TUFTS Health Plan

a Point32Health company

Formulario 2024 de Tufts Medicare Preferred Access (PPO) (Lista de Medicamentos Cubiertos)

Planes de Tufts Medicare Preferred PPO

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

24517 Versión 12

Este formulario se actualizó el 1 de mayo de 2024. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred Access al **1-866-623-0172** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o **visite www.thpmp.org**.

H9907_2024_3_C_SPA

Formulario 2024 de Tufts Medicare Preferred Access (Lista de Medicamentos Cubiertos)

Nota para los miembros actuales: Este formulario cambió desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía incluya los medicamentos que usted toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiera a "nosotros", "nos", "nuestro", "nuestra", "nuestros" o "nuestras", quiere decir Tufts Health Plan. Cuando se refiera a "plan" o a "nuestro plan", significa Tufts Medicare Preferred Access.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) para nuestro plan que estará vigente a partir de mayo de 2024. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha más reciente de actualización del formulario, aparece en la portada y contraportada.

Por lo general, debe recurrir a las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y los copagos o el coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y en ocasiones durante el año.

¿Qué es el Formulario de Tufts Medicare Preferred Access?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Tufts Medicare Preferred Access previa consulta con un equipo de proveedores de cuidado de la salud. Dicho formulario representa las terapias con medicamentos recetados que se creen que son una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, Tufts Medicare Preferred Access cubrirá los medicamentos indicados en nuestro formulario siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de Tufts Medicare Preferred Access y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su *Evidencia de Cobertura*.

¿El formulario (lista de medicamentos) puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero es posible que agreguemos o quitemos medicamentos de la Lista de Medicamentos durante el año, que los traspasemos a niveles diferentes de costos compartidos o que agreguemos restricciones nuevas. Debemos seguir las reglas de Medicare para hacer estos cambios.

Modificaciones que pueden afectarlo este año. En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año:

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Podemos retirar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo estamos reemplazando por uno genérico nuevo que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando se agreguen medicamentos genéricos nuevos, podríamos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo a un nivel diferente de costos compartidos o agregarle restricciones nuevas. Si actualmente toma ese medicamento de marca, es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, pero más adelante le daremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado.

- Si hacemos ese cambio, usted o su prescriptor pueden pedirnos que hagamos una excepción para seguir cubriendo el medicamento de marca para usted. La notificación que le entreguemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y podrá encontrar información en la sección titulada *"¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred Access?"*

- **Se retiraron medicamentos del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, sacaremos inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y les daremos una notificación a los miembros que lo tomen.

- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente tomen un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que esté actualmente en el formulario, o bien agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel diferente de costos compartidos o ambos. También podemos hacer cambios según las pautas clínicas nuevas. Si retiramos medicamentos de nuestro formulario, agregamos restricciones de autorización previa, cantidad límite o terapia escalonada a un medicamento o movemos un medicamento a un nivel más alto de costos compartidos, debemos informar a los miembros afectados acerca del cambio al menos 30 días antes de que se realice ese cambio o en el momento en que el miembro solicite un resurtido del medicamento, instante en el que recibirá un suministro para 30 días del medicamento.

    - Si hacemos estos otros cambios, usted o su prescriptor pueden pedirnos que hagamos una excepción y mantengamos la cobertura del medicamento de marca para usted. La notificación que le entreguemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción y, además, puede encontrar información en la sección a continuación, llamada *"¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred Access?"*

Cambios que no le afectarán si está tomando el medicamento actualmente. Por lo general, si toma un medicamento de nuestro formulario 2024 que estaba cubierto a principios del año, no eliminaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2024, excepto en las circunstancias descritas previamente. Esto significa que estos medicamentos seguirán disponibles al mismo costo compartido y sin restricciones nuevas para los miembros que los tomen por el resto del año de cobertura. No recibirá una notificación directa este año sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios lo afectarían y es importante revisar la Lista de Medicamentos del nuevo año de beneficios para ver los cambios que podrían haber sufrido los medicamentos.

El formulario adjunto estará vigente a partir de mayo de 2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Tufts Medicare Preferred Access, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y contraportada. En caso de un cambio en el formulario a mitad de año que no sea de mantenimiento, se le informará mediante una hoja de fe de erratas.

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos formas de encontrar un medicamento en el formulario:

Condición médica

El formulario comienza en la página 1. Los medicamentos en este formulario están agrupados en categorías según las condiciones médicas para los que se usan como tratamiento. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar condiciones del corazón aparecen en la categoría *"Medicamentos cardiovasculares"*. Si sabe para lo que se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento en el nombre de la categoría.

Lista alfabética

Si no está seguro de en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página *69*. El índice muestra una lista alfabética de todos los medicamentos que se incluyen en este documento. En este índice aparecen tanto los medicamentos genéricos como los de marca. Busque en el índice y encuentre su medicamento. A un lado del medicamento, verá el número de la página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que se indica en el índice y busque el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Tufts Medicare Preferred Access cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico cuenta con la aprobación de la FDA que garantiza que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general, los medicamentos genéricos son menos costosos que los de marca.

¿Hay restricciones en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos podrían tener requisitos o límites adicionales en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir los siguientes:

- **Autorización previa:** Tufts Medicare Preferred Access exige que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener aprobación de Tufts Medicare Preferred Access antes de que usted pueda surtir sus recetas. Si no consigue esa aprobación, es posible que Tufts Medicare Preferred Access no cubra los medicamentos.

- **Cantidad límite:** En el caso de ciertos medicamentos, Tufts Medicare Preferred Access restringe la cantidad del medicamento que cubrirá Tufts Medicare Preferred Access. Por ejemplo, Tufts Medicare Preferred Access proporciona 30 tabletas por receta de *ramelteon*. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de un mes o tres meses.

- **Terapia escalonada:** En algunos casos, Tufts Medicare Preferred Access exige que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su condición médica, es posible que Tufts Medicare Preferred Access no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, Tufts Medicare Preferred Access entonces cubrirá el medicamento B.

Para saber si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el formulario que comienza en la página 1. También puede visitar nuestro sitio web para obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos específicos cubiertos. Hemos publicado en línea un documento que explica nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha más reciente de actualización del formulario, aparece en la portada y contraportada.

Puede solicitar a Tufts Medicare Preferred Access que haga una excepción a estas restricciones o límites o pedir una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su condición de salud. Consulte la sección *"¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred Access?"* en la página V para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué sucede si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), debería comunicarse primero con Servicios para Miembros para preguntar si su medicamento está cubierto.

Si se entera de que Tufts Medicare Preferred Access no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que sí cubre Tufts Medicare Preferred Access. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Tufts Medicare Preferred Access.
- Puede solicitar a Tufts Medicare Preferred Access que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred Access?

Puede solicitar a Tufts Medicare Preferred Access que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay diversos tipos de excepciones que puede pedirnos.

- Puede pedirnos cubrir un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto en un nivel predeterminado de costos compartidos y usted no podrá pedirnos que entreguemos el medicamento en un nivel más bajo.
- Puede pedirnos cubrir un medicamento del formulario en un nivel más bajo de costos compartidos, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad.
- Puede pedirnos que no apliquemos las restricciones o los límites de cobertura de su medicamento. Por ejemplo, en el caso de ciertos medicamentos, Tufts Medicare Preferred Access restringe la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene una cantidad límite, puede pedirnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad superior.

