</i>	1	
<i>valproic acid solution 250mg/5ml</i>	1	
Antidepresivos		
<i>Antidepresivos, otros</i>		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
AUVELITY TABLET EXTENDED RELEASE 105MG; 45MG	1	
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 100mg, 150mg, 200mg</i>	1	
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 150mg, 300mg</i>	1	
<i>bupropion hydrochloride tablet 100mg, 75mg</i>	1	
EXXUA TITRATION PACK TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2MG	1	ST NSO; NEDS
EXXUA TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2MG, 36.3MG, 54.5MG, 72.6MG	1	ST NSO; NEDS
<i>mirtazapine odt tablet disintegrating 15mg, 30mg, 45mg</i>	1	
<i>mirtazapine tablet 15mg, 30mg, 45mg, 7.5mg</i>	1	
ZURZUVAE CAPSULE 30MG	1	QL(14 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
ZURZUVAE CAPSULE 20MG, 25MG	1	QL(28 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
<i>Inhibidores de la monoaminoxidasa</i>		
EMSAM PATCH 24 HOUR 12MG/24HR, 6MG/24HR, 9MG/24HR	1	ST NSO; NEDS
MARPLAN TABLET 10MG	1	
<i>phenelzine sulfate tablet 15mg</i>	1	
<i>tranylcypromine sulfate tablet 10mg</i>	1	
<i>Tricíclicos</i>		
<i>amitriptyline hcl tablet 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	1	
<i>amitriptyline hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>amoxapine tablet 100mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>clomipramine hydrochloride capsule 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>desipramine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>doxepin hcl capsule 75mg</i>	1	
<i>doxepin hcl concentrate 10mg/ml</i>	1	
<i>doxepin hydrochloride capsule 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>imipramine hcl tablet 25mg, 50mg</i>	1	
<i>imipramine hydrochloride tablet 10mg</i>	1	
<i>nortriptyline hcl capsule 25mg, 75mg</i>	1	
<i>nortriptyline hcl solution 10mg/5ml</i>	1	
<i>nortriptyline hydrochloride capsule 10mg, 50mg</i>	1	
<i>protriptyline hcl tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>trimipramine maleate capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
Antidepressants		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hydrobromide solution 10mg/5ml</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide tablet 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20MG, 60MG	1	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30MG, 40MG	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr capsule delayed release particles 20mg, 60mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr capsule delayed release particles 30mg, 40mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate solution 5mg/5ml</i>	1	
<i>escitalopram oxalate tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
FETZIMA TITRATION PACK CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 0	1	ST NSO
FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120MG, 20MG, 40MG, 80MG	1	ST NSO
<i>fluoxetine dr capsule delayed release 90mg</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride capsule 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride solution 20mg/5ml</i>	1	
<i>fluvoxamine maleate tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>nefazodone hydrochloride tablet 100mg, 150mg, 200mg, 250mg, 50mg</i>	1	
<i>paroxetine hcl tablet 30mg, 40mg</i>	1	
<i>paroxetine hydrochloride suspension 10mg/5ml</i>	1	
<i>paroxetine hydrochloride tablet 10mg, 20mg</i>	1	
RALDESY SOLUTION 10MG/ML	1	NEDS
<i>sertraline hcl concentrate 20mg/ml</i>	1	
<i>sertraline hcl tablet 50mg</i>	1	
<i>sertraline hydrochloride tablet 100mg, 25mg</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride tablet 100mg, 150mg, 300mg, 50mg</i>	1	
TRINTELLIX TABLET 10MG, 20MG, 5MG	1	
<i>venlafaxine hydrochloride er capsule extended release 24 hour 150mg, 37.5mg, 75mg</i>	1	
<i>venlafaxine hydrochloride tablet 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>vilazodone hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
Antieméticos		
Adyuvantes para terapia emetogénica		
<i>aprepitant capsule therapy pack 0</i>	1	PA BvD
<i>aprepitant capsule 40mg, 80mg</i>	1	PA BvD

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>aprepitant capsule 125mg</i>	1	PA BvD; NEDS
<i>dronabinol capsule 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	PA BvD
<i>granisetron hydrochloride tablet 1mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl solution 4mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl tablet 24mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hydrochloride tablet 4mg, 8mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron odt tablet disintegrating 4mg, 8mg</i>	1	PA BvD
Antieméticos, otros		
<i>meclizine hcl tablet 12.5mg, 25mg</i>	1	
<i>meclizine hydrochloride tablet 25mg</i>	1	
<i>prochlorperazine edisylate injection 10mg/2ml</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>prochlorperazine suppository 25mg</i>	1	
<i>promethazine hcl injection 25mg/ml, 50mg/ml</i>	1	
<i>promethazine hydrochloride plain solution 6.25mg/5ml</i>	1	
<i>promethazine hydrochloride solution 6.25mg/5ml</i>	1	
<i>promethazine hydrochloride tablet 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>scopolamine patch 72 hour 1mg/3days</i>	1	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
DAPSONE TABLET 100MG, 25MG	1	
<i>rifabutin capsule 150mg</i>	1	
Antituberculosos		
<i>ethambutol hydrochloride tablet 100mg, 400mg</i>	1	
<i>isoniazid syrup 50mg/5ml</i>	1	
<i>isoniazid tablet 100mg, 300mg</i>	1	
PRIFTIN TABLET 150MG	1	
<i>pyrazinamide tablet 500mg</i>	1	
<i>rifampin capsule 150mg, 300mg</i>	1	
<i>rifampin injection 600mg</i>	1	
SIRTURO TABLET 100MG, 20MG	1	PA; NEDS
TRECTOR TABLET 250MG	1	
Antimicóticos		
Antimicóticos		
ABELCET INJECTION 5MG/ML	1	PA BvD
<i>amphotericin b liposome injection 50mg</i>	1	PA BvD; NEDS
<i>amphotericin b injection 50mg</i>	1	PA BvD
<i>clotrimazole cream 1%</i>	1	
<i>clotrimazole solution 1%</i>	1	
<i>clotrimazole troche 10mg</i>	1	
CRESEMBA CAPSULE 186MG, 74.5MG	1	PA; NEDS
<i>econazole nitrate cream 1%</i>	1	
<i>fluconazole in sodium chloride injection 200mg/100ml; 0.9%, 400mg/200ml; 0.9%</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluconazole suspension reconstituted 10mg/ml, 40mg/ml</i>	1	
<i>fluconazole tablet 100mg, 150mg, 200mg, 50mg</i>	1	
<i>flucytosine capsule 250mg, 500mg</i>	1	NEDS
<i>griseofulvin microsize suspension 125mg/5ml</i>	1	
<i>griseofulvin microsize tablet 500mg</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize tablet 125mg, 250mg</i>	1	
<i>itraconazole capsule 100mg</i>	1	
<i>ketoconazole cream 2%</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>ketoconazole shampoo 2%</i>	1	
<i>ketoconazole tablet 200mg</i>	1	
<i>klayesta powder 100000unit/gm</i>	1	
<i>micafungin injection 100mg, 50mg</i>	1	
<i>miconazole 3 suppository 200mg</i>	1	
<i>naftifine hydrochloride cream 1%, 2%</i>	1	
<i>nyamyc powder 100000unit/gm</i>	1	
<i>nystatin cream 100000unit/gm</i>	1	
<i>nystatin ointment 100000unit/gm</i>	1	
<i>nystatin powder 100000unit/gm</i>	1	
<i>nystatin suspension 100000unit/ml</i>	1	
<i>nystatin tablet 500000unit</i>	1	
<i>nystop powder 100000unit/gm</i>	1	
<i>posaconazole dr tablet delayed release 100mg</i>	1	NEDS
<i>posaconazole suspension 40mg/ml</i>	1	NEDS
<i>terbinafine hcl tablet 250mg</i>	1	QL(42 EA por 42 días)
<i>terconazole cream 0.4%, 0.8%</i>	1	
<i>terconazole suppository 80mg</i>	1	
<i>voriconazole injection 200mg</i>	1	PA; NEDS
<i>voriconazole suspension reconstituted 40mg/ml</i>	1	NEDS
<i>voriconazole tablet 200mg, 50mg</i>	1	
Antineoplásicos		
Agentes alquilantes		
<i>cyclophosphamide capsule 25mg, 50mg</i>	1	PA BvD; SP
<i>cyclophosphamide tablet 25mg, 50mg</i>	1	PA BvD
GLEOSTINE CAPSULE 100MG, 10MG, 40MG	1	SP
LEUKERAN TABLET 2MG	1	NEDS
<i>lomustine capsule 100mg, 10mg, 40mg</i>	1	
MATULANE CAPSULE 50MG	1	NEDS; SP
VALCHLOR GEL 0.016%	1	NEDS; SP
Agentes antiangiogénicos		
<i>lenalidomide capsule 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 25mg, 5mg</i>	1	PA NSO; NEDS; SP
<i>pomalidomide capsule 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	1	PA NSO; NEDS
POMALYST CAPSULE 1MG, 2MG, 3MG, 4MG	1	PA NSO; NEDS; SP
THALOMID CAPSULE 100MG, 150MG, 200MG, 50MG	1	NEDS; SP
Antiandrogénicos		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>abiraterone acetate tablet 250mg, 500mg</i>	1	PA NSO; NEDS; SP
ABIRTEGA TABLET 250MG	1	PA NSO; SP
<i>bicalutamide tablet 50mg</i>	1	SP
ERLEADA TABLET 240MG, 60MG	1	PA NSO; NEDS; SP
EULEXIN CAPSULE 125MG	1	
<i>nilutamide tablet 150mg</i>	1	NEDS
NUBEQA TABLET 300MG	1	PA NSO; NEDS; SP
XTANDI CAPSULE 40MG	1	PA NSO; NEDS; SP
XTANDI TABLET 40MG, 80MG	1	PA NSO; NEDS; SP
YONSA TABLET 125MG	1	PA NSO; NEDS; SP
Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco		
DARZALEX INJECTION 100MG/5ML, 400MG/20ML	1	NEDS
OPDIVO INJECTION 100MG/10ML, 120MG/12ML, 240MG/24ML, 40MG/4ML	1	NEDS; SP
YERVOY INJECTION 200MG/40ML, 50MG/10ML	1	NEDS; SP
Antiestrógenos/modificadores		
EMCYT CAPSULE 140MG	1	NEDS; SP
INLURIYO TABLET 200MG	1	PA NSO; NEDS
ORSERDU TABLET 345MG, 86MG	1	PA NSO; NEDS
SOLTAMOX SOLUTION 10MG/5ML	1	NEDS
<i>tamoxifen citrate tablet 10mg, 20mg</i>	1	
<i>toremifene citrate tablet 60mg</i>	1	NEDS
Antimetabolitos		
DROXIA CAPSULE 200MG, 300MG, 400MG	1	
<i>hydroxyurea capsule 500mg</i>	1	
<i>mercaptopurine suspension 2000mg/100ml</i>	1	NEDS
<i>mercaptopurine tablet 50mg</i>	1	
TABLOID TABLET 40MG	1	NEDS; SP
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA TABLET 500MG; 100MG, 500MG; 50MG	1	PA NSO; NEDS
<i>bortezomib injection 1mg, 2.5mg</i>	1	
<i>bortezomib injection 3.5mg/1.4ml</i>	1	NEDS
<i>bortezomib injection 3.5mg</i>	1	NEDS; SP
<i>boruzu injection 3.5mg/1.4ml</i>	1	
DOCETAXEL INJECTION 160MG/8ML	1	
<i>docetaxel injection 20mg/ml, 80mg/4ml</i>	1	
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	1	PA NSO; NEDS; SP
INREBIC CAPSULE 100MG	1	PA NSO; NEDS; SP
ITOVEBI TABLET 9MG	1	PA NSO; NEDS; SP
ITOVEBI TABLET 3MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
IWILFIN TABLET 192MG	1	PA NSO; NEDS
KISQALI FEMARA 200 DOSE TABLET THERAPY PACK 2.5MG; 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
KISQALI FEMARA 400 DOSE TABLET THERAPY PACK 2.5MG; 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP
KISQALI FEMARA 600 DOSE TABLET THERAPY PACK 2.5MG; 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP
LAZCLUZE TABLET 240MG	1	PA NSO; NEDS
LAZCLUZE TABLET 80MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>leucovorin calcium tablet 10mg, 15mg, 25mg, 5mg</i>	1	
LONSURF TABLET 6.14MG; 15MG, 8.19MG; 20MG	1	PA NSO; NEDS; SP
LYSODREN TABLET 500MG	1	NEDS
MODEYSO CAPSULE 125MG	1	PA NSO; NEDS
OGSIVEO TABLET 100MG, 150MG, 50MG	1	PA NSO; NEDS
OJEMDA SUSPENSION RECONSTITUTED 25MG/ML	1	PA NSO; NEDS
OJEMDA TABLET 100MG	1	PA NSO; NEDS
ONUREG TABLET 200MG, 300MG	1	PA NSO; NEDS; SP
<i>paclitaxel injection 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml, 30mg/5ml</i>	1	
REVUFORJ TABLET 25MG	1	PA NSO; NEDS
REVUFORJ TABLET 110MG, 160MG	1	PA NSO; NEDS; SP
VONJO CAPSULE 100MG	1	PA NSO; NEDS; SP
ZOLINZA CAPSULE 100MG	1	PA NSO; NEDS; SP
Complementos del tratamiento		
<i>mesna tablet 400mg</i>	1	NEDS
VORANIGO TABLET 40MG	1	PA NSO; NEDS
VORANIGO TABLET 10MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
Inhibidores de enzimas		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK THERAPY PACK 0.8MG; 200MG	1	PA NSO; NEDS
KYPROLIS INJECTION 10MG, 30MG, 60MG	1	NEDS; SP
Inhibidores de la aromataasa, tercera generación		
<i>anastrozole tablet 1mg</i>	1	
<i>exemestane tablet 25mg</i>	1	
<i>letrozole tablet 2.5mg</i>	1	
Inhibidores moleculares dirigidos		
ALECENSA CAPSULE 150MG	1	PA NSO; NEDS; SP
ALUNBRIG TABLET THERAPY PACK 0	1	PA NSO; NEDS; SP
ALUNBRIG TABLET 180MG, 30MG, 90MG	1	PA NSO; NEDS; SP
AUGTYRO CAPSULE 160MG, 40MG	1	PA NSO; NEDS; SP
AYVAKIT TABLET 100MG, 200MG, 25MG, 300MG, 50MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
BALVERSA TABLET 3MG, 4MG, 5MG	1	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPSULE 50MG	1	PA NSO; NEDS; SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
BOSULIF CAPSULE 100MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
BOSULIF TABLET 100MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
BOSULIF TABLET 400MG, 500MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
BRAFTOVI CAPSULE 75MG	1	PA NSO; NEDS; SP
BRUKINSA CAPSULE 80MG	1	PA NSO; NEDS; SP
BRUKINSA TABLET 160MG	1	PA NSO; NEDS
CABOMETYX TABLET 20MG, 40MG, 60MG	1	PA NSO; NEDS; SP
CALQUENCE CAPSULE 100MG	1	PA NSO; NEDS; SP
CALQUENCE TABLET 100MG	1	PA NSO; NEDS; SP
CAPRELSA TABLET 300MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
CAPRELSA TABLET 100MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
COMETRIQ KIT 0, 20MG	1	PA NSO; NEDS; SP
COPIKTRA CAPSULE 15MG, 25MG	1	PA NSO; NEDS; SP
COTELLIC TABLET 20MG	1	PA NSO; NEDS; SP
DANZITEN TABLET 95MG	1	PA NSO; NEDS
DANZITEN TABLET 71MG	1	PA NSO; NEDS; SP
<i>dasatinib tablet 100mg, 140mg, 20mg, 50mg, 70mg, 80mg</i>	1	PA NSO; NEDS; SP
DAURISMO TABLET 100MG, 25MG	1	PA NSO; NEDS; SP
ENSACOVE CAPSULE 100MG, 25MG	1	PA NSO; NEDS
ERIVEDGE CAPSULE 150MG	1	PA NSO; NEDS; SP
<i>erlotinib hydrochloride tablet 150mg, 25mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); NEDS; SP
<i>erlotinib hydrochloride tablet 100mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); NEDS; SP
<i>everolimus tablet soluble 2mg, 3mg, 5mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
<i>everolimus tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
EXKIVITY CAPSULE 40MG	1	PA NSO; NEDS; SP
FOTIVDA CAPSULE 0.89MG, 1.34MG	1	PA NSO; NEDS; SP
FRUZAQLA CAPSULE 1MG, 5MG	1	PA NSO; NEDS
GAVRETO CAPSULE 100MG	1	PA NSO; NEDS; SP
<i>gefitinib tablet 250mg</i>	1	PA NSO; NEDS; SP
GILOTRIF TABLET 20MG, 30MG, 40MG	1	PA NSO; NEDS; SP
GOMEKLI CAPSULE 1MG, 2MG	1	PA NSO; NEDS
GOMEKLI TABLET SOLUBLE 1MG	1	PA NSO; NEDS
HERNEXEOS TABLET 60MG	1	PA NSO; NEDS
HYRNUO TABLET 10MG	1	PA NSO; NEDS
IBRANCE CAPSULE 100MG, 125MG, 75MG	1	PA NSO; NEDS; SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
IBTROZI CAPSULE 200MG	1	PA NSO; NEDS
ICLUSIG TABLET 10MG, 15MG, 30MG, 45MG	1	PA NSO; NEDS; SP
IDHIFA TABLET 100MG, 50MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
<i>imatinib mesylate tablet 400mg</i>	1	NEDS; SP
<i>imatinib mesylate tablet 100mg</i>	1	SP
IMBRUVICA CAPSULE 140MG, 70MG	1	PA NSO; NEDS; SP
IMBRUVICA SUSPENSION 70MG/ML	1	PA NSO; NEDS; SP
IMBRUVICA TABLET 140MG, 280MG, 420MG	1	PA NSO; NEDS; SP
IMKELDI SOLUTION 80MG/ML	1	PA NSO; NEDS; SP
INLYTA TABLET 1MG, 5MG	1	PA NSO; NEDS; SP
INQOVI TABLET 100MG; 35MG	1	PA NSO; NEDS; SP
JAKAFI XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11MG, 22MG, 33MG, 44MG, 55MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
JAKAFI TABLET 10MG, 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	1	PA NSO; NEDS; SP
JAYPIRCA TABLET 100MG, 50MG	1	PA NSO; NEDS; SP
KISQALI TABLET THERAPY PACK 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP
KOSELUGO CAPSULE SPRINKLE 5MG, 7.5MG	1	PA NSO; NEDS
KOSELUGO CAPSULE 10MG, 25MG	1	PA NSO; NEDS; SP
KRAZATI TABLET 200MG	1	PA NSO; NEDS
<i>lapatinib ditosylate tablet 250mg</i>	1	QL(180 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 10MG	1	PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 4MG	1	PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 0	1	PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 0	1	PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 10MG	1	PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 0	1	PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 4MG	1	PA NSO; NEDS; SP
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 4MG	1	PA NSO; NEDS; SP
LORBRENA TABLET 100MG, 25MG	1	PA NSO; NEDS; SP
LUMAKRAS TABLET 120MG, 240MG, 320MG	1	PA NSO; NEDS; SP
LYNPARZA TABLET 100MG, 150MG	1	PA NSO; NEDS; SP
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	1	PA NSO; NEDS
MEKINIST SOLUTION RECONSTITUTED 0.05MG/ML	1	PA NSO; NEDS; SP
MEKINIST TABLET 0.5MG, 2MG	1	PA NSO; NEDS; SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
MEKTOVI TABLET 15MG	1	PA NSO; NEDS; SP
NERLYNX TABLET 40MG	1	PA NSO; NEDS; SP
<i>nilotinib d-tartrate capsule 150mg, 200mg, 50mg</i>	1	PA NSO; NEDS
<i>nilotinib hydrochloride capsule 150mg, 200mg, 50mg</i>	1	PA NSO; NEDS; SP
NINLARÓ CAPSULE 2.3MG, 3MG, 4MG	1	PA NSO; NEDS; SP
ODOMZO CAPSULE 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP
OJJAARA TABLET 100MG, 150MG, 200MG	1	PA NSO; NEDS
<i>pazopanib hydrochloride tablet 200mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
<i>pazopanib hydrochloride tablet 400mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
PEMAZYRE TABLET 13.5MG, 4.5MG, 9MG	1	PA NSO; NEDS; SP
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TABLET THERAPY PACK 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP
PIQRAY 250MG DAILY DOSE TABLET THERAPY PACK 0	1	PA NSO; NEDS; SP
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TABLET THERAPY PACK 150MG	1	PA NSO; NEDS; SP
QINLOCK TABLET 50MG	1	PA NSO; NEDS; SP
RETEVMO CAPSULE 40MG, 80MG	1	PA NSO; NEDS; SP
RETEVMO TABLET 120MG, 160MG	1	PA NSO; NEDS; SP
RETEVMO TABLET 80MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
RETEVMO TABLET 40MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
REZLIDHIA CAPSULE 150MG	1	PA NSO; NEDS
ROMVIMZA CAPSULE 14MG, 20MG, 30MG	1	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK CAPSULE 100MG, 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP
ROZLYTREK PACKET 50MG	1	PA NSO; NEDS; SP
RUBRACA TABLET 200MG, 250MG, 300MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
RYDAPT CAPSULE 25MG	1	PA NSO; NEDS; SP
SCSEMBLIX TABLET 20MG, 40MG	1	PA NSO; NEDS; SP
SCSEMBLIX TABLET 100MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib tosylate tablet 200mg</i>	1	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
<i>sorafenib tablet 200mg</i>	1	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
STIVARGA TABLET 40MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
<i>sunitinib malate capsule 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	1	PA NSO; NEDS; SP
TABRECTA TABLET 150MG, 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP
TAFINLAR CAPSULE 50MG, 75MG	1	PA NSO; NEDS; SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
TAFINLAR TABLET SOLUBLE 10MG	1	PA NSO; NEDS; SP
TAGRISSO TABLET 40MG, 80MG	1	PA NSO; NEDS; SP
TALZENNA CAPSULE 0.1MG, 0.25MG, 0.35MG, 0.5MG, 0.75MG, 1MG	1	PA NSO; NEDS; SP
TAZVERIK TABLET 200MG	1	PA NSO; NEDS; SP
TEPMETKO TABLET 225MG	1	PA NSO; NEDS; SP
TIBSOVO TABLET 250MG	1	PA NSO; NEDS; SP
TRUQAP TABLET THERAPY PACK 160MG, 200MG	1	PA NSO; NEDS
TRUQAP TABLET 160MG, 200MG	1	PA NSO; NEDS
TUKYSA TABLET 150MG, 50MG	1	PA NSO; NEDS; SP
TURALIO CAPSULE 125MG	1	PA NSO; NEDS; SP
VANFLYTA TABLET 17.7MG, 26.5MG	1	PA NSO; NEDS
VENCLEXTA STARTING PACK TABLET THERAPY PACK 0	1	PA NSO; NEDS; SP
VENCLEXTA TABLET 100MG, 50MG	1	PA NSO; NEDS; SP
VENCLEXTA TABLET 10MG	1	PA NSO; SP
VERZENIO TABLET 100MG, 150MG, 200MG, 50MG	1	PA NSO; NEDS; SP
VITRAKVI CAPSULE 100MG, 25MG	1	PA NSO; NEDS; SP
VITRAKVI SOLUTION 20MG/ML	1	PA NSO; NEDS; SP
VIZIMPRO TABLET 15MG, 30MG, 45MG	1	PA NSO; NEDS; SP
XALKORI CAPSULE SPRINKLE 150MG, 20MG, 50MG	1	PA NSO; NEDS; SP
XALKORI CAPSULE 200MG, 250MG	1	PA NSO; NEDS; SP
XOSPATA TABLET 40MG	1	PA NSO; NEDS; SP
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TABLET THERAPY PACK 20MG	1	PA NSO; NEDS; SP
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TABLET THERAPY PACK 20MG	1	PA NSO; NEDS; SP
XPOVIO TABLET THERAPY PACK 10MG, 80MG	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO TABLET THERAPY PACK 40MG, 50MG, 60MG	1	PA NSO; NEDS; SP
ZEJULA TABLET 100MG, 200MG, 300MG	1	PA NSO; NEDS; SP
ZELBORAF TABLET 240MG	1	PA NSO; NEDS; SP
ZYDELIG TABLET 100MG, 150MG	1	PA NSO; NEDS; SP
ZYKADIA TABLET 150MG	1	PA NSO; NEDS; SP
Retinoides		
<i>bexarotene capsule 75mg</i>	1	NEDS; SP
<i>bexarotene gel 1%</i>	1	PA NSO; NEDS; SP
PANRETIN GEL 0.1%	1	NEDS
<i>tretinoin capsule 10mg</i>	1	NEDS; SP
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole tablet 200mg</i>	1	
<i>ivermectin tablet 3mg, 6mg</i>	1	
<i>praziquantel tablet 600mg</i>	1	
Antiprotozoico		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>atovaquone/proguanil hcl tablet 62.5mg; 25mg</i>	1	
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride tablet 250mg; 100mg</i>	1	
<i>atovaquone suspension 750mg/5ml</i>	1	
<i>chloroquine phosphate tablet 250mg, 500mg</i>	1	
COARTEM TABLET 20MG; 120MG	1	QL(24 EA por 3 días)
<i>hydroxychloroquine sulfate tablet 200mg</i>	1	
<i>mefloquine hydrochloride tablet 250mg</i>	1	
<i>nitazoxanide tablet 500mg</i>	1	
<i>pentamidine isethionate injection 300mg</i>	1	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300mg</i>	1	PA BvD
<i>primaquine phosphate tablet 26.3mg</i>	1	
<i>pyrimethamine tablet 25mg</i>	1	NEDS
<i>quinine sulfate capsule 324mg</i>	1	PA
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		
<i>chlorpromazine hydrochloride concentrate 100mg/ml, 30mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>fluphenazine decanoate injection 25mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl concentrate 5mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hydrochloride elixir 2.5mg/5ml</i>	1	
<i>fluphenazine hydrochloride injection 2.5mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hydrochloride tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>haloperidol decanoate injection 100mg/ml, 50mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate injection 5mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol concentrate 2mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol tablet 0.5mg, 10mg, 1mg, 20mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>loxapine capsule 10mg, 25mg, 50mg, 5mg</i>	1	
<i>molindone hydrochloride tablet 10mg, 25mg, 5mg</i>	1	
<i>perphenazine tablet 16mg, 2mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>pimozide tablet 1mg, 2mg</i>	1	
<i>thioridazine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>thiothixene capsule 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>trifluoperazine hcl tablet 10mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>trifluoperazine hydrochloride tablet 1mg</i>	1	
Resistente al tratamiento		
<i>clozapine odt tablet disintegrating 100mg, 12.5mg, 150mg, 200mg, 25mg</i>	1	
<i>clozapine tablet 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
VERSACLOZ SUSPENSION 50MG/ML	1	NEDS
Segunda generación/atípico		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
ABILIFY ASIMTUFII INJECTION 720MG/2.4ML, 960MG/3.2ML	1	NEDS
ABILIFY MAINTENA INJECTION 300MG, 400MG	1	NEDS
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT TABLET THERAPY PACK 10MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
ABILIFY MYCITE STARTER KIT TABLET THERAPY PACK 15MG, 20MG, 2MG, 30MG, 5MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>aripiprazole odt tablet disintegrating 10mg, 15mg</i>	1	
<i>aripiprazole solution 1mg/ml</i>	1	
<i>aripiprazole tablet 10mg, 15mg, 20mg, 2mg, 30mg, 5mg</i>	1	
ARISTADA INITIO INJECTION 675MG/2.4ML	1	NEDS
ARISTADA INJECTION 1064MG/3.9ML, 441MG/1.6ML, 662MG/2.4ML, 882MG/3.2ML	1	NEDS
<i>asenapine maleate sl tablet sublingual 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	ST NSO
CAPLYTA CAPSULE 10.5MG, 21MG, 42MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
FANAPT TITRATION PACK A TABLET 0	1	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK B TABLET 0	1	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK C TABLET 0	1	ST NSO
FANAPT TABLET 10MG, 12MG, 1MG, 2MG, 4MG, 6MG, 8MG	1	ST NSO; NEDS
INVEGA HAFYERA INJECTION 1092MG/3.5ML, 1560MG/5ML	1	NEDS
INVEGA SUSTENNA INJECTION 39MG/0.25ML	1	
INVEGA SUSTENNA INJECTION 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	1	NEDS
INVEGA TRINZA INJECTION 273MG/0.88ML, 410MG/1.32ML, 546MG/1.75ML, 819MG/2.63ML	1	NEDS
<i>lurasidone hydrochloride tablet 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tablet 80mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI TABLET 10MG; 10MG, 15MG; 10MG, 20MG; 10MG, 5MG; 10MG	1	PA NSO; NEDS
NUPLAZID CAPSULE 34MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
NUPLAZID TABLET 10MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP
<i>olanzapine odt tablet disintegrating 10mg, 15mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>olanzapine injection 10mg</i>	1	
<i>olanzapine tablet 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	
OPIPZA FILM 2MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
OPIPZA FILM 10MG, 5MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>paliperidone er tablet extended release 24 hour 1.5mg, 3mg, 6mg, 9mg</i>	1	
PERSERIS INJECTION 120MG, 90MG	1	NEDS
<i>quetiapine fumarate tablet 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg</i>	1	
<i>quetiapine fumarate tablet 25mg, 50mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
REXULTI TABLET 0.25MG, 0.5MG, 1MG, 2MG, 3MG, 4MG	1	NEDS
<i>risperidone er injection 12.5mg, 25mg</i>	1	
<i>risperidone er injection 37.5mg, 50mg</i>	1	NEDS
<i>risperidone odt tablet disintegrating 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	1	
<i>risperidone solution 1mg/ml</i>	1	
<i>risperidone tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	1	
SECUADO PATCH 24 HOUR 3.8MG/24HR, 5.7MG/24HR, 7.6MG/24HR	1	NEDS
VRAYLAR CAPSULE 0.5MG, 0.75MG, 1.5MG, 3MG, 4.5MG, 6MG	1	NEDS
<i>ziprasidone hcl capsule 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	1	
<i>ziprasidone mesylate injection 20mg</i>	1	
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 210MG	1	
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 300MG, 405MG	1	NEDS
Antivírico		
<i>Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)</i>		
APTIVUS CAPSULE 250MG	1	NEDS; SP
<i>atazanavir sulfate capsule 300mg</i>	1	SP
<i>atazanavir capsule 150mg, 200mg</i>	1	SP
<i>darunavir tablet 800mg</i>	1	NEDS; SP
<i>darunavir tablet 600mg</i>	1	SP
EVOTAZ TABLET 300MG; 150MG	1	NEDS; SP
<i>fosamprenavir calcium tablet 700mg</i>	1	NEDS; SP
KALETRA SOLUTION 400MG/5ML; 100MG/5ML	1	SP
LEXIVA SUSPENSION 50MG/ML	1	SP
<i>lopinavir/ritonavir solution 400mg/5ml; 100mg/5ml</i>	1	SP
<i>lopinavir/ritonavir tablet 100mg; 25mg, 200mg; 50mg</i>	1	SP
NORVIR PACKET 100MG	1	
PREZCOBIX TABLET 150MG; 675MG	1	NEDS
PREZCOBIX TABLET 150MG; 800MG	1	NEDS; SP
PREZISTA SUSPENSION 100MG/ML	1	NEDS; SP
PREZISTA TABLET 150MG	1	NEDS; SP
PREZISTA TABLET 75MG	1	SP
REYATAZ PACKET 50MG	1	NEDS; SP
<i>ritonavir tablet 100mg</i>	1	SP
SYMTUZA TABLET 150MG; 800MG; 200MG; 10MG	1	NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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 TABLET 625MG	1	NEDS; SP
VIRACEPT TABLET 250MG	1	SP
Agentes anti-VIH, otros		
FUZEON INJECTION 90MG	1	NEDS; SP
<i>maraviroc tablet 300mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); NEDS; SP
<i>maraviroc tablet 150mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); NEDS; SP
RUKOBIA TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600MG	1	NEDS
SELZENTRY SOLUTION 20MG/ML	1	QL(1800 ML por 30 días)
SELZENTRY TABLET 25MG	1	QL(480 EA por 30 días)
SELZENTRY TABLET 75MG	1	QL(60 EA por 30 días); NEDS
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK 300MG	1	NEDS
SUNLENCA TABLET 300MG	1	QL(24 EA por 168 días); NEDS
TYBOST TABLET 150MG	1	SP
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
<i>cidofovir injection 75mg/ml</i>	1	NEDS
LIVTENCITY TABLET 200MG	1	PA; NEDS
PREVYMIS PACKET 20MG	1	PA
PREVYMIS PACKET 120MG	1	PA; NEDS
PREVYMIS TABLET 240MG, 480MG	1	PA; NEDS
<i>valganciclovir hydrochloride solution reconstituted 50mg/ml</i>	1	NEDS
<i>valganciclovir tablet 450mg</i>	1	
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl capsule 100mg</i>	1	
<i>amantadine hcl solution 50mg/5ml</i>	1	
<i>amantadine hcl tablet 100mg</i>	1	
<i>amantadine hydrochloride tablet 100mg</i>	1	
<i>oseltamivir phosphate capsule 30mg, 45mg, 75mg</i>	1	
<i>oseltamivir phosphate suspension reconstituted 6mg/ml</i>	1	
RELENZA DISKHALER AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5MG/BLISTER	1	
<i>rimantadine hydrochloride tablet 100mg</i>	1	
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 40MG, 80MG	1	QL(1 EA por 7 días)
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET PACKET 50MG; 20MG	1	PA; NEDS; SP
MAVYRET TABLET 100MG; 40MG	1	PA; NEDS; SP
<i>ribavirin capsule 200mg</i>	1	SP
<i>ribavirin tablet 200mg</i>	1	SP
VOSEVI TABLET 400MG; 100MG; 100MG	1	PA; NEDS; SP
Agentes antiherpéticos		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>acyclovir sodium injection 50mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>acyclovir capsule 200mg</i>	1	
<i>acyclovir suspension 200mg/5ml</i>	1	
<i>acyclovir tablet 400mg, 800mg</i>	1	
<i>famciclovir tablet 125mg, 250mg, 500mg</i>	1	
<i>valacyclovir hydrochloride tablet 1gm, 500mg</i>	1	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY TABLET 30MG; 120MG; 15MG, 50MG; 200MG; 25MG	1	NEDS
DOVATO TABLET 50MG; 300MG	1	NEDS
GENVOYA TABLET 150MG; 150MG; 200MG; 10MG	1	NEDS
ISENTRESS HD TABLET 600MG	1	QL(60 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS PACKET 100MG	1	SP
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 100MG	1	QL(180 EA por 30 días); NEDS; SP
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 25MG	1	QL(720 EA por 30 días); SP
ISENTRESS TABLET 400MG	1	QL(120 EA por 30 días); NEDS; SP
JULUCA TABLET 50MG; 25MG	1	NEDS
STRIBILD TABLET 150MG; 150MG; 200MG; 300MG	1	NEDS; SP
TIVICAY PD TABLET SOLUBLE 5MG	1	SP
TIVICAY TABLET 25MG, 50MG	1	NEDS; SP
TIVICAY TABLET 10MG	1	SP
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
DELSTRIGO TABLET 100MG; 300MG; 300MG	1	NEDS
EDURANT PED TABLET SOLUBLE 2.5MG	1	NEDS
EDURANT TABLET 25MG	1	NEDS; SP
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 600mg; 200mg; 300mg</i>	1	SP
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 400mg; 300mg; 300mg, 600mg; 300mg; 300mg</i>	1	NEDS
<i>efavirenz capsule 200mg, 50mg</i>	1	SP
<i>efavirenz tablet 600mg</i>	1	SP
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 200mg; 25mg; 300mg</i>	1	NEDS; SP
<i>etravirine tablet 100mg, 200mg</i>	1	NEDS; SP
IDVYNZO TABLET 100MG; 0.25MG	1	QL(30 EA por 30 días); NEDS
INTELENCE TABLET 25MG	1	SP
<i>nevirapine er tablet extended release 24 hour 400mg</i>	1	SP
<i>nevirapine suspension 50mg/5ml</i>	1	SP