Por lo general, Tufts Medicare Preferred Access solo aprobará su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento con menores costos compartidos o restricciones de uso adicionales, no son tan eficaces en tratar su condición o le provocan efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura inicial para una excepción a la restricción de uso, el nivel o el formulario. **Cuando solicite una excepción a la restricción de uso, el nivel o el formulario, debe enviar una declaración que respalde su solicitud de parte del prescriptor o su médico.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de la recepción de la declaración de respaldo del prescriptor. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o el médico consideran que su salud podría verse perjudicada gravemente por esperar hasta 72 horas para que se tome una decisión. Si se aprueba la solicitud de aceleración, debemos darle una decisión en menos de 24 horas a partir del momento en que recibimos la declaración de respaldo de su médico u otro prescriptor.

¿Qué hago antes de poder hablar con el médico sobre cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como miembro nuevo o anterior de nuestro plan, podría estar tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. También podría estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario, pero su posibilidad de obtenerlo es limitada. Por ejemplo, podría necesitar una autorización previa nuestra antes de surtir su receta. Debe hablar con el médico para decidir si debe cambiarse a un medicamento adecuado que efectivamente cubramos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que usted toma. Mientras habla con el médico para tomar la decisión correcta para su caso, podemos cubrir su medicamento en determinadas circunstancias durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.

Por cada medicamento que no esté en nuestro formulario o si sus posibilidades de obtenerlo son limitadas, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si la receta está indicada para menos días, permitiremos que se surta varias veces hasta un máximo de 30 días de medicamento. Después del primer suministro para un mes, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si es residente de un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si usted tiene una capacidad limitada para obtener medicamentos, pero ya han transcurrido los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción al formulario.

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

especiales lo justifiquen. Llame al departamento de Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred Access para solicitar un surtido temporal de la receta.

Para obtener más información

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Tufts Medicare Preferred Access, revise su *Evidencia de Cobertura* y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre Tufts Medicare Preferred Access, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha más reciente de actualización del formulario, aparece en la portada y contraportada.

Si tiene preguntas sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. O bien visite **www.medicare.gov**.

Formulario de Tufts Medicare Preferred Access

El formulario que comienza en la página 1 proporciona información sobre los medicamentos cubiertos por Tufts Medicare Preferred Access. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, diríjase al índice que comienza en la página 69.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen totalmente en mayúscula (por ejemplo, ENTRESTO) y los medicamentos genéricos se indican en minúscula y cursiva (por ejemplo, *omeprazol*).

La columna de Requisitos/Límites le indica si Tufts Medicare Preferred Access tiene algún requisito especial de cobertura de su medicamento.

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

Estos medicamentos requieren una autorización previa para determinar la cobertura adecuada según Medicare Part B o Part D. Es posible que algunos medicamentos de Part B requieran un 20 % de coaseguro.

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

Debido a posibles inquietudes sobre la seguridad y uso, Tufts Medicare Preferred Access ha establecido limitaciones de surtido en una cantidad pequeña de medicamentos recetados. Esto significa que la farmacia solo surtirá cierta cantidad de un medicamento en un período específico. Estas cantidades se basan en estándares reconocidos de atención, como las recomendaciones de uso de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos. Si el médico considera que usted necesita una cantidad superior a la limitación del programa, dicho médico puede enviar una solicitud de cobertura según el proceso de revisión médica. El proceso de revisión médica le permite a usted o a su médico solicitar a Tufts Medicare Preferred Access que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Consulte la sección *"¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred Access?"* en la página V para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

EC: Medicamento de cobertura mejorada (EC por sus siglas en inglés)

Este medicamento recetado no suele estar cubierto por un plan de medicamentos recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando surte una receta de este medicamento no cuenta para el costo total de sus medicamentos (es decir, la cantidad que paga no le ayuda a optar a la cobertura catastrófica). Además, si está recibiendo ayuda adicional para pagar sus recetas, no obtendrá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento.

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

Este medicamento recetado puede estar cubierto según sus beneficios médicos. Es posible que algunos medicamentos de Part B necesiten un 20 % de coaseguro. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred Access al **1-866-623-0172** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o visite **www.thpmp.org**.

PA: Se requiere autorización previa

El proceso de autorización previa fomenta que se receten en forma racional los medicamentos que impliquen inquietudes importantes financieras o de seguridad. Un proveedor puede presentar una solicitud de cobertura según la necesidad médica de un miembro por un medicamento en especial. Si se aprueba, el miembro paga el copago asignado al nivel. Hay un proceso de apelación para solicitudes denegadas.

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

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

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

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

Los miembros que toman actualmente medicamentos que cumplen los criterios iniciales para una terapia escalonada podrán surtir de forma automática sus recetas de medicamentos escalonados. Si el miembro no cumple los criterios iniciales para una terapia escalonada, se rechazará la receta en el punto de venta con un mensaje que indicará que se requiere una autorización previa (PA). Los médicos pueden presentar solicitudes de autorización previa a Tufts Medicare Preferred Access para los miembros que no cumplen los criterios de terapia escalonada en el punto de venta según el proceso de revisión médica. El proceso de revisión médica le permite a usted o a su médico solicitar a Tufts Medicare Preferred Access que haga una

excepción a nuestras reglas de cobertura. Consulte la sección *"¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred Access?"* en la página V para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

ST NSO: La autorización previa de 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.

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

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

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

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

Farmacia especializada Optum: **1-844-265-1705**

Cobertura adicional

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

- Tiras reactivas OneTouch
- Medidores OneTouch (cantidad límite: 1 medidor por 180 días)
- Los monitores continuos de glucosa (CGM) terapéuticos cubiertos incluyen los productos Dexcom y FreeStyle Libre que Medicare considera equipos médicos duraderos (DME por sus siglas en inglés) (se requiere autorización previa).

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

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

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

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

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Medicare Preferred Access		
Nota: Los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 incluyen una cobertura mejorada de determinados medicamentos, tales como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil (ED por sus siglas en inglés) y vitaminas.	• No hay deducible para Tufts Medicare Preferred Access. • Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los $5,030. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D. • Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y otras farmacias de pedido por correo.		
Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia preferida			
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	$0	$0	$0
Nivel 2 (Genérico)	$4	$8	$12
Nivel 3 (Marca preferida)	$47 (insulina: $35)	$94 (insulina: $70)	$141 (insulina: $105)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	$100 (insulina: $35)	$200 (insulina: $70)	$300 (insulina: $105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33 % del costo	N/A	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	$0	N/A	N/A
Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia no preferida			
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	$14	$28	$42
Nivel 2 (Genérico)	$19	$38	$57
Nivel 3 (Marca preferida)	$47 (insulina: $35)	$94 (insulina: $70)	$141 (insulina: $105)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	$100 (insulina: $35)	$200 (insulina: $70)	$300 (insulina: $105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33 % del costo	N/A	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	$0	N/A	N/A
Costos compartidos de farmacia de pedido por correo			
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	$0	$0	$0
Nivel 2 (Genérico)	$4	$8	$8
Nivel 3 (Marca preferida)	$47 (insulina: $35)	$94 (insulina: $70)	$94 (insulina: $70)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	$100 (insulina: $35)	$200 (insulina: $70)	$300 (insulina: $105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33 % del costo	N/A	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	N/A	N/A	N/A
	Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista preferida. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red. Durante este período, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.		