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>nevirapine tablet 200mg</i>	1	SP
PIFELTRO TABLET 100MG	1	NEDS
<i>rilpivirine hydrochloride tablet 25mg</i>	1	NEDS
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir sulfate/lamivudine tablet 600mg; 300mg</i>	1	SP
<i>abacavir solution 20mg/ml</i>	1	SP
<i>abacavir tablet 300mg</i>	1	SP
CIMDUO TABLET 300MG; 300MG	1	NEDS
DESCOVY TABLET 120MG; 15MG, 200MG; 25MG	1	NEDS
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 133mg; 200mg</i>	1	NEDS; SP
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 100mg; 150mg, 200mg; 300mg</i>	1	SP
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil tablet 167mg; 250mg</i>	1	SP
<i>emtricitabine capsule 200mg</i>	1	SP
EMTRIVA SOLUTION 10MG/ML	1	SP
<i>lamivudine/zidovudine tablet 150mg; 300mg</i>	1	SP
<i>lamivudine solution 10mg/ml</i>	1	SP
<i>lamivudine tablet 150mg, 300mg</i>	1	SP
ODEFSEY TABLET 200MG; 25MG; 25MG	1	NEDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate tablet 300mg</i>	1	SP
TRIUMEQ PD TABLET SOLUBLE 60MG; 5MG; 30MG	1	
TRIUMEQ TABLET 600MG; 50MG; 300MG	1	NEDS; SP
VIREAD POWDER 40MG/GM	1	NEDS; SP
VIREAD TABLET 150MG, 200MG, 250MG	1	NEDS; SP
<i>zidovudine capsule 100mg</i>	1	SP
<i>zidovudine syrup 50mg/5ml</i>	1	SP
<i>zidovudine tablet 300mg</i>	1	SP
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil tablet 10mg</i>	1	SP
<i>entecavir tablet 0.5mg, 1mg</i>	1	SP
<i>lamivudine tablet 100mg</i>	1	SP
VEMLIDY TABLET 25MG	1	NEDS
Antivirales, agentes de coronavirus		
LAGEVRIO CAPSULE 200MG	1	QL(40 EA por 5 días)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 300MG-100MG DAY 1; 150MG-100MG DAYS 2-5	1	QL(11 EA por 5 días)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	1	QL(20 EA por 5 días)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	1	QL(30 EA por 5 días)
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Aglutinantes de potasio		
LOKELMA PACKET 10GM, 5GM	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powder 0</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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 polystyrene sulfonate suspension 15gm/60ml</i>	1	
<i>sps combination suspension 15gm/60ml, 15gm/60ml</i>	1	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET CAPSULE 100MG	1	NEDS
<i>deferasirox packet 180mg, 360mg, 90mg</i>	1	NEDS; SP
<i>deferasirox tablet soluble 250mg, 500mg</i>	1	NEDS; SP
<i>deferasirox tablet soluble 125mg</i>	1	SP
<i>deferasirox tablet 180mg, 360mg, 90mg</i>	1	SP
JYNARQUE TABLET 15MG, 30MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>penicillamine tablet 250mg</i>	1	NEDS
<i>tolvaptan tablet 15mg, 30mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS; SP
<i>trientine hydrochloride capsule 250mg, 500mg</i>	1	NEDS
Quelantes de fosfato		
<i>calcium acetate capsule 667mg</i>	1	
<i>calcium acetate tablet 667mg</i>	1	
<i>sevelamer carbonate packet 0.8gm, 2.4gm</i>	1	
<i>sevelamer carbonate tablet 800mg</i>	1	
VELPHORO TABLET CHEWABLE 500MG	1	NEDS
Reemplazo de electrolitos/minerales		
AMINOSYN II INJECTION 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, 993MG/100ML; 1018MG/100ML; 700MG/100ML; 738MG/100ML; 500MG/100ML; 300MG/100ML; 660MG/100ML; 1000MG/100ML; 1050MG/100ML; 172MG/100ML; 270MG/100ML; 298MG/100ML; 722MG/100ML; 530MG/100ML; 400MG/100ML; 200MG/100ML; 500MG/100ML	1	PA BvD
AMINOSYN-PF 7% INJECTION 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

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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 INJECTION 46MEQ/L; 698MG/100ML; 1227MG/100ML; 527MG/100ML; 820MG/100ML; 385MG/100ML; 312MG/100ML; 760MG/100ML; 1200MG/100ML; 677MG/100ML; 180MG/100ML; 427MG/100ML; 812MG/100ML; 495MG/100ML; 70MG/100ML; 512MG/100ML; 180MG/100ML; 44MG/100ML; 673MG/100ML	1	PA BvD
<i>carglumic acid tablet soluble 200mg</i>	1	PA; NEDS; SP
CLINIMIX 6/5 INJECTION 1242MG/100ML; 690MG/100ML; 5GM/100ML; 618MG/100ML; 288MG/100ML; 360MG/100ML; 438MG/100ML; 348MG/100ML; 240MG/100ML; 336MG/100ML; 408MG/100ML; 300MG/100ML; 252MG/100ML; 108MG/100ML; 24MG/100ML; 348MG/100ML	1	PA BvD
CLINIMIX 8/10 INJECTION 1656MG/100ML; 920MG/100ML; 10GM/100ML; 824MG/100ML; 384MG/100ML; 480MG/100ML; 584MG/100ML; 464MG/100ML; 320MG/100ML; 448MG/100ML; 544MG/100ML; 400MG/100ML; 336MG/100ML; 144MG/100ML; 32MG/100ML; 464MG/100ML	1	PA BvD
CLINIMIX E 8/10 INJECTION 83MEQ/L; 1656MG/100ML; 920MG/100ML; 33MG/100ML; 10GM/100ML; 824MG/100ML; 384MG/100ML; 480MG/100ML; 584MG/100ML; 464MG/100ML; 51MG/100ML; 320MG/100ML; 448MG/100ML; 261MG/100ML; 544MG/100ML; 400MG/100ML; 205MG/100ML; 336MG/100ML; 144MG/100ML; 32MG/100ML; 464MG/100ML	1	PA BvD
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2% injection 10%; 0.2%</i>	1	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45% injection 10%; 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 10% injection 10%</i>	1	
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45% injection 2.5%; 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2% injection 5%; 0.2%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3% injection 5%; 0.3%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33% injection 5%; 0.33%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45% injection 5%; 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9% injection 5%; 0.9%</i>	1	
<i>dextrose 5% injection 5%</i>	1	
<i>dextrose 50% injection 50%</i>	1	
<i>dextrose 70% injection 70%</i>	1	
<i>dextrose/sodium chloride injection 5%; 0.225%</i>	1	
<i>effe-k tablet effervescent 25meq</i>	1	
<i>glucose (dextrose) 50% injection 50%</i>	1	
<i>glucose (dextrose) 70% injection 70%</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

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

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PROSOL INJECTION 140MEQ/100ML; 2.76GM/100ML; 1.96GM/100ML; 600MG/100ML; 1.02GM/100ML; 2.06GM/100ML; 1.18GM/100ML; 1.08GM/100ML; 1.08GM/100ML; 1.35GM/100ML; 760MG/100ML; 1GM/100ML; 1.34GM/100ML; 1.02GM/100ML; 980MG/100ML; 320MG/100ML; 50MG/100ML; 1.44GM/100ML	1	PA BvD
<i>sodium chloride 0.45% injection 0.45%</i>	1	
<i>sodium chloride injection 0.9%, 2.5meq/ml, 3%, 4meq/ml, 5%</i>	1	
TRAVASOL INJECTION 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 INJECTION 0.54GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.32GM/100ML; 0; 0; 0.5GM/100ML; 0.36GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.82GM/100ML; 1.4GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.34GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.68GM/100ML; 0.38GM/100ML; 5MEQ/L; 0.025GM/100ML; 0.42GM/100ML; 0.2GM/100ML; 0.24GM/100ML; 0.78GM/100ML	1	PA BvD
Vitaminas		
<i>prenatal tablet 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	1	
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		
<i>aminocaproic acid injection 250mg/ml</i>	1	
<i>aminocaproic acid oral solution 0.25gm/ml</i>	1	
<i>aminocaproic acid tablet 500mg</i>	1	
<i>tranexamic acid tablet 650mg</i>	1	
Agentes modificadores de plaquetas		
<i>aspirin/dipyridamole er capsule extended release 12 hour 25mg; 200mg</i>	1	
CABLIVI INJECTION 11MG	1	NEDS
<i>cilostazol tablet 100mg, 50mg</i>	1	
<i>clopidogrel tablet 300mg, 75mg</i>	1	
DOPTELET TABLET 20MG	1	PA; NEDS; SP
<i>prasugrel hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>ticagrelor tablet 60mg, 90mg</i>	1	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate capsule 110mg, 150mg, 75mg</i>	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
ELIQUIS STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 5MG	1	
ELIQUIS CAPSULE SPRINKLE 0.15MG	1	
ELIQUIS TABLET SOLUBLE 0.5MG	1	
ELIQUIS TABLET 2.5MG, 5MG	1	
<i>enoxaparin sodium injection 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml, 300mg/3ml, 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml</i>	1	SP
<i>fondaparinux sodium injection 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	1	NEDS; SP
<i>fondaparinux sodium injection 2.5mg/0.5ml</i>	1	SP
<i>heparin sodium/d5w injection 5%; 40unit/ml</i>	1	
<i>heparin sodium injection 10000unit/ml, 1000unit/ml, 20000unit/ml, 5000unit/0.5ml, 5000unit/ml</i>	1	
<i>jantoven tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg</i>	1	
<i>rivaroxaban suspension reconstituted 1mg/ml</i>	1	
<i>rivaroxaban tablet 2.5mg</i>	1	
<i>warfarin sodium tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg</i>	1	
XARELTO STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0	1	
XARELTO SUSPENSION RECONSTITUTED 1MG/ML	1	
XARELTO TABLET 10MG, 15MG, 2.5MG, 20MG	1	
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
<i>anagrelide hydrochloride capsule 0.5mg, 1mg</i>	1	
<i>eltrombopag olamine packet 12.5mg, 25mg</i>	1	PA; NEDS; SP
<i>eltrombopag olamine tablet 12.5mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	PA; NEDS; SP
MOZOBIL INJECTION 24MG/1.2ML	1	NEDS; SP
NEULASTA ONPRO KIT INJECTION 6MG/0.6ML	1	NEDS; SP
NEULASTA INJECTION 4MG/0.4ML	1	NEDS
NEULASTA INJECTION 6MG/0.6ML	1	NEDS; SP
<i>plerixafor injection 24mg/1.2ml</i>	1	NEDS; SP
PROCRIT INJECTION 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	1	NEDS; SP
PROCRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	1	SP
RETACRIT INJECTION 40000UNIT/ML	1	NEDS; SP
RETACRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	1	SP
UDENYCA ONBODY INJECTION 6MG/0.6ML	1	NEDS; SP
UDENYCA INJECTION 6MG/0.6ML	1	NEDS; SP
ZARXIO INJECTION 300MCG/0.5ML, 480MCG/0.8ML	1	NEDS; SP
Reguladores de la glucemia		
Agentes antidiabéticos		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>acarbose tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>dapagliflozin/metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 10mg; 1000mg, 10mg; 500mg, 5mg; 1000mg, 5mg; 500mg</i>	1	
<i>glimepiride tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
<i>glipizide er tablet extended release 24 hour 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>glipizide/metformin hydrochloride tablet 2.5mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg</i>	1	
<i>glipizide tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>glyburide micronized tablet 1.5mg, 3mg, 6mg</i>	1	
<i>glyburide/metformin hydrochloride tablet 1.25mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg</i>	1	
<i>glyburide tablet 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
GLYXAMBI TABLET 10MG; 5MG, 25MG; 5MG	1	
JANUMET XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1000MG; 100MG, 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	1	
JANUMET TABLET 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	1	
JANUVIA TABLET 100MG, 25MG, 50MG	1	
JENTADUETO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	1	
JENTADUETO TABLET 2.5MG; 1000MG, 2.5MG; 500MG, 2.5MG; 850MG	1	
<i>metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg</i>	1	
<i>metformin hydrochloride solution 500mg/5ml</i>	1	
<i>metformin hydrochloride tablet 1000mg, 500mg, 850mg</i>	1	
<i>miglitol tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
MOUNJARO INJECTION 10MG/0.5ML, 12.5MG/0.5ML, 15MG/0.5ML, 2.5MG/0.5ML, 5MG/0.5ML, 7.5MG/0.5ML	1	PA
<i>nateglinide tablet 120mg, 60mg</i>	1	
OZEMPIC INJECTION 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	1	PA
OZEMPIC TABLET 1.5MG, 4MG, 9MG	1	PA
<i>pioglitazone hcl-glimepiride tablet 2mg; 30mg, 4mg; 30mg</i>	1	
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl tablet 500mg; 15mg, 850mg; 15mg</i>	1	
<i>pioglitazone hcl tablet 45mg</i>	1	
<i>pioglitazone hydrochloride tablet 15mg, 30mg</i>	1	
<i>repaglinide tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
RYBELSUS TABLET 1.5MG, 14MG, 3MG, 4MG, 7MG, 9MG	1	PA
<i>saxagliptin hydrochloride tablet 2.5mg, 5mg</i>	1	
SYMLINPEN 120 INJECTION 2700MCG/2.7ML	1	NEDS
SYMLINPEN 60 INJECTION 1500MCG/1.5ML	1	NEDS

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 1000MG, 12.5MG; 1000MG, 25MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	1	
SYNJARDY TABLET 12.5MG; 1000MG, 12.5MG; 500MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	1	
TRADJENTA TABLET 5MG	1	
TRULICITY INJECTION 0.75MG/0.5ML, 1.5MG/0.5ML, 3MG/0.5ML, 4.5MG/0.5ML	1	PA
XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 1000MG, 10MG; 500MG, 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	1	
Agentes antiglicémicos		
BAQSIMI ONE PACK POWDER 3MG/DOSE	1	
BAQSIMI TWO PACK POWDER 3MG/DOSE	1	
<i>diazoxide suspension 50mg/ml</i>	1	
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION 1MG	1	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR INJECTION 1MG/ML, 1MG	1	
GLUCAGON EMERGENCY KIT INJECTION 1MG	1	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK INJECTION 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	1	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK INJECTION 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	1	
GVOKE KIT INJECTION 1MG/0.2ML	1	
GVOKE PFS INJECTION 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	1	
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH INJECTION 100UNIT/ML	1	
FIASP PENFILL INJECTION 100UNIT/ML	1	
FIASP INJECTION 100UNIT/ML	1	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML	1	
HUMALOG KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	1	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJECTION 50UNIT/ML; 50UNIT/ML	1	
HUMALOG MIX 50/50 INJECTION 50UNIT/ML; 50UNIT/ML	1	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJECTION 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	1	
HUMALOG MIX 75/25 INJECTION 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	1	
HUMALOG INJECTION 100UNIT/ML	1	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
HUMULIN 70/30 INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
HUMULIN N KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML	1	
HUMULIN N INJECTION 100UNIT/ML	1	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INJECTION 500UNIT/ML	1	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN INJECTION 500UNIT/ML	1	
HUMULIN R INJECTION 100UNIT/ML	1	
<i>insulin aspart flexpen injection 100unit/ml</i>	1	
<i>insulin aspart penfill injection 100unit/ml</i>	1	
<i>insulin aspart protamine/insulin aspart injection 30%; 70%</i>	1	
<i>insulin aspart injection 100unit/ml</i>	1	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML	1	
INSULIN LISPRO KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML	1	
INSULIN LISPRO PROTAMINE/INSULIN LISPRO KWIKPEN INJECTION 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	1	
INSULIN LISPRO INJECTION 100UNIT/ML	1	
LANTUS SOLOSTAR INJECTION 100UNIT/ML	1	
LANTUS INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
NOVOLIN 70/30 INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
NOVOLIN N FLEXPEN INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLIN N INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLIN R INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLOG FLEXPEN INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
NOVOLOG MIX 70/30 INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
NOVOLOG PENFILL INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLOG INJECTION 100UNIT/ML	1	
TOUJEO MAX SOLOSTAR INJECTION 300UNIT/ML	1	
TOUJEO SOLOSTAR INJECTION 300UNIT/ML	1	
TRESIBA FLEXTOUCH INJECTION 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	1	
TRESIBA INJECTION 100UNIT/ML	1	
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride tablet 10mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	
<i>methocarbamol tablet 750mg</i>	1	
<i>methocarbamol tablet 500mg</i>	1	SP
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>betaine anhydrous powder 0</i>	1	NEDS; SP
CREON CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 120000UNIT; 24000UNIT; 76000UNIT, 15000UNIT; 3000UNIT; 9500UNIT, 180000UNIT; 36000UNIT; 114000UNIT, 30000UNIT; 6000UNIT; 19000UNIT, 60000UNIT; 12000UNIT; 38000UNIT	1	
<i>cromolyn sodium concentrate 100mg/5ml</i>	1	
CYSTAGON CAPSULE 150MG, 50MG	1	SP
<i>dichlorphenamide tablet 50mg</i>	1	PA; NEDS; SP
<i>l-glutamine packet 5gm</i>	1	NEDS
<i>nitisinone capsule 10mg, 20mg, 2mg, 5mg</i>	1	PA; NEDS; SP
PROLASTIN-C INJECTION 1000MG/20ML	1	PA; NEDS; SP
REVCovi INJECTION 2.4MG/1.5ML	1	PA; NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride packet 100mg, 500mg</i>	1	PA; NEDS; SP
<i>sapropterin dihydrochloride tablet 100mg</i>	1	PA; NEDS; SP
<i>sodium phenylbutyrate powder 3gm/tsp</i>	1	NEDS; SP
<i>sodium phenylbutyrate tablet 500mg</i>	1	NEDS; SP
WELIREG TABLET 40MG	1	PA NSO; NEDS
<i>zelvysia packet 100mg, 500mg</i>	1	PA; NEDS
ZENPEP CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 105000UNIT; 25000UNIT; 79000UNIT, 14000UNIT; 3000UNIT; 10000UNIT, 168000UNIT; 40000UNIT; 126000UNIT, 24000UNIT; 5000UNIT; 17000UNIT, 252600UNIT; 60000UNIT; 189600UNIT, 42000UNIT; 10000UNIT; 32000UNIT, 63000UNIT; 15000UNIT; 47000UNIT, 84000UNIT; 20000UNIT; 63000UNIT	1	