Beneficios de medicamentos recetados: Período sin cobertura	Tufts Medicare Preferred Access
	La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (que también se denomina "brecha de cobertura"). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (que incluye lo que ha pagado nuestro plan y lo que ha pagado usted) alcanza los $5,030. Después de que haya ingresado al período sin cobertura, usted paga $35 por un suministro para 30 días de insulina cubierta y no paga nada por los medicamentos de vacunas cubiertos de Nivel 6 obtenidos en una farmacia minorista, paga el 25 % del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25 % del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen un total de $8,000, que es el fin del período sin cobertura. No todos ingresarán al período sin cobertura.

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura catastrófica	Tufts Medicare Preferred Access
	Después de que sus desembolsos anuales para medicamentos (entre los que se incluyen los medicamentos adquiridos en una farmacia minorista y a través de pedido por correo) alcancen los $8,000, usted no paga nada. Durante este período de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de Part D.

Tabla de contenidos

Agentes antiinfecciosos 2
Agentes antineoplásicos 9
Agentes de piel y membranas mucosas 16
Agentes del sistema nervioso central 16
Agentes del tracto respiratorio 27
Agentes para la piel y las membranas mucosas 30
Agentes terapéuticos variados 30
Agentes terapéuticos varios 31
Anestésicos locales 35
Antagonistas de metales pesados 35
Antihistamínicos 35
Antitoxinas, inmunoglobulinas, toxoides y vacunas 36
Blood Formation,Coagulation & Thrombosis 37
Componentes dorados 39
Enzimas 39
Equilibrio de agua, electrolítico y calórico 39
Hormonas y sustitutos sintéticos 42
Hormones and Synthetic Substitutes 49
Medicamentos autónomos 50
Medicamentos cardiovasculares 52
Medicamentos gastrointestinales 56
Preparaciones para ojos, oídos, nariz y garganta 58
Recursos 61
Relajantes musculares suaves 62
Skin and Mucous Membrane Preparations 63
Vitamina 67
Vitaminas 67

ID de formulario: 24517, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antiinfecciosos		
Antibacterianos		
amikacin sulfate inj 1gm/4ml, 500mg/2ml	4	HI
amoxicillin/clavulanate potassium	2	
amoxicillin/clavulanate potassium er	2	
amoxicillin chew 125mg, 250mg	1	
amoxicillin caps, susr, tabs	1	
ampicillin sodium inj	4	HI
ampicillin-sulbactam inj 10gm; 5gm, 1gm; 0.5gm	4	HI
ampicillin/sulbactam inj 2gm; 1gm	4	HI
ampicillin caps 500mg	1	
ARIKAYCE	5	PA; NEDS
AUGMENTIN SUSR 125MG/5ML; 31.25MG/5ML	4	
AVYCAZ	5	NEDS; HI
azithromycin tabs	1	
azithromycin pack, susr	2	
azithromycin inj 500mg	2	HI
aztreonam inj 1gm	2	HI
aztreonam inj 2gm	5	NEDS; HI
BAXDELA TABS	5	NEDS
BICILLIN C-R INJ 300000UNIT/ML; 300000UNIT/ML, 900000UNIT/2ML; 300000UNIT/2ML	3	
BICILLIN L-A INJ 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	3	
CAYSTON	5	PA; NEDS
cefaclor caps	2	
cefaclor susr 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml	2	
cefadroxil caps	1	
cefadroxil susr, tabs	2	
cefazolin sodium/dextrose inj 1gm; 4%, 2gm; 3%	2	HI
cefazolin sodium inj 10gm, 1gm/50ml; 4%, 1gm, 2gm, 500mg	2	HI
cefazolin inj 2gm/100ml; 4%, 2gm, 3gm	2	HI
cefdinir	2	
cefepime	4	HI
cefepime hydrochloride inj 2gm	4	HI
cefepime/dextrose	4	HI
cefixime	3	
cefotetan inj 1gm, 2gm	2	HI
cefoxitin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm	2	HI
cefpodoxime proxetil susr	3	
cefpodoxime proxetil tabs 100mg	2	
cefpodoxime proxetil tabs 200mg	3	
cefprozil	2	
ceftazidime inj 1gm, 2gm, 6gm	4	HI

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ceftriaxone in iso-osmotic dextrose	2	HI
ceftriaxone sodium inj 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg	4	HI
ceftriaxone/dextrose inj 1gm; 3.74%	2	HI
cefuroxime axetil tabs	2	
cefuroxime sodium inj 1.5gm, 750mg	2	HI
cephalexin caps	1	
cephalexin susr, tabs	2	
ciprofloxacin hcl tabs 100mg, 750mg	1	
ciprofloxacin hydrochloride tabs 250mg, 500mg	1	
ciprofloxacin i.v.-in d5w	2	HI
ciprofloxacin susr 500mg/5ml, 5gm/100ml	4	
clarithromycin er	3	
clarithromycin tabs	2	
clarithromycin susr	3	
clindamycin hcl caps 300mg	1	
clindamycin hydrochloride caps 150mg, 75mg	1	
clindamycin palmitate hydrochloride	3	
clindamycin phosphate/dextrose	2	HI
clindamycin phosphate inj 300mg/2ml, 600mg/4ml, 9000mg/60ml, 900mg/6ml	2	HI
colistimethate sodium inj	5	NEDS; HI
DALVANCE	3	HI
daptomycin	5	HI
daptomycin/sodium chloride	4	HI
demeclocycline hcl tabs	4	
dicloxacillin sodium	3	
DIFICID	5	NEDS
DOXY 100	3	HI
doxycycline	3	
doxycycline hyclate dr tbec 100mg, 150mg, 200mg, 50mg, 75mg	3	
doxycycline hyclate caps 50mg	1	
doxycycline hyclate caps 100mg	2	
doxycycline hyclate tabs	2	
doxycycline hyclate inj	3	HI
doxycycline monohydrate caps, tabs	1	
ertapenem	4	HI
ertapenem sodium	4	HI
erythromycin base tabs	3	
erythromycin dr	3	
erythromycin ethylsuccinate susr, tabs	2	
erythromycin cpep 250mg	2	
FIRVANQ	4	
gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride inj 1.2mg/ml; 0.9%, 1.6mg/ml; 0.9%, 1mg/ml; 0.9%, 2mg/ml; 0.9%	2	HI

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
gentamicin sulfate inj 40mg/ml	4	HI
imipenem/cilastatin	2	HI
isotonic gentamicin inj 0.8mg/ml; 0.9%	2	HI
levofloxacin in d5w	2	HI
levofloxacin inj 25mg/ml	2	HI
levofloxacin oral soln 25mg/ml	3	
levofloxacin tabs 250mg, 500mg, 750mg	1	
linezolid tabs	4	
linezolid susr	5	NEDS
linezolid inj 600mg/300ml	2	HI
meropenem	4	HI
minocycline hcl caps 75mg	2	
minocycline hcl tabs	4	
minocycline hydrochloride caps 100mg, 50mg	2	
mondoxyne nl caps 100mg	1	
moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride	2	HI
moxifloxacin hydrochloride tabs 400mg	2	
nafcillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm	2	HI
neomycin sulfate tabs	1	
NUZYRA TABS	5	NEDS
ofloxacin tabs 300mg, 400mg	2	
oxacillin sodium inj 1.5gm/50ml; 1gm/50ml, 10gm, 1gm, 2gm, 300mg/50ml; 2gm/50ml	2	HI
penicillin g potassium in iso-osmotic dextrose	2	HI
penicillin g potassium inj 20000000unit, 5000000unit	4	HI
penicillin g sodium	5	NEDS; HI
penicillin v potassium	1	
piperacillin sodium/tazobactam sodium	4	HI
SIVEXTRO TABS	5	NEDS
streptomycin sulfate inj 1gm	2	
sulfadiazine tabs	2	
sulfamethoxazole/trimethoprim ds	1	
sulfamethoxazole/trimethoprim tabs	1	
sulfamethoxazole/trimethoprim susp	2	
sulfasalazine tabs, tbec	2	
SUPRAX CHEW	4	
SUPRAX SUSR 500MG/5ML	4	
tazicef inj 1gm, 2gm, 6gm	4	HI
TEFLARO	5	NEDS; HI
tetracycline hydrochloride caps	3	
TOBI PODHALER	5	NEDS; SP-Optum Specialty
tobramycin sulfate inj 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	2	HI