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

D. Índice de Medicamentos Cubiertos

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	63	ADEMPAS	35
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	63	ADTHYZA	24
ABELCET	50	AIMOVIG	4
<i>abigale</i>	20	AKEEGA	52
<i>abigale lo</i>	20	<i>albendazole</i>	57
ABILIFY ASIMTUFII	59	<i>albuterol sulfate</i>	37
ABILIFY MAINTENA	59	<i>albuterol sulfate hfa</i>	37
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	59	<i>alcohol prep pads</i>	37
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	59	ALECENSA	53
<i>abiraterone acetate</i>	52	<i>alendronate sodium</i>	11
ABIRTEGA	52	<i>alfuzosin hcl er</i>	19
ABRYSVO	29	<i>aliskiren</i>	6
<i>acamprosate calcium dr</i>	33	<i>allopurinol</i>	10
<i>acarbose</i>	69	ALOCRIL	30
<i>accutane</i>	15	<i>alose tron hydrochloride</i>	17
<i>acebutolol hydrochloride</i>	5	<i>alprazolam</i>	41
<i>acetaminophen/codeine</i>	39	ALUNBRIG	53
<i>acetaminophen/codeine phosphate</i>	39	<i>alyq</i>	35
<i>acetazolamide</i>	31	<i>amabelz</i>	20
<i>acetazolamide er</i>	31	<i>amantadine hcl</i>	61
<i>acetic acid</i>	38	<i>amantadine hydrochloride</i>	61
<i>acetic acid 0.25%</i>	19	<i>ambrisentan</i>	35
<i>acetylcysteine</i>	33	<i>amikacin sulfate</i>	41
<i>acitretin</i>	15	<i>amiloride hcl</i>	9
ACTHIB	29	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	6
ACTIMMUNE	26	<i>aminocaproic acid</i>	67
<i>acyclovir</i>	62	AMINOSYN II	64
<i>acyclovir sodium</i>	62	AMINOSYN-PF	65
ADACEL	29	AMINOSYN-PF 7%	64
<i>adalimumab-aaty 1-pen kit</i>	27	<i>amiodarone hydrochloride</i>	8
<i>adalimumab-aaty 2-pen kit</i>	27	<i>amitriptyline hcl</i>	48
<i>adalimumab-aaty 2-syringe</i>	27	<i>amitriptyline hydrochloride</i>	48
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs starter</i>	27	<i>amlodipine besylate</i>	5
<i>adalimumab-adbm</i>	27	<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	6
<i>adalimumab-adbm crohns/uc/hs starter</i>	27	<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	6
<i>adalimumab-adbm psoriasis/uveitis starter</i>	27	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	6
<i>adalimumab-adbm starter package for crohns disease/uc/hs</i>	27	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	6
<i>adalimumab-adbm starter package for psoriasis/uveitis</i>	27	<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	7
<i>adapalene</i>	15	<i>ammonium lactate</i>	15
<i>adefovir dipivoxil</i>	63	<i>amne steem</i>	15
		<i>amoxapine</i>	48
		<i>amoxicillin</i>	43
		<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	43
		<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	43

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>amphetamine/dextroamphetamine</i>	12	<i>aviane</i>	20
<i>amphotericin b</i>	50	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	53
<i>amphotericin b liposome</i>	50	AVONEX	11
<i>ampicillin</i>	43	AVONEX PEN	11
<i>ampicillin sodium</i>	43	AYVAKIT	53
<i>ampicillin/sulbactam</i>	43	<i>azathioprine</i>	27
<i>ampicillin-sulbactam</i>	43	<i>azelaic acid</i>	15
<i>anagrelide hydrochloride</i>	68	<i>azelastine hcl</i>	30
<i>anastrozole</i>	53	<i>azelastine hcl</i>	36
ANORO ELLIPTA	33	<i>azelastine hydrochloride</i>	36
<i>apraclonidine</i>	31	<i>azithromycin</i>	44
<i>aprepitant</i>	49	<i>aztreonam</i>	41
<i>apri</i>	20	<i>azurette</i>	20
APTIVUS	60	<i>bacitracin</i>	32
ARCALYST	25	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	31
AREXVY	29	<i>baclofen</i>	3
<i>arformoterol tartrate</i>	37	<i>balsalazide disodium</i>	11
ARIKAYCE	41	BALVERSA	53
<i>aripiprazole</i>	59	<i>balziva</i>	20
<i>aripiprazole odt</i>	59	BAQSIMI ONE PACK	70
ARISTADA	59	BAQSIMI TWO PACK	70
ARISTADA INITIO	59	BCG VACCINE	29
<i>armodafinil</i>	14	<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x</i>	37
ARMOUR THYROID	24	<i>1/2"</i>	
<i>asenapine maleate sl</i>	59	<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x</i>	37
<i>ashlyna</i>	20	<i>5/16"</i>	
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	67	<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x</i>	37
<i>atazanavir</i>	60	<i>12.7mm</i>	
<i>atazanavir sulfate</i>	60	<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	37
<i>atenolol</i>	5	<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x</i>	37
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	7	<i>12.7mm</i>	
<i>atomoxetine</i>	13	BELSOMRA	14
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	13	<i>benazepril hydrochloride</i>	10
<i>atorvastatin calcium</i>	9	<i>benazepril</i>	7
<i>atovaquone</i>	58	<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	58	BENLYSTA	25
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	58	<i>benztropine mesylate</i>	4
<i>atropine sulfate</i>	31	BERINERT	26
ATROVENT HFA	36	BESIVANCE	32
AUGTYRO	53	BESREMI	26
AUSTEDO	14	<i>betaine anhydrous</i>	72
AUSTEDO XR	13	BETAMETHASONE DIPROPIONATE	16
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT	13	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	16
AUVELITY	48	<i>betamethasone valerate</i>	16
		BETASERON	12

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>betaxolol hcl</i>	30	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	48
<i>bethanechol chloride</i>	19	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	48
BEVESPI AEROSPHERE	34	<i>buspirone hcl</i>	40
<i>bexarotene</i>	57	<i>bupirone hydrochloride</i>	40
BEXSERO	29	<i>butorphanol tartrate</i>	39
<i>bicalutamide</i>	52	<i>cabergoline</i>	24
BICILLIN L-A	43	CABLIVI	67
BIKTARVY	62	CABOMETYX	54
<i>bimatoprost</i>	32	<i>calcipotriene</i>	15
<i>bisoprolol fumarate</i>	5	CALCITONIN SALMON	11
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	7	<i>calcitonin-salmon</i>	11
BIVIGAM	27	<i>calcitriol</i>	11
BONSITY	11	<i>calcitriol</i>	15
BOOSTRIX	29	<i>calcium acetate</i>	64
<i>bortezomib</i>	52	CALQUENCE	54
<i>boruzu</i>	52	<i>camila</i>	22
<i>bosentan</i>	35	<i>candesartan cilexetil</i>	8
BOSULIF	53	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	7
BRAFTOVI	54	CAPLYTA	59
BREO ELLIPTA	34	CAPRELSA	54
BREYNA	34	<i>captopril</i>	10
BREZTRI AEROSPHERE	34	<i>carbamazepine</i>	46
<i>briellyn</i>	20	<i>carbamazepine er</i>	46
<i>brimonidine tartrate</i>	31	<i>carbidopa</i>	5
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	31	<i>carbidopa/levodopa</i>	5
<i>brinzolamide</i>	31	<i>carbidopa/levodopa er</i>	5
<i>brivaracetam</i>	46	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	5
BRIVIACT	46	<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	4
<i>bromfenac</i>	32	<i>carglumic acid</i>	65
<i>bromfenac sodium</i>	32	<i>carteolol hcl</i>	30
<i>bromocriptine mesylate</i>	4	<i>cartia xt</i>	5
BRONCHITOL	34	<i>carvedilol</i>	5
BRUKINSA	54	CAYSTON	35
<i>budesonide</i>	11	<i>cefaclor</i>	42
<i>budesonide</i>	36	<i>cefadroxil</i>	42
<i>budesonide er</i>	11	<i>cefazolin</i>	42
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	34	<i>cefazolin sodium</i>	42
<i>bumetanide</i>	9	<i>cefazolin sodium/dextrose</i>	42
<i>buprenorphine</i>	38	<i>cefazolin/dextrose</i>	42
<i>buprenorphine hcl</i>	33	<i>cefdinir</i>	42
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	33	<i>cefepime</i>	42
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	33	<i>cefepime hydrochloride</i>	42
<i>bupropion hydrochloride</i>	48	<i>cefepime/dextrose</i>	42
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	33	<i>cefixime</i>	42
		<i>cefotetan</i>	42

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>cefoxitin sodium</i>	42	<i>clindamycin phosphate (twice-daily)</i>	17
<i>cefpodoxime proxetil</i>	42	<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	15
<i>cefprozil</i>	42	<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	15
<i>ceftaroline fosamil</i>	42	CLINIMIX 6/5	65
<i>ceftazidime</i>	42	CLINIMIX 8/10	65
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	43	CLINIMIX E 8/10	65
<i>ceftriaxone sodium</i>	43	<i>clobazam</i>	45
<i>ceftriaxone/dextrose</i>	43	<i>clobetasol propionate</i>	16
<i>cefuroxime axetil</i>	43	<i>clobetasol propionate e</i>	16
<i>cefuroxime sodium</i>	43	<i>clodan</i>	16
<i>celecoxib</i>	39	<i>clomipramine hydrochloride</i>	48
<i>cephalexin</i>	43	<i>clonazepam</i>	45
<i>cevimeline hydrochloride</i>	14	<i>clonazepam odt</i>	45
CHEMET	64	<i>clonidine</i>	8
<i>chlorhexidine gluconate</i>	14	<i>clonidine hydrochloride</i>	8
<i>chloroquine phosphate</i>	58	<i>clonidine hydrochloride er</i>	13
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	58	<i>clopidogrel</i>	67
<i>chlorthalidone</i>	10	<i>clorazepate dipotassium</i>	41
<i>cholestyramine</i>	9	<i>clotrimazole</i>	50
<i>cholestyramine light</i>	9	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	15
<i>ciclopirox</i>	17	<i>clozapine</i>	58
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	17	<i>clozapine odt</i>	58
<i>ciclopirox olamine</i>	17	COARTEM	58
<i>cidofovir</i>	61	COBENFY	14
<i>cilostazol</i>	67	COBENFY STARTER PACK	14
CIMDUO	63	<i>colchicine</i>	10
<i>cimetidine</i>	18	<i>colestipol hydrochloride</i>	9
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	11	<i>colistimethate sodium</i>	41
<i>ciprofloxacin</i>	38	COMBIVENT RESPIMAT	34
<i>ciprofloxacin hcl</i>	44	COMETRIQ	54
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	32	<i>conjugated estrogens</i>	20
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	44	<i>constulose</i>	17
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	44	COPIKTRA	54
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	38	CORLANOR	7
<i>citalopram hydrobromide</i>	49	CORTIFOAM	11
<i>claravis</i>	15	CORTISPORIN-TC	38
<i>clarithromycin</i>	44	COSENTYX	25
<i>clarithromycin er</i>	44	COSENTYX SENSOREADY PEN	25
CLENPIQ	17	COSENTYX UNOREADY	25
<i>clindamycin hcl</i>	41	COTELLIC	54
<i>clindamycin hydrochloride</i>	41	CREON	72
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	41	CRESEMBA	50
CLINDAMYCIN PHOSPHATE	17	<i>cromolyn sodium</i>	30
<i>clindamycin phosphate</i>	41	<i>cromolyn sodium</i>	37
<i>clindamycin phosphate (once-daily)</i>	17	<i>cromolyn sodium</i>	72

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	37	DEXLANSOPRAZOLE	18
CUVITRU	27	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	13
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	71	<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	13
<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	31	<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	13
<i>cyclophosphamide</i>	51	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	12
<i>cyclosporine</i>	27	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	12
<i>cyclosporine</i>	31	<i>dextrose 10%</i>	65
<i>cyclosporine modified</i>	27	<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	65
<i>cyproheptadine hcl</i>	36	<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	65
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	36	<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	65
CYSTAGON	72	<i>dextrose 5%</i>	65
CYSTARAN	31	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	65
<i>dabigatran etexilate</i>	67	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	65
<i>dalfampridine er</i>	12	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	65
<i>danazol</i>	20	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	65
<i>dantrolene sodium</i>	3	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	65
DANZITEN	54	<i>dextrose 50%</i>	65
<i>dapagliflozin</i>	10	<i>dextrose 70%</i>	65
<i>dapagliflozin/metformin hydrochloride er</i>	69	<i>dextrose/sodium chloride</i>	65
DAPSONE	50	DIACOMIT	45
DAPTACEL	29	<i>diazepam</i>	41
<i>daptomycin</i>	41	<i>diazepam</i>	45
<i>daptomycin/sodium chloride</i>	41	<i>diazepam intensol</i>	41
<i>darunavir</i>	60	<i>diazoxide</i>	70
DARZALEX	52	<i>dichlorphenamide</i>	72
<i>dasatinib</i>	54	<i>diclofenac potassium</i>	39
DAURISMO	54	<i>diclofenac sodium</i>	15
<i>deblitane</i>	22	<i>diclofenac sodium</i>	32
<i>deferasirox</i>	64	<i>diclofenac sodium</i>	40
DELSTRIGO	62	<i>diclofenac sodium dr</i>	40
DENGVAXIA	29	<i>diclofenac sodium er</i>	40
DEPO-MEDROL	23	<i>dicloxacillin sodium</i>	43
DEPO-SUBQ PROVERA 104	22	<i>dicyclomine hcl</i>	18
DESCOVY	63	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	18
<i>desipramine hydrochloride</i>	48	DIFICID	44
<i>desloratadine</i>	36	<i>diflunisal</i>	40
<i>desmopressin acetate</i>	20	<i>difluprednate</i>	32
DESONIDE	16	<i>digoxin</i>	8
<i>desoximetasone</i>	16	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	3
<i>desvenlafaxine er</i>	49	DILANTIN	46
<i>dexamethasone</i>	23	<i>diltiazem hcl</i>	6
<i>dexamethasone intensol</i>	23	<i>diltiazem hcl cd</i>	5
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	23	<i>diltiazem hcl er</i>	5
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	32	<i>diltiazem hydrochloride</i>	6
<i>dexamethasone sodium phosphate +rfd</i>	23	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	6