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
tobramycin nebu 300mg/4ml, 300mg/5ml	5	PA BvD; NEDS; SP-Optum Specialty
vancomycin hcl inj 0.9%; 1gm/200ml	2	HI
vancomycin hcl inj 100gm, 10gm	4	HI
vancomycin hydrochloride caps	3	
vancomycin hydrochloride oral solr	4	
vancomycin hydrochloride inj 1.25gm, 1.5gm, 1gm, 500mg, 5gm, 750mg	4	HI
vancomycin inj 0.9%; 500mg/100ml, 0.9%; 750mg/150ml	2	HI
VIBRAMYCIN SYRP	4	
XENLETA TABS	5	NEDS
XIFAXAN TABS 200MG	4	
XIFAXAN TABS 550MG	5	PA; NEDS
ZERBAXA	5	NEDS; HI
ZOSYN INJ 1GM/50ML; 2GM/50ML; 0.25GM/50ML, 5%; 3GM/50ML; 0.375GM/50ML, 5%; 4GM/100ML; 0.5GM/100ML	3	HI
Antihelmínticos		
albendazole tabs	5	NEDS
ivermectin tabs 3mg	2	
praziquantel tabs	3	
Antiinfecciosos urinarios		
fosfomycin tromethamine	3	
methenamine hippurate	3	
methenamine mandelate tabs 0.5gm, 1gm	2	
nitrofurantoin macrocrystals	2	
nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals	2	
trimethoprim tabs	1	
Antimicobacterianos		
dapsone tabs	4	
ethambutol hydrochloride	3	
isoniazid tabs	1	
isoniazid syrp	2	
PASER	4	
PRIFTIN	3	
pyrazinamide tabs	4	
rifabutin	3	
rifampin inj	2	
rifampin caps	3	
SIRTURO	5	PA; NEDS
TRECATOR	4	
Antimicóticos		
ABELCET	4	PA
amphotericin b liposome	5	PA; NEDS
amphotericin b inj	2	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
caspofungin acetate inj 70mg	4	
caspofungin acetate inj 50mg	5	NEDS
fluconazole in sodium chloride	2	
fluconazole susr, tabs	2	
flucytosine caps	5	NEDS
griseofulvin microsize susp	2	
griseofulvin microsize tabs	3	
griseofulvin ultramicrosize tabs 125mg, 250mg	3	
itraconazole caps	2	
itraconazole soln	3	
ketoconazole tabs 200mg	2	
micafungin inj 100mg	3	
micafungin inj 50mg	5	NEDS
NOXAFIL PACK, SUSP	5	NEDS
nystatin susp 100000unit/ml	2	
nystatin tabs 500000unit	2	
posaconazole dr	5	NEDS
posaconazole susp	5	NEDS
terbinafine hcl tabs	1	QL(42 EA por 42 días)
voriconazole tabs	4	
voriconazole susr	5	NEDS
voriconazole inj	5	PA; NEDS
Antiprotozoarios		
atovaquone/proguanil hcl	4	
atovaquone susp	5	NEDS
BENZNIDAZOLE	4	
chloroquine phosphate tabs	2	
COARTEM	3	QL(24 EA por 3 días)
hydroxychloroquine sulfate tabs 200mg	2	
IMPAVIDO	5	NEDS
mefloquine hcl	2	
metronidazole caps 375mg	2	
metronidazole inj 500mg/100ml	2	HI
metronidazole tabs 250mg, 500mg	2	
nitazoxanide tabs	3	
paromomycin sulfate caps	2	
pentamidine isethionate inj	3	
pentamidine isethionate inhalation solr	3	PA BvD
primaquine phosphate tabs	2	
pyrimethamine tabs	5	
quinine sulfate caps 324mg	4	PA
SOLOSEC	4	
tinidazole tabs	2	
Antivirales		
abacavir	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
abacavir sulfate/lamivudine	3	
abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine	5	NEDS
acyclovir sodium inj 50mg/ml	4	PA
acyclovir caps 200mg	1	
acyclovir susp 200mg/5ml	3	
acyclovir tabs 400mg, 800mg	2	
adefovir dipivoxil	4	
APTIVUS CAPS	5	NEDS
atazanavir	4	
atazanavir sulfate caps 300mg	4	
BIKTARVY	5	NEDS
cidofovir	5	NEDS
CIMDUO	5	NEDS
COMPLERA	5	NEDS
darunavir	5	NEDS
DELSTRIGO	3	
DESCOVY	5	NEDS
DOVATO	5	NEDS
EDURANT	5	NEDS
efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate	5	NEDS
efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate	5	NEDS
efavirenz caps	3	
efavirenz tabs	4	
emtricitabine	3	
emtricitabine/tenofovir disoproxil	5	NEDS
emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg; 300mg	4	
emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg; 150mg, 133mg; 200mg	5	NEDS
EMTRIVA SOLN	3	
entecavir	4	
EPCLUSA	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
etravirine tabs 100mg	3	
etravirine tabs 200mg	5	NEDS
EVOTAZ	5	NEDS
famciclovir tabs	3	
fosamprenavir calcium	5	NEDS
FUZEON	5	NEDS
GENVOYA	5	NEDS
HARVONI PACK	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HARVONI TABS 90MG; 400MG	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
INTELENCE TABS 25MG	3	

Puede 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
ISENTRESS HD	5	QL(60 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS PACK	3	
ISENTRESS TABS	5	QL(120 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS CHEW 25MG	3	QL(720 EA por 30 días)
ISENTRESS CHEW 100MG	5	QL(180 EA por 30 días); NEDS
JULUCA	5	NEDS
LAGEVRIO	3	QL(40 EA por 5 días)
lamivudine	2	
lamivudine/zidovudine	4	
LEXIVA SUSP	3	
LIVTENCITY	5	PA; NEDS
lopinavir/ritonavir soln	3	
lopinavir/ritonavir tabs 100mg; 25mg	3	
lopinavir/ritonavir tabs 200mg; 50mg	4	
maraviroc tabs 300mg	5	QL(120 EA por 30 días); NEDS
maraviroc tabs 150mg	5	QL(60 EA por 30 días); NEDS
MAVYRET	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
nevirapine	2	
nevirapine er	2	
NORVIR PACK, SOLN	3	
ODEFSEY	5	NEDS
oseltamivir phosphate caps, susr	1	
PAXLOVID TBPK 150MG; 100MG	3	QL(20 EA por 5 días); $0 Copay
PAXLOVID TBPK 150MG; 100MG	3	QL(30 EA por 5 días); $0 Copay
PEGASYS	5	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP-Optum Specialty
PIFELTRO	5	NEDS
PREVYMIS TABS	5	PA; NEDS
PREZCOBIX	5	NEDS
PREZISTA SUSP	5	NEDS
PREZISTA TABS 75MG	4	
PREZISTA TABS 150MG, 600MG, 800MG	5	NEDS
RELENZA DISKHALER	3	
REYATAZ PACK	5	NEDS
ribavirin caps	2	SP-Optum Specialty
ribavirin tabs 200mg	2	SP-Optum Specialty

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
rimantadine hydrochloride	2	
ritonavir	3	
RUKOBIA	5	NEDS
SELZENTRY SOLN	3	QL(1800 ML por 30 días)
SELZENTRY TABS 25MG	4	
SELZENTRY TABS 75MG	5	NEDS
STRIBILD	5	NEDS
SUNLENCA TBPK	5	NEDS
SYMTUZA	5	NEDS
TEMIXYS	5	NEDS
tenofovir disoproxil fumarate	3	
TIVICAY PD	4	
TIVICAY TABS 10MG	3	
TIVICAY TABS 25MG, 50MG	5	NEDS
TRIUMEQ	5	NEDS
TRIUMEQ PD	5	NEDS
TRIZIVIR	5	NEDS
valacyclovir hydrochloride tabs 500mg	2	
valacyclovir hydrochloride tabs 1gm	3	
valganciclovir	3	
valganciclovir hydrochloride	5	NEDS
VEMLIDY	5	NEDS
VIRACEPT TABS 250MG	3	
VIRACEPT TABS 625MG	5	NEDS
VIREAD POWD	5	NEDS
VIREAD TABS 150MG, 200MG, 250MG	5	NEDS
VOSEVI	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XOFLUZA TBPK 40MG, 80MG	3	QL(1 EA por 7 días)
XOFLUZA TBPK 20MG	3	QL(2 EA por 7 días)
zidovudine	2	
Agentes antineoplásicos		
Agentes antineoplásicos		
abiraterone acetate	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
AKEEGA	5	PA NSO; NEDS
ALECENSA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ALUNBRIG	5	PA NSO; NEDS
AUGTYRO	5	PA NSO; NEDS
AYVAKIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BALVERSA	5	PA NSO; NEDS
BESREMI	5	PA NSO; NEDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
bexarotene caps 75mg	5	NEDS; SP-Optum Specialty
bicalutamide	2	
bortezomib inj 1mg, 2.5mg	4	
bortezomib inj 3.5mg/1.4ml, 3.5mg	5	NEDS
BOSULIF CAPS 50MG	5	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPS 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BOSULIF TABS 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BOSULIF TABS 400MG, 500MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BRAFTOVI	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BRUKINSA	5	PA NSO; NEDS
CABOMETYX	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
CALQUENCE TABS	5	PA NSO; NEDS
CALQUENCE CAPS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
CAPRELSA TABS 300MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
CAPRELSA TABS 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
COMETRIQ	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
COPIKTRA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
COTELLIC	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
cyclophosphamide tabs	3	PA BvD
cyclophosphamide caps	3	PA BvD; SP-Optum Specialty
DARZALEX	5	NEDS
DAURISMO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
docetaxel	4	
DROXIA	3	
EMCYT	3	
ERIVEDGE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ERLEADA TABS 240MG	5	PA NSO; NEDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ERLEADA TABS 60MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
erlotinib hydrochloride tabs 150mg, 25mg	5	QL(30 EA por 30 días); NEDS; SP-Optum Specialty
erlotinib hydrochloride tabs 100mg	5	QL(90 EA por 30 días); NEDS; SP-Optum Specialty
everolimus tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
everolimus tbso 2mg, 3mg, 5mg	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
EXKIVITY	5	PA NSO; NEDS
flutamide	2	
FOTIVDA	5	PA NSO; NEDS
FRUZAQLA	5	PA NSO; NEDS
GAVRETO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
gefitinib	5	PA NSO; NEDS
GILOTRIF	5	PA NSO; NEDS
GLEOSTINE	4	
hydroxyurea	2	
IBRANCE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ICLUSIG	5	PA NSO; NEDS
IDHIFA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
imatinib mesylate	5	NEDS; SP-Optum Specialty
IMBRUVICA SUSP	5	PA NSO; NEDS
IMBRUVICA CAPS, TABS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INLYTA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INQOVI	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INREBIC	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INTRON A	3	SP-Optum Specialty
IRESSA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
IWILFIN	5	PA NSO; NEDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
JAKAFI	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
JAYPIRCA	5	PA NSO; NEDS
JYLAMVO	4	PA BvD
KISQALI	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KOSELUGO	5	PA NSO; NEDS
KRAZATI	5	PA NSO; NEDS
KYPROLIS	5	NEDS
lapatinib ditosylate	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
lenalidomide caps 2.5mg, 20mg	5	PA NSO; NEDS
lenalidomide caps 10mg, 15mg, 25mg, 5mg	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LEUKERAN	3	
LONSURF	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LORBRENA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LUMAKRAS TABS 320MG	5	PA NSO; NEDS
LUMAKRAS TABS 120MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYNPARZA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYSODREN	3	
LYTGOBI	5	PA NSO; NEDS
MATULANE	5	NEDS
MEKINIST SOLR	5	PA NSO; NEDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
MEKINIST TABS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
MEKTOVI	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
mercaptopurine	2	
methotrexate	2	PA BvD
methotrexate sodium	2	PA BvD
NERLYNX	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
nilutamide	5	NEDS
NINLARO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
NUBEQA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ODOMZO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
OGSIVEO	5	PA NSO; NEDS
OJJAARA	5	PA NSO; NEDS
ONUREG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
OPDIVO	5	NEDS
ORSERDU	5	PA NSO; NEDS
paclitaxel	2	
pazopanib hydrochloride	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
PEMAZYRE	5	PA NSO; NEDS
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
POMALYST	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PURIXAN	5	NEDS
QINLOCK	5	PA NSO; NEDS
RETEVMO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
REVLIMID	5	PA NSO; NEDS
REZLIDHIA	5	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK PACK	5	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK CAPS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RUBRACA	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RYDAPT	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
SCEMBLIX	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
sorafenib	5	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
sorafenib tosylate	5	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
SPRYCEL	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
STIVARGA	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
sunitinib malate	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
SYNRIBO	5	NEDS
TABLOID	3	SP-Optum Specialty
TABRECTA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAFINLAR TBSO	5	PA NSO; NEDS
TAFINLAR CAPS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAGRISSO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TALZENNA CAPS 0.1MG, 0.35MG	5	PA NSO; NEDS
TALZENNA CAPS 0.25MG, 0.5MG, 0.75MG, 1MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TASIGNA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAZVERIK	5	PA NSO; NEDS
TEPMETKO	5	PA NSO; NEDS
TIBSOVO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