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>dilt-xr</i>	5	<i>elixophyllin</i>	37
<i>dimethyl fumarate</i>	12	ELMIRON	19
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	36	<i>eltrombopag olamine</i>	68
<i>disulfiram</i>	33	<i>eluryng</i>	20
<i>divalproex sodium dr</i>	45	EMCYT	52
<i>divalproex sodium er</i>	45	EMGALITY	4
DOCETAXEL	52	EMPAVELI	25
<i>dofetilide</i>	8	EMSAM	48
<i>donepezil hcl</i>	3	<i>emtricitabine</i>	63
<i>donepezil hydrochloride</i>	3	<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	62
DOPTELET	67	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	63
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	31	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	63
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	31	EMTRIVA	63
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	31	<i>enalapril maleate</i>	10
<i>dotti</i>	20	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	7
DOVATO	62	ENBREL	28
<i>doxazosin mesylate</i>	19	ENBREL MINI	28
<i>doxepin hcl</i>	48	ENBREL SURECLICK	28
<i>doxepin hydrochloride</i>	48	<i>endocet</i>	39
<i>doxycycline</i>	45	ENGERIX-B	29
<i>doxycycline hyclate</i>	44	<i>enilloring</i>	20
<i>doxycycline monohydrate</i>	44	<i>enoxaparin sodium</i>	68
DRIZALMA SPRINKLE	49	ENSACOVE	54
<i>dronabinol</i>	50	<i>entacapone</i>	4
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	20	<i>entecavir</i>	63
DROXIA	52	ENTRESTO	7
<i>droxidopa</i>	8	<i>enulose</i>	17
<i>duloxetine hydrochloride dr</i>	49	ENVARUSUS XR	28
DUPIXENT	25	EPIDIOLEX	47
<i>dutasteride</i>	19	<i>epinastine hcl</i>	30
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	19	<i>epinephrine</i>	37
<i>ec-naproxen</i>	40	<i>epitol</i>	46
<i>econazole nitrate</i>	50	<i>eplerenone</i>	8
EDURANT	62	EPRONTIA	47
EDURANT PED	62	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	4
<i>efavirenz</i>	62	ERIVEDGE	54
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	62	ERLEADA	52
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	62	<i>erlotinib hydrochloride</i>	54
<i>effe-k</i>	65	<i>errin</i>	22
ELIGARD	24	<i>ertapenem sodium</i>	44
ELIQUIS	68	<i>ery</i>	17
ELIQUIS STARTER PACK	68	<i>erythromycin</i>	17
		<i>erythromycin</i>	32
		<i>erythromycin dr</i>	44

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>erythromycin ethylsuccinate</i>	44	<i>fentanyl</i>	38
<i>escitalopram oxalate</i>	49	<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	39
<i>eslicarbazepine acetate</i>	46	FETZIMA	49
<i>esomeprazole magnesium</i>	19	FETZIMA TITRATION PACK	49
<i>estradiol</i>	20	FIASP	70
<i>estradiol valerate</i>	20	FIASP FLEXTOUCH	70
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	20	FIASP PENFILL	70
ESTRING	21	<i>fidaxomicin</i>	44
<i>eszopiclone</i>	14	<i>finasteride</i>	19
<i>ethacrynic acid</i>	9	<i>fingolimod hydrochloride</i>	12
<i>ethambutol hydrochloride</i>	50	FINTEPLA	47
<i>ethosuximide</i>	45	<i>finzala</i>	21
<i>etodolac</i>	40	FIRMAGON	24
<i>etodolac er</i>	40	<i>flac</i>	38
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	21	FLAREX	32
<i>etravirine</i>	62	FLEBOGAMMA DIF	27
EUCRISA	16	<i>flecainide acetate</i>	8
EULEXIN	52	<i>fluconazole</i>	51
<i>euthyrox</i>	24	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	50
<i>everolimus</i>	28	<i>flucytosine</i>	51
<i>everolimus</i>	54	<i>fludrocortisone acetate</i>	23
EVOTAZ	60	<i>flunisolide</i>	36
<i>exemestane</i>	53	<i>fluocinolone acetonide</i>	16
EXKIVITY	54	<i>fluocinolone acetonide</i>	38
EXXUA	48	<i>fluocinolone acetonide body</i>	16
EXXUA TITRATION PACK	48	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	16
<i>ezetimibe</i>	9	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	16
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	9	<i>fluocinonide</i>	16
<i>falmina</i>	21	<i>fluocinonide emulsified base</i>	16
<i>famciclovir</i>	62	<i>fluorometholone</i>	32
<i>famotidine</i>	18	<i>fluorouracil</i>	15
FANAPT	59	<i>fluoxetine dr</i>	49
FANAPT TITRATION PACK A	59	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	49
FANAPT TITRATION PACK B	59	<i>fluphenazine decanoate</i>	58
FANAPT TITRATION PACK C	59	<i>fluphenazine hcl</i>	58
FARXIGA	10	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	58
FASENRA	34	<i>flurbiprofen</i>	40
FASENRA PEN	34	<i>flurbiprofen sodium</i>	32
FEIRZA 1.5/30	21	<i>fluticasone propionate</i>	16
FEIRZA 1/20	21	<i>fluticasone propionate</i>	36
<i>felbamate</i>	47	<i>fluticasone propionate diskus</i>	36
<i>felodipine er</i>	5	<i>fluticasone propionate hfa</i>	36
<i>fenofibrate</i>	9	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	34
<i>fenofibrate micronized</i>	9	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	34
<i>fenofibric acid dr</i>	9	<i>fluvastatin</i>	9

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>fluvastatin sodium er</i>	9	GLUCAGEN HYPOKIT	70
<i>fluvoxamine maleate</i>	49	GLUCAGON EMERGENCY KIT	70
<i>fondaparinux sodium</i>	68	GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	70
<i>formoterol fumarate</i>	37	LOW BLOOD SUGAR	
<i>fosamprenavir calcium</i>	60	<i>glucose (dextrose) 50%</i>	65
<i>fosfomycin tromethamine</i>	41	<i>glucose (dextrose) 70%</i>	65
<i>fosinopril sodium</i>	10	<i>glyburide</i>	69
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	7	<i>glyburide micronized</i>	69
FOTIVDA	54	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	69
FRUZAQLA	54	<i>glycopyrrolate</i>	18
<i>furosemide</i>	10	<i>glydo</i>	40
FUZEON	61	GLYXAMBI	69
<i>fyavolv</i>	21	GOMEKLI	54
FYCOMPA	47	<i>granisetron hydrochloride</i>	50
<i>gabapentin</i>	45	<i>griseofulvin microsize</i>	51
<i>galantamine hydrobromide</i>	3	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	51
<i>galantamine hydrobromide er</i>	3	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	13
<i>galbriela</i>	21	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	70
<i>gallifrey</i>	22	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	70
GAMMAGARD LIQUID	27	GVOKE KIT	70
GAMMAPLEX	27	GVOKE PFS	70
GARDASIL 9	29	HAEGARDA	26
<i>gatifloxacin</i>	32	<i>hailey fe 1/20</i>	21
<i>gavilyte-c</i>	18	<i>halobetasol propionate</i>	16
<i>gavilyte-g</i>	18	<i>haloette</i>	21
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	18	<i>haloperidol</i>	58
GAVRETO	54	<i>haloperidol decanoate</i>	58
<i>gefitinib</i>	54	<i>haloperidol lactate</i>	58
<i>gemfibrozil</i>	9	HAVRIX	29
GEMTESA	19	<i>heather</i>	23
<i>generlac</i>	17	<i>heparin sodium</i>	68
GENGRAF	28	<i>heparin sodium/d5w</i>	68
GENOTROPIN	20	HEPLISAV-B	29
GENOTROPIN MINIQUICK	20	HERNEXEOS	54
<i>gentamicin sulfate</i>	32	HIBERIX	29
<i>gentamicin sulfate</i>	41	HIZENTRA	27
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	41	HUMALOG	70
GENVOYA	62	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	70
GILOTRIF	54	HUMALOG KWIKPEN	70
<i>glatiramer acetate</i>	12	HUMALOG MIX 50/50	70
GLEOSTINE	51	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	70
<i>glimepiride</i>	69	HUMALOG MIX 75/25	70
<i>glipizide</i>	69	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	70
<i>glipizide er</i>	69	HUMIRA	28
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	69		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	28	<i>imipenem/cilastatin</i>	44
HUMIRA PEN	28	<i>imipramine hcl</i>	48
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	28	<i>imipramine hydrochloride</i>	48
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	28	<i>imiquimod</i>	15
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	28	IMKELDI	55
HUMULIN 70/30	70	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	29
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	70	IMPAVIDO	41
HUMULIN N	71	IMVEXXY MAINTENANCE PACK	21
HUMULIN N KWIKPEN	71	IMVEXXY STARTER PACK	21
HUMULIN R	71	INCRELEX	20
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	71	INCRUSE ELLIPTA	36
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	71	<i>indapamide</i>	10
<i>hydralazine hydrochloride</i>	10	<i>indomethacin</i>	40
<i>hydrochlorothiazide</i>	10	INFANRIX	29
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	39	INLURIYO	52
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	39	INLYTA	55
<i>hydrocortisone</i>	11	INQOVI	55
<i>hydrocortisone</i>	16	INREBIC	52
<i>hydrocortisone</i>	23	<i>insulin aspart</i>	71
<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	23	<i>insulin aspart flexpen</i>	71
HYDROCORTISONE VALERATE	16	<i>insulin aspart penfill</i>	71
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	38	<i>insulin aspart protamine/insulin aspart</i>	71
<i>hydromorphone hcl</i>	39	INSULIN LISPRO	71
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	58	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	71
<i>hydroxyurea</i>	52	INSULIN LISPRO KWIKPEN	71
<i>hydroxyzine hcl</i>	36	INSULIN LISPRO	71
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	36	PROTAMINE/INSULIN LISPRO	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	36	KWIKPEN	
HYRNUO	54	INTELENCE	62
IBRANCE	52	INTRALIPID	37
IBRANCE	54	<i>introvale</i>	21
IBTROZI	55	INVEGA HAFYERA	59
<i>ibu</i>	40	INVEGA SUSTENNA	59
<i>ibuprofen</i>	40	INVEGA TRINZA	59
<i>icatibant acetate</i>	26	IPOL INACTIVATED IPV	29
<i>iclevia</i>	21	<i>ipratropium bromide</i>	36
ICLUSIG	55	<i>ipratropium bromide hfa</i>	36
<i>icosapent ethyl</i>	9	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	34
IDHIFA	55	<i>irbesartan</i>	8
IDVYNZO	62	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	7
ILEVRO	32	ISENTRESS	62
<i>imatinib mesylate</i>	55	ISENTRESS HD	62
IMBRUVICA	55	<i>isoniazid</i>	50
		<i>isosorbide dinitrate</i>	10
		<i>isosorbide mononitrate</i>	10

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>isosorbide mononitrate er</i>	10	KERENDIA	8
<i>isotonic gentamicin</i>	41	KESIMPTA	12
<i>isotretinoin</i>	15	<i>ketoconazole</i>	51
ITOVEBI	52	<i>ketorolac tromethamine</i>	32
<i>itraconazole</i>	51	KINERET	25
<i>ivabradine hydrochloride</i>	7	KINRIX	29
<i>ivermectin</i>	57	KISQALI	55
IWILFIN	52	KISQALI FEMARA 200 DOSE	52
IXCHIQ	29	KISQALI FEMARA 400 DOSE	53
IXIARO	29	KISQALI FEMARA 600 DOSE	53
<i>jaimiess</i>	21	<i>klayesta</i>	51
JAKAFI	55	<i>klor-con</i>	66
JAKAFI XR	55	<i>klor-con 10</i>	66
<i>jantoven</i>	68	<i>klor-con 8</i>	66
JANUMET	69	<i>klor-con m10</i>	66
JANUMET XR	69	<i>klor-con m15</i>	66
JANUVIA	69	<i>klor-con m20</i>	66
JARDIANCE	10	<i>klor-con/ef</i>	66
JAYPIRCA	55	KLOXXADO	33
JENTADUETO	69	KOSELUGO	55
JENTADUETO XR	69	<i>kourzeq</i>	14
<i>jinteli</i>	21	<i>k-prime</i>	66
JOURNAVX	39	KRAZATI	55
JUBBONTI	11	KYPROLIS	53
JULUCA	62	<i>labetalol hydrochloride</i>	5
<i>junel 1.5/30</i>	21	<i>lacosamide</i>	46
<i>junel 1/20</i>	21	<i>lactated ringers</i>	66
<i>junel fe 1.5/30</i>	21	<i>lactulose</i>	17
<i>junel fe 1/20</i>	21	LAGEVRIO	63
<i>junel fe 24</i>	21	<i>lamivudine</i>	63
JYLAMVO	28	<i>lamivudine</i>	63
JYNARQUE	64	<i>lamivudine/zidovudine</i>	63
JYNNEOS	29	<i>lamotrigine</i>	47
KALETRA	60	<i>lamotrigine er</i>	47
KALYDECO	35	<i>lamotrigine odt</i>	47
<i>kariva</i>	21	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	47
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	66	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	47
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	66	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	47
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.225%</i>	66	<i>lanreotide acetate</i>	24
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%</i>	66	<i>lansoprazole</i>	19
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	66	LANTUS	71
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	66	LANTUS SOLOSTAR	71
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	66	<i>lapatinib ditosylate</i>	55
<i>kelnor 1/35</i>	21	<i>larin 1.5/30</i>	21
<i>kenalog-10</i>	23	<i>larin 1/20</i>	21