tretinoin caps 10mg	5	NEDS; SP-Optum Specialty
TREXALL	4	PA BvD
TRUQAP	5	PA NSO; NEDS
TRUSELTIQ	5	PA NSO; NEDS
TUKYSA	5	PA NSO; NEDS
TURALIO	5	PA NSO; NEDS
VANFLYTA	5	PA NSO; NEDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 10MG, 50MG	3	PA NSO; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 100MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VERZENIO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VITRAKVI	5	PA NSO; NEDS
VIZIMPRO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VONJO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VOTRIENT	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
WELIREG	5	PA NSO; NEDS
XALKORI CPSP	5	PA NSO; NEDS
XALKORI CAPS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XATMEP	4	PA BvD
XOSPATA	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO; NEDS
XTANDI	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
YERVOY	5	NEDS
YONSA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZEJULA TABS	5	PA NSO; NEDS
ZEJULA CAPS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZELBORAF	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZOLINZA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZYDELIG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZYKADIA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes de piel y membranas mucosas		
Agentes antiinflamatorios		
CORTIFOAM	4	
fluocinolone acetonide topical	4	
kourzeq	2	
Agentes de la membrana mucosa y de la piel, varios		
nitroglycerin oint 0.4%	4	QL(30 GM por 30 días)
podofilox gel 0.5%	4	
Antiinfecciosos		
klayesta	2	
naftifine hydrochloride gel 1%	3	
Antipruriginosos y Anestésicos Locales		
glydo	2	QL(100 ML por 30 días)
lidocaine hcl jelly	2	QL(100 ML por 30 días)
lidocaine hcl prsy 2%	2	QL(100 ML por 30 días)
lidocaine hydrochloride prsy 2%	2	QL(100 ML por 30 días)
PROCTOFOAM HC	4	
Agentes del sistema nervioso central		
Agentes anorexígenos y estimulantes respiratorios y del sistema nervioso central (CNS)		
amphetamine/dextroamphetamine	3	
armodafinil	3	PA
dexmethylphenidate hcl er cp24 20mg, 35mg	3	
dexmethylphenidate hcl tabs 10mg, 5mg	2	
dexmethylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 15mg, 30mg, 40mg, 5mg	3	
dexmethylphenidate hydrochloride cp24	3	
dexmethylphenidate hydrochloride tabs 2.5mg	2	
dextroamphetamine sulfate er	3	
dextroamphetamine sulfate tabs 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg	3	
lisdexamfetamine dimesylate	3	PA
methamphetamine hcl	2	PA
methylphenidate hydrochloride cd cpcr 10mg, 20mg, 30mg, 50mg, 60mg	3	
methylphenidate hydrochloride er (la)	3	
methylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	3	
methylphenidate hydrochloride er cpcr 40mg	3	
methylphenidate hydrochloride er tbcr	3	
methylphenidate hydrochloride er tb24 18mg	3	
methylphenidate hydrochloride soln, tabs	2	
methylphenidate hydrochloride chew	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
modafinil tabs	2	PA
SUNOSI	4	PA
VYVANSE	4	PA
Agentes antijaquecosos		
AIMOVIG	3	QL(1 ML por 30 días); PA
almotriptan	4	
eletriptan hydrobromide	3	
EMGALITY INJ 120MG/ML	3	QL(2 ML por 30 días); PA
EMGALITY INJ 100MG/ML	3	QL(3 ML por 30 días); PA
frovatriptan succinate	4	
naratriptan hcl	4	
NURTEC	4	PA
rizatriptan benzoate	2	
rizatriptan benzoate odt	2	
sumatriptan succinate refill inj 6mg/0.5ml	3	
sumatriptan succinate tabs	2	
sumatriptan succinate inj 6mg/0.5ml	3	
sumatriptan succinate inj 4mg/0.5ml, 6mg/0.5ml	4	
sumatriptan soln	3	
UBRELVY	4	PA
zolmitriptan odt	2	
zolmitriptan tabs	4	
zolmitriptan soln 5mg	3	
Agentes antimaníacos		
lithium	1	
lithium carbonate er	1	
lithium carbonate caps, tabs	1	
Agentes antiparkinsonianos		
amantadine hcl caps, soln, tabs	2	
benztropine mesylate tabs	1	
bromocriptine mesylate caps, tabs	3	
cabergoline	2	
carbidopa/levodopa	2	
carbidopa/levodopa er	2	
carbidopa/levodopa odt	2	
carbidopa/levodopa/entacapone	3	
carbidopa tabs	2	
EMSAM	5	ST NSO; NEDS
entacapone	2	
GOCOVRI	4	PA
INBRIJA	5	NEDS
KYNMOBI	5	NEDS
NEUPRO	4	QL(30 EA por 30 días)
ONGENTYS	4	
pramipexole dihydrochloride	1	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
pramipexole dihydrochloride er	4	
rasagiline mesylate tabs	4	
ropinirole er	2	
ropinirole hcl tabs 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg	1	
ropinirole hydrochloride tabs 0.25mg, 3mg	1	
RYTARY	4	
selegiline hcl caps	2	
selegiline hcl tabs	3	
trihexyphenidyl hcl soln	1	
trihexyphenidyl hydrochloride	1	
Agentes de fibromialgia		
SAVELLA	3	
SAVELLA TITRATION PACK	3	
Agentes del sistema nervioso central, varios		
acamprosate calcium dr	2	
atomoxetine hydrochloride caps 10mg, 25mg	4	QL(60 EA por 30 días)
atomoxetine caps 100mg, 80mg	4	QL(30 EA por 30 días)
atomoxetine caps 18mg, 40mg, 60mg	4	QL(60 EA por 30 días)
EXSERVAN	5	NEDS
guanfacine er tb24 2mg	3	QL(90 EA por 90 días)
guanfacine hydrochloride tb24 1mg, 3mg, 4mg	3	QL(90 EA por 90 días)
memantine hcl titration pak	2	
memantine hydrochloride er	3	
memantine hydrochloride tabs	2	
memantine hydrochloride soln	3	
NAMZARIC	3	
NOURIANZ	5	QL(30 EA por 30 días); NEDS
NUEDEXTA	3	PA
RADICAVA ORS	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RADICAVA ORS STARTER KIT	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RELYVRIO	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
riluzole	3	
sodium oxybate	5	PA; NEDS
Agentes psicoterapéuticos		
ABILIFY ASIMTUFII	5	NEDS
ABILIFY MAINTENA	5	NEDS
ABILIFY MYCITE	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
amitriptyline hcl tabs 100mg, 150mg, 25mg, 75mg	2	
amitriptyline hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 50mg	2	
amoxapine	2	
APLENZIN TB24 174MG, 348MG	4	ST NSO
APLENZIN TB24 522MG	5	ST NSO; NEDS
aripiprazole	3	
aripiprazole odt	3	
ARISTADA	5	NEDS
ARISTADA INITIO	5	NEDS
asenapine maleate sl	3	ST NSO
AUVELITY	4	
bupropion hcl tabs 100mg	2	
bupropion hydrochloride er (sr)	2	
bupropion hydrochloride er (xl)	2	
bupropion hydrochloride tabs 75mg	2	
CAPLYTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
chlordiazepoxide/amitriptyline	2	
chlorpromazine hcl tabs	4	
chlorpromazine hydrochloride conc, tabs	4	
citalopram hydrobromide tabs	1	
citalopram hydrobromide caps, soln	3	
clomipramine hydrochloride	3	
clozapine odt	2	
clozapine tabs 100mg, 200mg, 25mg, 50mg	2	
desipramine hydrochloride	2	
desvenlafaxine er	2	
doxepin hcl caps 75mg	3	
doxepin hcl conc	2	
doxepin hydrochloride caps 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg	3	
doxepin hydrochloride tabs 3mg, 6mg	4	QL(30 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20MG, 60MG	4	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 30MG, 40MG	4	QL(90 EA por 30 días)
duloxetine hcl cpep 40mg	4	QL(90 EA por 30 días)
duloxetine hydrochloride cpep 20mg, 60mg	2	QL(60 EA por 30 días)
duloxetine hydrochloride cpep 30mg	2	QL(90 EA por 30 días)
escitalopram oxalate tabs	1	
escitalopram oxalate soln	4	
FANAPT	4	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK	4	ST NSO
FETZIMA	4	ST NSO
FETZIMA TITRATION PACK	4	ST NSO