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>larin fe 1.5/30</i>	21	<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	14
<i>larin fe 1/20</i>	21	<i>lidocaine viscous</i>	14
<i>latanoprost</i>	32	<i>lidocaine/prilocaine</i>	40
LAZCLUZE	53	LILETTA	23
<i>leflunomide</i>	28	<i>linezolid</i>	41
<i>lenalidomide</i>	51	LINZESS	17
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	55	<i>liomny</i>	24
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	55	<i>liothyronine sodium</i>	24
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	55	<i>lisinopril</i>	10
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	55	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	7
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	55	<i>lithium</i>	33
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	55	<i>lithium carbonate</i>	33
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	55	<i>lithium carbonate er</i>	33
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	55	LIVTENCITY	61
<i>lessina</i>	21	<i>lojaimiess</i>	21
<i>letrozole</i>	53	LOKELMA	63
<i>leucovorin calcium</i>	53	<i>lomustine</i>	51
LEUKERAN	51	LONSURF	53
<i>leuprolide acetate</i>	24	<i>loperamide hydrochloride</i>	17
<i>levalbuterol</i>	37	<i>lopinavir/ritonavir</i>	60
<i>levalbuterol hcl</i>	37	<i>lorazepam</i>	41
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	37	<i>lorazepam intensol</i>	41
<i>levetiracetam</i>	47	LORBRENA	55
<i>levetiracetam er</i>	47	<i>losartan potassium</i>	8
<i>levobunolol hcl</i>	30	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	7
<i>levocarnitine</i>	37	LOTEMAX	32
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	36	<i>loteprednol etabonate</i>	32
<i>levofloxacin</i>	32	<i>lovastatin</i>	9
<i>levofloxacin</i>	44	<i>loxapine</i>	58
<i>levofloxacin in d5w</i>	44	<i>lubiprostone</i>	17
<i>levonest</i>	21	<i>luizza 1.5/30</i>	21
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	21	<i>luizza 1/20</i>	21
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	21	LUMAKRAS	55
<i>levora 0.15/30-28</i>	21	LUMIGAN	33
<i>levo-t</i>	24	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	25
<i>levothyroxine sodium</i>	24	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	25
<i>levoxyl</i>	24	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	25
LEXIVA	60	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	25
<i>l-glutamine</i>	72	<i>lurasidone hydrochloride</i>	59
LIBERVANT	45	LYBALVI	59
<i>lidocaine</i>	40	LYNPARZA	55
<i>lidocaine hcl</i>	40	LYSODREN	53
<i>lidocaine hcl jelly</i>	40	LYTGOBI	55
<i>lidocaine hydrochloride</i>	40	<i>magnesium sulfate</i>	66
<i>lidocaine hydrochloride jelly</i>	40	<i>malathion</i>	17

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>maraviroc</i>	61	<i>methylphenidate hydrochloride er (osm)</i>	13
<i>marlissa</i>	22	<i>methylprednisolone</i>	23
MARPLAN	48	<i>methylprednisolone acetate</i>	23
MATULANE	51	<i>methylprednisolone dose pack</i>	23
<i>matzim la</i>	6	<i>metoclopramide hcl</i>	18
MAVYRET	61	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	18
<i>meclizine hcl</i>	50	<i>metoclopramide hydrochloride +rfd</i>	18
<i>meclizine hydrochloride</i>	50	<i>metolazone</i>	10
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	23	<i>metoprolol succinate er</i>	5
<i>mefloquine hydrochloride</i>	58	<i>metoprolol tartrate</i>	5
<i>megestrol acetate</i>	23	<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	7
MEKINIST	55	<i>metronidazole</i>	15
MEKTOVI	56	<i>metronidazole</i>	42
<i>meleya</i>	23	<i>metronidazole vaginal</i>	41
<i>meloxicam</i>	40	<i>metyrosine</i>	7
<i>memantine hcl titration pak</i>	3	<i>mexiletine hydrochloride</i>	8
<i>memantine hydrochloride</i>	3	<i>mibelas 24 fe</i>	22
<i>memantine hydrochloride er</i>	3	<i>miconazolin</i>	51
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	3	<i>miconazole 3</i>	51
MENACTRA	29	<i>microgestin 1.5/30</i>	22
MENQUADFI	29	<i>microgestin 1/20</i>	22
MENVEO	29	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	22
<i>mercaptapurine</i>	52	<i>microgestin fe 1/20</i>	22
<i>meropenem</i>	44	<i>midodrine hydrochloride</i>	8
<i>mesalamine</i>	11	MIEBO	31
<i>mesalamine dr</i>	11	<i>mifepristone</i>	25
<i>mesalamine er</i>	11	<i>miglitol</i>	69
<i>mesna</i>	53	<i>milnacipran hydrochloride</i>	12
<i>metformin hydrochloride</i>	69	<i>milnacipran hydrochloride titration pack</i>	12
<i>metformin hydrochloride er</i>	69	<i>minocycline hcl</i>	45
<i>methadone hcl</i>	38	<i>minocycline hydrochloride</i>	45
<i>methadone hydrochloride</i>	38	<i>minoxidil</i>	10
<i>methazolamide</i>	31	<i>minzoya</i>	22
<i>methenamine hippurate</i>	41	<i>mirtazapine</i>	48
<i>methenamine mandelate</i>	41	<i>mirtazapine odt</i>	48
<i>methimazole</i>	24	<i>misoprostol</i>	19
<i>methocarbamol</i>	71	M-M-R II	29
<i>methotrexate</i>	28	<i>modafinil</i>	14
<i>methotrexate sodium</i>	28	MODEYSO	53
<i>methsuximide</i>	45	<i>moexipril hydrochloride</i>	10
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	13	<i>molindone hydrochloride</i>	58
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	13	<i>mometasone furoate</i>	16
<i>methylphenidate hydrochloride er (cd)</i>	13	<i>mometasone furoate</i>	36
<i>methylphenidate hydrochloride er (dif)</i>	13	<i>montelukast sodium</i>	36
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	13	<i>morphine sulfate</i>	39

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>morphine sulfate er</i>	39	NEULASTA	68
MOUNJARO	69	NEULASTA ONPRO KIT	68
MOVANTIK	17	<i>nevirapine</i>	62
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	44	<i>nevirapine er</i>	62
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	32	NEXLETOL	9
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	44	NEXLIZET	9
MOZOBIL	68	NEXPLANON	23
MRESVIA	29	<i>niacin er</i>	9
MULTAQ	8	NICOTROL INHALER	33
<i>mupirocin</i>	17	NICOTROL NS	33
<i>mycophenolate mofetil</i>	28	<i>nifedipine er</i>	5
<i>mycophenolic acid dr</i>	28	<i>nikki</i>	22
MYRBETRIQ	19	<i>nilotinib d-tartrate</i>	56
<i>nabumetone</i>	40	<i>nilotinib hydrochloride</i>	56
<i>nadolol</i>	5	<i>nilutamide</i>	52
<i>nafcillin sodium</i>	43	<i>nimodipine</i>	5
<i>naftifine hydrochloride</i>	51	NINLARO	56
<i>naloxone hcl</i>	33	<i>nintedanib esylate</i>	34
<i>naloxone hydrochloride</i>	33	<i>nitazoxanide</i>	58
<i>naltrexone hydrochloride</i>	33	<i>nitisinone</i>	72
NAMZARIC	3	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	42
<i>naproxen</i>	40	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	42
<i>naproxen dr</i>	40	<i>nitroglycerin</i>	10
<i>naproxen sodium</i>	40	<i>nitroglycerin</i>	18
<i>naratriptan hcl</i>	3	<i>nitroglycerin transdermal</i>	10
NATACYN	32	NIVA THYROID	24
<i>nateglinide</i>	69	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	22
NAYZILAM	47	<i>norethindrone acetate</i>	23
<i>nebivolol hydrochloride</i>	5	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	22
<i>necon 0.5/35-28</i>	22	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	22
<i>nefazodone hydrochloride</i>	49	<i>nortrel 1/35</i>	22
<i>neomycin sulfate</i>	41	<i>nortrel 7/7/7</i>	22
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	31	<i>nortriptyline hcl</i>	48
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc</i>	31	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	48
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	31	NORVIR	60
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	31	NOVOLIN 70/30	71
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	31	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	71
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	38	NOVOLIN N	71
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	31	NOVOLIN N FLEXPEN	71
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	38	NOVOLIN R	71
<i>neo-polycin</i>	31	NOVOLIN R FLEXPEN	71
<i>neo-polycin hc</i>	31	NOVOLOG	71
NERLYNX	56	NOVOLOG FLEXPEN	71
		NOVOLOG MIX 70/30	71

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	71	OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	38
FLEXPEN		OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO	38
NOVOLOG PENFILL	71	GEN 5	
<i>np thyroid 120</i>	24	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	38
<i>np thyroid 15</i>	24	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	38
<i>np thyroid 30</i>	24	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	38
<i>np thyroid 60</i>	24	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	38
<i>np thyroid 90</i>	24	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	38
NUBEQA	52	OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	38
NUEDEXTA	14	OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	38
NULOJIX	28	OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	38
NUPLAZID	59	OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	38
NURTEC	4	OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	38
NUTRILIPID	38	OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	38
NUVESSA	42	OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	38
<i>nyamyc</i>	51	<i>ondansetron hcl</i>	50
<i>nystatin</i>	51	<i>ondansetron hydrochloride</i>	50
<i>nystatin/triamcinolone</i>	15	<i>ondansetron odt</i>	50
<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	15	ONUREG	53
<i>nystop</i>	51	OPDIVO	52
OCTAGAM	27	OPIPZA	59
<i>octreotide acetate</i>	25	<i>opium</i>	18
ODEFSEY	63	<i>opium tincture</i>	18
ODOMZO	56	OPSUMIT	35
OFEV	34	OPVEE	33
<i>ofloxacin</i>	32	<i>oralone dental paste</i>	14
<i>ofloxacin</i>	38	ORENCIA	25
OGSIVEO	53	ORENCIA CLICKJECT	25
OJEMDA	53	ORENITRAM	35
OJJAARA	56	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	35
<i>olanzapine</i>	59	1	
<i>olanzapine odt</i>	59	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	35
<i>olmesartan medoxomil</i>	8	2	
<i>olmesartan</i>	7	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	35
<i>medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>		3	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	7	ORGOVYX	25
<i>olopatadine hydrochloride</i>	30	ORKAMBI	35
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	9	<i>orquidea</i>	23
<i>omeprazole</i>	19	ORSERDU	52
<i>omeprazole dr</i>	19	<i>oseltamivir phosphate</i>	61
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT	38	OSPHENA	20
(GEN 5)		OTEZLA	15
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS	38	OTEZLA	25
(GEN 5)		<i>oxacillin sodium</i>	43
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	38	<i>oxaprozin</i>	40

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>oxcarbazepine</i>	46	PIFELTRO	63
<i>oxybutynin chloride</i>	19	<i>pilocarpine hcl</i>	31
<i>oxybutynin chloride er</i>	19	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	14
<i>oxycodone hydrochloride</i>	39	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	31
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	39	<i>pimecrolimus</i>	17
OZEMPIC	69	<i>pimozide</i>	58
<i>paclitaxel</i>	53	<i>pindolol</i>	5
<i>paliperidone er</i>	60	<i>pioglitazone hcl</i>	69
PANRETIN	57	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	69
<i>pantoprazole sodium</i>	19	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	69
<i>paricalcitol</i>	11	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	69
<i>paroxetine hcl</i>	49	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	43
<i>paroxetine hydrochloride</i>	49	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	56
PAXLOVID	63	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	56
<i>pazopanib hydrochloride</i>	56	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	56
PEDIARIX	29	<i>pirfenidone</i>	34
PEDVAX HIB	29	<i>piroxicam</i>	40
<i>peg-3350/electrolytes</i>	18	<i>pitavastatin calcium</i>	9
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	18	PLEGRIDY	12
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	18	PLEGRIDY STARTER PACK	12
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na</i>	18	PLENAMINE	66
<i>ascorbate/ascorbic</i>		<i>plerixafor</i>	68
PEGASYS	26	<i>podofilox</i>	15
PEGASYS	29	<i>polycin</i>	31
PEMAZYRE	56	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	31
PENBRAYA	29	<i>pomalidomide</i>	51
<i>penicillamine</i>	64	POMALYST	51
<i>penicillin g potassium</i>	43	<i>portia-28</i>	22
PENICILLIN G SODIUM	43	<i>posaconazole</i>	51
<i>penicillin v potassium</i>	43	<i>posaconazole dr</i>	51
PENMENVY	30	<i>potassium chloride</i>	66
PENTACEL	30	<i>potassium chloride er</i>	66
<i>pentamidine isethionate</i>	58	<i>potassium chloride/dextrose/sodium</i>	66
<i>pentoxifylline er</i>	7	<i>chloride</i>	
<i>perampanel</i>	47	<i>potassium citrate er</i>	66
<i>perindopril erbumine</i>	10	PRALUENT	9
<i>periogard</i>	14	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	4
<i>permethrin</i>	17	<i>prasugrel hydrochloride</i>	67
<i>perphenazine</i>	58	<i>pravastatin sodium</i>	9
PERSERIS	60	<i>praziquantel</i>	57
<i>phenelzine sulfate</i>	48	<i>prazosin hydrochloride</i>	5
<i>phenobarbital</i>	45	<i>prednisolone</i>	23
<i>phenytek</i>	46	<i>prednisolone acetate</i>	32
<i>phenytoin</i>	46	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	23
<i>phenytoin sodium extended</i>	46	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	32