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
fluoxetine dr	1	
fluoxetine hydrochloride caps	1	
fluoxetine hydrochloride soln	3	
fluoxetine hydrochloride tabs	4	
fluphenazine decanoate inj	3	
fluphenazine hcl conc, inj	2	
fluphenazine hcl tabs 1mg	3	
fluphenazine hydrochloride elix	2	
fluphenazine hydrochloride tabs 10mg, 2.5mg, 5mg	3	
fluvoxamine maleate	2	
fluvoxamine maleate er	4	
haloperidol decanoate inj	2	
haloperidol lactate	2	
haloperidol conc, tabs	1	
imipramine hcl tabs 25mg, 50mg	2	
imipramine hydrochloride tabs 10mg	2	
imipramine pamoate	4	
INVEGA HAFYERA	5	NEDS
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	4	
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	5	NEDS
INVEGA TRINZA	5	NEDS
loxapine	2	
lurasidone hydrochloride tabs 120mg, 20mg, 40mg, 60mg	4	QL(30 EA por 30 días)
lurasidone hydrochloride tabs 80mg	4	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI	5	PA NSO; NEDS
MARPLAN	4	
mirtazapine odt	2	
mirtazapine tabs	2	
molindone hydrochloride	3	
nefazodone hydrochloride	2	
nortriptyline hcl caps 25mg, 75mg	1	
nortriptyline hcl soln	1	
nortriptyline hydrochloride caps 10mg, 50mg	1	
NUPLAZID CAPS	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
NUPLAZID TABS 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
olanzapine	2	
olanzapine odt	2	
olanzapine/fluoxetine	2	
paliperidone er	4	
paroxetine	1	
paroxetine hcl er	4	
paroxetine hcl tabs 30mg, 40mg	1	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
paroxetine hydrochloride susp	3	
paroxetine hydrochloride tabs 10mg, 20mg	1	
perphenazine/amitriptyline	3	
perphenazine tabs	2	
PERSERIS	5	NEDS
phenelzine sulfate tabs	2	
pimozide	4	
prochlorperazine edisylate inj 10mg/2ml, 50mg/10ml	2	
prochlorperazine maleate tabs	1	
prochlorperazine supp 25mg	3	
protriptyline hcl	3	
quetiapine fumarate er	3	
quetiapine fumarate tabs 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg	2	
quetiapine fumarate tabs 25mg, 50mg	2	QL(60 EA por 30 días)
REXULTI	5	NEDS
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG	4	
RISPERDAL CONSTA INJ 25MG, 37.5MG, 50MG	5	NEDS
risperidone er inj 12.5mg	4	
risperidone er inj 25mg, 37.5mg, 50mg	5	NEDS
risperidone odt	2	
risperidone tabs	1	
risperidone soln	2	
SECUADO	5	NEDS
sertraline hcl conc	2	
sertraline hcl tabs 50mg	1	
sertraline hydrochloride tabs 100mg, 25mg	1	
thioridazine hcl tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
thiothixene caps 10mg, 1mg, 2mg, 5mg	3	
tranylcypromine sulfate	2	
trazodone hydrochloride	1	
trifluoperazine hcl tabs 10mg, 2mg, 5mg	2	
trifluoperazine hydrochloride tabs 1mg	2	
trimipramine maleate caps	2	
TRINTELLIX	4	
venlafaxine besylate er	2	
venlafaxine hcl er tb24 37.5mg	3	
venlafaxine hydrochloride	2	
venlafaxine hydrochloride er cp24	2	
venlafaxine hydrochloride er tb24	3	
VERSACLOZ	5	NEDS
VIIBRYD STARTER PACK	4	
vilazodone hydrochloride	3	
VRAYLAR CPPK	4	
VRAYLAR CAPS	5	NEDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ziprasidone hcl	2	
ziprasidone mesylate	3	
ZURZUVAE CAPS 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
ZURZUVAE CAPS 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	3	
ZYPREXA RELPREVV INJ 300MG, 405MG	5	NEDS
Analgésicos y antipiréticos		
acetaminophen/codeine tabs	2	QL(240 EA por 30 días)
acetaminophen/codeine soln	2	QL(3600 ML por 30 días)
BELBUCA	4	QL(60 EA por 30 días)
buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 2mg; 0.5mg	2	QL(360 EA por 30 días)
buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 8mg; 2mg	2	QL(90 EA por 30 días)
buprenorphine hcl subl 2mg	2	QL(360 EA por 30 días)
buprenorphine hcl subl 8mg	2	QL(90 EA por 30 días)
buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 4mg; 1mg	2	QL(180 EA por 30 días)
buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg	2	QL(360 EA por 30 días)
buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 8mg; 2mg	2	QL(90 EA por 30 días)
buprenorphine ptwk	3	QL(4 EA por 28 días)
butorphanol tartrate soln	3	QL(7.5 ML por 30 días)
celecoxib caps 100mg, 200mg, 50mg	2	
celecoxib caps 400mg	3	
codeine sulfate tabs	3	QL(180 EA por 30 días)
diclofenac epolamine	3	QL(60 EA por 30 días); PA
diclofenac potassium tabs 50mg	3	
diclofenac sodium dr	2	
diclofenac sodium er	2	
diclofenac sodium/misoprostol	4	
diflunisal tabs 500mg	3	
ec-naproxen tbec 500mg	2	
endocet tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg	3	QL(240 EA por 30 días)
etodolac er	3	
etodolac tabs	2	
etodolac caps	3	
fentanyl citrate oral transmucosal lpop 200mcg	4	QL(120 EA por 30 días); PA
fentanyl citrate oral transmucosal lpop 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
fentanyl citrate tabs	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
fentanyl pt72 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr	2	QL(10 EA por 30 días)
flurbiprofen tabs 100mg	2	
hydrocodone bitartrate er t24a	3	QL(60 EA por 30 días)
hydrocodone bitartrate/acetaminophen soln 325mg/15ml; 7.5mg/15ml	2	QL(3600 ML por 30 días)
hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 300mg; 10mg, 300mg; 5mg, 300mg; 7.5mg, 325mg; 10mg, 325mg; 5mg	2	QL(240 EA por 30 días)
hydrocodone/acetaminophen tabs 325mg; 7.5mg	2	QL(240 EA por 30 días)
hydrocodone/ibuprofen tabs 10mg; 200mg, 5mg; 200mg, 7.5mg; 200mg	2	QL(240 EA por 30 días)
hydromorphone hcl er tb24 12mg, 16mg, 8mg	3	QL(30 EA por 30 días)
hydromorphone hcl liqd	2	QL(1350 ML por 30 días)