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>prednisone</i>	23	<i>pyridostigmine bromide</i>	4
<i>pregabalin</i>	45	<i>pyridostigmine bromide er</i>	4
PREHEVBRIO	30	<i>pyrimethamine</i>	58
PREMARIN	22	QINLOCK	56
PREMASOL	66	QUADRACEL	30
<i>premium lidocaine</i>	40	<i>quetiapine fumarate</i>	60
PREMPHASE	22	<i>quinapril hydrochloride</i>	10
<i>prenatal</i>	67	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	7
<i>prevalite</i>	9	<i>quinidine sulfate</i>	8
PREVYMIS	61	<i>quinine sulfate</i>	58
PREZCOBIX	60	QULIPTA	4
PREZISTA	60	QVAR REDIHALER	36
PRIFTIN	50	RABAVERT	30
<i>primaquine phosphate</i>	58	<i>rabeprazole sodium</i>	19
<i>primidone</i>	45	RADICAVA ORS	14
PRIORIX	30	RADICAVA ORS STARTER KIT	14
PRIVIGEN	27	RALDESY	49
PROAIR RESPICLICK	37	<i>raloxifene hydrochloride</i>	20
<i>probenecid</i>	11	<i>ramelteon</i>	14
<i>probenecid/colchicine</i>	10	<i>ramipril</i>	10
<i>prochlorperazine</i>	50	<i>ranolazine er</i>	7
<i>prochlorperazine edisylate</i>	50	<i>rasagiline mesylate</i>	4
<i>prochlorperazine maleate</i>	50	RAYALDEE	11
PROCRIT	68	REBIF	12
<i>procto-med hc</i>	11	REBIF REBIDOSE	12
<i>proctosol hc</i>	11	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	12
<i>proctozone-hc</i>	11	REBIF TITRATION PACK	12
<i>progesterone</i>	23	RECOMBIVAX HB	30
PROGRAF	29	RELENZA DISKHALER	61
PROLASTIN-C	72	<i>repaglinide</i>	69
<i>promethazine hcl</i>	50	REPATHA	9
<i>promethazine hydrochloride</i>	50	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	9
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	50	REPATHA SURECLICK	9
<i>propafenone hcl</i>	8	RESTASIS	32
<i>propafenone hydrochloride</i>	8	RESTASIS MULTIDOSE	31
<i>propafenone hydrochloride er</i>	8	RETACRIT	68
<i>propranolol hcl</i>	5	RETEVMO	56
<i>propranolol hydrochloride</i>	5	REVCOVI	72
<i>propranolol hydrochloride er</i>	5	REVUFORJ	53
<i>propylthiouracil</i>	24	REXULTI	60
PROQUAD	30	REYATAZ	60
PROSOL	67	REZDIFFRA	24
<i>protriptyline hcl</i>	48	REZLIDHIA	56
PULMOZYME	35	REZUROCK	29
<i>pyrazinamide</i>	50	RHOPRESSA	31

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>ribavirin</i>	61	SECUADO	60
<i>rifabutin</i>	50	<i>selegiline hcl</i>	4
<i>rifampin</i>	50	<i>selenium sulfide</i>	17
<i>rilpivirine hydrochloride</i>	63	SELZENTRY	61
<i>riluzole</i>	14	SEREVENT DISKUS	37
<i>rimantadine hydrochloride</i>	61	<i>sertraline hcl</i>	49
RINVOQ	25	<i>sertraline hydrochloride</i>	49
RINVOQ LQ	25	<i>sevelamer carbonate</i>	64
<i>risedronate sodium</i>	11	<i>sf 5000 plus</i>	14
<i>risedronate sodium dr</i>	11	<i>sharobel</i>	23
<i>risperidone</i>	60	SHINGRIX	30
<i>risperidone er</i>	60	SIGNIFOR	25
<i>risperidone odt</i>	60	<i>sildenafil citrate</i>	35
<i>ritonavir</i>	60	<i>silver sulfadiazine</i>	15
<i>rivaroxaban</i>	68	SIMBRINZA	32
<i>rivastigmine tartrate</i>	3	<i>simvastatin</i>	9
<i>rivastigmine transdermal system</i>	3	<i>sirolimus</i>	29
<i>rizatriptan benzoate</i>	3	SIRTURO	50
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	3	SKYRIZI	26
ROCKLATAN	32	SKYRIZI PEN	26
<i>roflumilast</i>	37	<i>sodium chloride</i>	67
ROMVIMZA	56	<i>sodium chloride 0.45%</i>	67
<i>ropinirole er</i>	4	<i>sodium chloride 0.9%</i>	38
<i>ropinirole hcl</i>	4	<i>sodium fluoride</i>	14
<i>ropinirole hydrochloride</i>	4	<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	14
<i>rosuvastatin calcium</i>	9	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	14
<i>rosyrah</i>	22	SODIUM OXYBATE	14
ROTARIX	30	<i>sodium phenylbutyrate</i>	72
ROTATEQ	30	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	63
<i>roweepira</i>	47	<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	18
ROZLYTREK	56	<i>solifenacin succinate</i>	19
RUBRACA	56	SOLTAMOX	52
<i>rufinamide</i>	46	SOMATULINE DEPOT	25
RUKOBIA	61	SOMAVERT	25
RYBELSUS	69	<i>sorafenib</i>	56
RYDAPT	56	<i>sorafenib tosylate</i>	56
<i>sacubitril/valsartan</i>	7	<i>sotalol hcl</i>	8
<i>salsalate</i>	40	<i>sotalol hydrochloride</i>	8
SANTYL	15	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	8
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	72	SPIRIVA RESPIMAT	36
SAVELLA	12	<i>spironolactone</i>	8
SAVELLA TITRATION PACK	12	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	7
<i>saxagliptin hydrochloride</i>	69	SPRITAM	47
SCSEMBLIX	56	<i>sps</i>	64
<i>scopolamine</i>	50		

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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>ssd</i>	15	TAGRISSE	57
STAMARIL	30	TALZENNA	57
STELARA	26	<i>tamoxifen citrate</i>	52
STEQEYMA	26	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	19
<i>sterile water for irrigation</i>	38	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	22
STIOLTO RESPIMAT	34	<i>tasimelteon</i>	14
STIVARGA	56	TAVNEOS	26
<i>streptomycin sulfate</i>	41	<i>tazarotene</i>	15
STRIBILD	62	<i>tazicef</i>	43
STRIVERDI RESPIMAT	37	<i>taztia xt</i>	6
SUBVENITE	47	TAZVERIK	57
<i>subvenite starter kit/blue</i>	47	<i>tdvax</i>	30
<i>subvenite starter kit/green</i>	47	TEFLARO	43
<i>subvenite starter kit/orange</i>	47	<i>telmisartan</i>	8
<i>sucralfate</i>	19	<i>telmisartan/amlodipine</i>	7
<i>sulfacetamide sodium</i>	32	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	7
<i>sulfacetamide sodium</i>	44	<i>temazepam</i>	14
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	32	TENIVAC	30
<i>phosphate</i>		<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	63
<i>sulfadiazine</i>	44	TEPMETKO	57
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	44	<i>terazosin hcl</i>	19
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	44	<i>terazosin hydrochloride</i>	19
SULFAMYLON	17	<i>terbinafine hcl</i>	51
<i>sulfasalazine</i>	11	<i>terconazole</i>	51
<i>sulindac</i>	40	<i>teriflunomide</i>	12
<i>sumatriptan</i>	3	<i>teriparatide</i>	11
<i>sumatriptan succinate</i>	3	<i>testosterone</i>	20
<i>sumatriptan succinate refill</i>	3	<i>testosterone cypionate</i>	20
<i>sunitinib malate</i>	56	<i>testosterone enanthate</i>	20
SUNLENCA	61	<i>testosterone pump</i>	20
SYMLINPEN 120	69	TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-	30
SYMLINPEN 60	69	ADSORBED ADULT	
SYMPAZAN	45	<i>tetrabenazine</i>	14
SYMTUZA	60	<i>tetracycline hydrochloride</i>	45
SYNAREL	25	THALOMID	51
SYNJARDY	70	<i>theophylline</i>	37
SYNJARDY XR	70	<i>theophylline er</i>	37
SYNTHROID	24	<i>thioridazine hydrochloride</i>	58
TABLOID	52	<i>thiothixene</i>	58
TABRECTA	56	THYROID	24
<i>tacrolimus</i>	17	<i>tiadylt er</i>	6
<i>tacrolimus</i>	29	<i>tiagabine hydrochloride</i>	45
<i>tadalafil</i>	19	TIBSOVO	57
<i>tadalafil</i>	35	<i>ticagrelor</i>	67
TAFINLAR	56	TICOVAC	30

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>tigecycline</i>	42	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	8
<i>timolol hemihydrate</i>	30	<i>trientine hydrochloride</i>	64
<i>timolol maleate</i>	4	<i>trifluoperazine hcl</i>	58
<i>timolol maleate</i>	30	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	58
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	30	<i>trifluridine</i>	32
<i>tinidazole</i>	42	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	4
<i>tiopronin dr</i>	19	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	4
TIVICAY	62	TRIKAFTA	35
TIVICAY PD	62	<i>trimethoprim</i>	42
<i>tizanidine hcl</i>	3	<i>trimipramine maleate</i>	48
<i>tizanidine hydrochloride</i>	3	TRINTELLIX	49
TOBI PODHALER	35	<i>tri-sprintec</i>	22
TOBRADEX ST	32	TRIUMEQ	63
<i>tobramycin</i>	32	TRIUMEQ PD	63
<i>tobramycin sulfate</i>	41	<i>trivora-28</i>	22
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	32	TROPHAMINE	67
<i>tolterodine tartrate</i>	19	<i>trospium chloride</i>	19
<i>tolterodine tartrate er</i>	19	TRULICITY	70
<i>tolvaptan</i>	64	TRUMENBA	30
<i>topiramate</i>	47	TRUQAP	57
<i>toremifene citrate</i>	52	TUKYSA	57
<i>torseamide</i>	10	TURALIO	57
TOUJEO MAX SOLOSTAR	71	<i>turqoz</i>	22
TOUJEO SOLOSTAR	71	TWINRIX	30
TRADJENTA	70	TYBOST	61
<i>tramadol hydrochloride</i>	39	<i>tydemy</i>	22
<i>tramadol hydrochloride er</i>	39	TYENNE	26
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	39	TYPHIM VI	30
<i>trandolapril</i>	10	TYRVAYA	33
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	8	UBRELVY	4
<i>tranexamic acid</i>	67	UDENYCA	68
<i>tranlycypromine sulfate</i>	48	UDENYCA ONBODY	68
TRAVASOL	67	<i>unithroid</i>	24
<i>travoprost</i>	33	<i>ursodiol</i>	18
<i>trazodone hydrochloride</i>	49	<i>ustekinumab</i>	26
TRECTOR	50	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	62
TRELEGY ELLIPTA	34	VALCHLOR	51
TRESIBA	71	<i>valganciclovir</i>	61
TRESIBA FLEXTOUCH	71	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	61
<i>tretinoin</i>	15	<i>valproic acid</i>	47
<i>tretinoin</i>	57	<i>valsartan</i>	8
<i>triamcinolone acetonide</i>	17	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	8
<i>triamcinolone acetonide</i>	23	VALTOCO 10 MG DOSE	45
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	14	VALTOCO 15 MG DOSE	45
<i>triamterene</i>	9	VALTOCO 20 MG DOSE	46

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
VALTOCO 5 MG DOSE	46	VORANIGO	53
<i>valtya 1/35</i>	22	<i>voriconazole</i>	51
<i>valtya 1/50</i>	22	VOSEVI	61
<i>vancomycin</i>	42	VOWST	18
<i>vancomycin hcl</i>	42	VRAYLAR	60
<i>vancomycin hydrochloride</i>	42	VUMERITY	12
VANFLYTA	57	<i>vyfemla</i>	22
VAQTA	30	VYNDAMAX	8
<i>varenicline starting month</i>	33	VYZULTA	33
<i>varenicline tartrate</i>	33	<i>warfarin sodium</i>	68
VARIVAX	30	WELIREG	72
VAXCHORA	30	WINREVAIR	35
<i>velivet</i>	22	<i>wixela inhub</i>	34
VELPHORO	64	WYOST	11
VEMLIDY	63	XALKORI	57
VENCLEXTA	57	XARAH FE	22
VENCLEXTA STARTING PACK	57	XARELTO	68
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	49	XARELTO STARTER PACK	68
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	49	XATMEP	29
VENTAVIS	35	XCOPRI	46
VEOZAH	14	XDEMVY	32
<i>verapamil hcl er</i>	6	XELJANZ	26
<i>verapamil hcl sr</i>	6	XELJANZ XR	26
<i>verapamil hydrochloride</i>	6	<i>xelria fe</i>	22
<i>verapamil hydrochloride er</i>	6	XERMELO	17
<i>verapamil hydrochloride sr</i>	6	XIFAXAN	18
VERQUVO	10	XIGDUO XR	70
VERSACLOZ	58	XIIDRA	32
VERZENIO	57	XOFLUZA	61
<i>vigabatrin</i>	46	XOLAIR	26
VIGAFYDE	46	XOSPATA	57
<i>vigpoder</i>	46	XPOVIO	57
<i>vilazodone hydrochloride</i>	49	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	57
VIMKUNYA	30	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	57
<i>viorele</i>	22	XTANDI	52
VIRACEPT	61	<i>xulane</i>	22
VIREAD	63	YERVOY	52
VITRAKVI	57	YESINTEK	26
VIVITROL	33	YF-VAX	30
VIVOTIF	30	YONSA	52
VIZIMPRO	57	<i>yuvafem</i>	22
VONJO	53	<i>zafemy</i>	22
VOQUEZNA	18	<i>zafirlukast</i>	36
VOQUEZNA DUAL PAK	42	<i>zaleplon</i>	14
VOQUEZNA TRIPLE PAK	42	ZARXIO	68

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026

Ultima actualización: 06/01/2026

Puede 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
ZEJULA	57
ZELBORAF	57
<i>zelvysia</i>	72
ZENATANE	15
ZENPEP	72
ZEPOSIA	12
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	12
<i>zidovudine</i>	63
<i>ziprasidone hcl</i>	60
<i>ziprasidone mesylate</i>	60
ZIRGAN	32
<i>zoledronic acid</i>	11
ZOLINZA	53
<i>zolpidem tartrate</i>	14
ZONISADE	46
<i>zonisamide</i>	46
ZOSYN	43
<i>zovia 1/35</i>	22
ZTALMY	46
ZURZUVAE	48
ZYDELIG	57
ZYKADIA	57
ZYPREXA RELPREVV	60

ID de formulario: 26455, Versión: 11, Fecha efectiva: 06/01/2026
 Última actualización: 06/01/2026

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

2026

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Tufts Health One Care al 1-855-393-3154 (TTY: 711), los siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Ten en cuenta lo siguiente: Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario pasa a ser de lunes a viernes. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite TuftsHealthOneCare.org.

Vigencia: 06/01/2026



a Point32Health company