hydromorphone hcl tabs 8mg	2	QL(120 EA por 30 días)
hydromorphone hcl tabs 2mg, 4mg	2	QL(240 EA por 30 días)
hydromorphone hydrochloride er tb24 32mg	3	QL(30 EA por 30 días)
ibu	1	
ibuprofen susp	2	
ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg	1	
indomethacin er	3	
indomethacin caps 25mg, 50mg	1	
ketoprofen er cp24 200mg	4	
ketoprofen caps 25mg, 50mg	2	
LAZANDA SOLN 400MCG/ACT	5	QL(15 EA por 30 días); PA; NEDS
LAZANDA SOLN 100MCG/ACT	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
levorphanol tartrate tabs	5	QL(240 EA por 30 días); NEDS
meclofenamate sodium caps	4	
mefenamic acid caps	4	
meloxicam tabs	1	
meloxicam caps	3	
methadone hcl tabs	2	QL(120 EA por 30 días)
methadone hcl soln 5mg/5ml	2	QL(1200 ML por 30 días)
methadone hcl soln 10mg/5ml	2	QL(600 ML por 30 días)
morphine sulfate er cp24	4	QL(60 EA por 30 días)
morphine sulfate er tbcr 15mg	2	QL(60 EA por 30 días)
morphine sulfate er tbcr 100mg, 200mg, 30mg, 60mg	3	QL(60 EA por 30 días)
morphine sulfate tabs	2	QL(180 EA por 30 días)
morphine sulfate soln 20mg/ml	2	QL(180 ML por 30 días)
morphine sulfate soln 10mg/5ml, 20mg/5ml	2	QL(900 ML por 30 días)
nabumetone tabs	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
naproxen sodium cr	4	
naproxen sodium er tb24 375mg	4	
naproxen sodium er tb24 500mg	5	NEDS
naproxen sodium tabs 275mg, 550mg	1	
naproxen sodium tb24 750mg	4	
naproxen tbec	2	
naproxen susp	3	
naproxen tabs 250mg, 375mg, 500mg	1	
oxaprozin tabs	4	
oxycodone hcl er t12a	3	QL(60 EA por 30 días)
oxycodone hydrochloride er t12a 10mg, 20mg	3	QL(60 EA por 30 días)
oxycodone hydrochloride conc	2	QL(120 ML por 30 días)
oxycodone hydrochloride caps	2	QL(240 EA por 30 días)
oxycodone hydrochloride soln	2	QL(2400 ML por 30 días)
oxycodone hydrochloride tabs 20mg, 30mg	2	QL(120 EA por 30 días)
oxycodone hydrochloride tabs 10mg, 15mg	2	QL(180 EA por 30 días)
oxycodone hydrochloride tabs 5mg	2	QL(240 EA por 30 días)
oxycodone/acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg	2	QL(240 EA por 30 días)
OXYCONTIN T12A	3	QL(60 EA por 30 días)
oxymorphone hydrochloride	2	QL(180 EA por 30 días)
oxymorphone hydrochloride er tb12 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg, 7.5mg	2	QL(60 EA por 30 días)
oxymorphone hydrochlorideer	2	QL(60 EA por 30 días)
piroxicam caps	3	
pregabalin er	3	
salsalate tabs	2	
SUBSYS	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
sulindac tabs	2	
tramadol hcl er cp24 100mg, 200mg, 300mg	2	QL(30 EA por 30 días)
tramadol hcl er tb24	3	QL(30 EA por 30 días)
tramadol hydrochloride er	3	QL(30 EA por 30 días)
tramadol hydrochloride/acetaminophen	2	QL(240 EA por 30 días)
tramadol hydrochloride tabs 50mg	1	QL(240 EA por 30 días)
tramadol hydrochloride tabs 100mg	2	QL(120 EA por 30 días)
Ansiolíticos, sedantes e hipnóticos		
alprazolam er	2	
alprazolam odt	3	
alprazolam tabs	1	
BELSOMRA	3	
buspirone hcl tabs 15mg	1	
buspirone hydrochloride tabs 10mg, 5mg	1	
buspirone hydrochloride tabs 30mg, 7.5mg	3	
clorazepate dipotassium tabs	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
DAYVIGO	4	
diazepam intensol	2	
diazepam rectal gel	2	
diazepam soln, tabs	2	
estazolam	2	
eszopiclone	3	
flurazepam hcl	2	
flurazepam hydrochloride	2	
HETLIOZ LQ	5	PA; NEDS
hydroxyzine hcl inj 25mg/ml	2	
hydroxyzine hcl tabs 50mg	2	
hydroxyzine hydrochloride syrp	2	
hydroxyzine hydrochloride tabs 10mg, 25mg	2	
hydroxyzine pamoate caps	2	
lorazepam intensol	2	
lorazepam tabs	1	
oxazepam	3	
phenobarbital elix 20mg/5ml	2	
phenobarbital tabs 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg	2	
ramelteon	3	QL(30 EA por 30 días)
tasimelteon	5	PA; NEDS
temazepam	2	
triazolam	2	
zaleplon	2	
zolpidem tartrate er	4	
zolpidem tartrate tabs	2	
zolpidem tartrate subl	3	
Antagonistas opiáceos		
naloxone hcl inj 2mg/2ml, 4mg/10ml	2	
naloxone hydrochloride liqd	3	QL(4 EA por 30 días)
naloxone hydrochloride inj 0.4mg/ml, 4mg/10ml	2	
naltrexone hcl tabs	2	
OPVEE	3	QL(4 EA por 30 días)
VIVITROL	5	NEDS
Anticonvulsivos		
APTIOM	4	
BRIVIACT SOLN, TABS	5	NEDS
carbamazepine er	3	
carbamazepine tabs	1	
carbamazepine chew	2	
carbamazepine susp	4	
CELONTIN CAPS 300MG	4	
clobazam susp	3	
clobazam tabs	3	QL(60 EA por 30 días)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
clonazepam odt	3	
clonazepam tabs	1	
DIACOMIT	5	PA NSO; NEDS
DILANTIN INFATABS	3	
DILANTIN-125	3	
DILANTIN CAPS	3	
divalproex sodium dr	2	
divalproex sodium er	3	
divalproex sodium csdr	2	
EPIDIOLEX	4	PA NSO
epitol	1	
EPRONTIA	4	
EQUETRO	4	
ethosuximide soln	2	
ethosuximide caps	3	
felbamate susp	2	
felbamate tabs	3	
FINTEPLA	5	PA NSO; NEDS
FYCOMPA	4	
gabapentin caps	1	
gabapentin soln	2	
gabapentin tabs 600mg, 800mg	1	
HORIZANT	4	
lacosamide inj, oral soln	4	
lacosamide tabs 50mg	3	QL(60 EA por 30 días)
lacosamide tabs 100mg, 150mg, 200mg	4	QL(60 EA por 30 días)
lamotrigine er	3	
lamotrigine odt	3	
lamotrigine starter kit/blue	2	
lamotrigine starter kit/green	2	
lamotrigine starter kit/orange	2	
lamotrigine titration	2	
lamotrigine tabs	1	
lamotrigine chew	3	
levetiracetam er	2	
levetiracetam oral soln, tabs	2	
levetiracetam inj 500mg/5ml	2	
magnesium sulfate inj 50%	2	
methsuximide	3	
NAYZILAM	4	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
oxcarbazepine tabs	2	
oxcarbazepine susp	3	
phenytek	2	
phenytoin sodium extended	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
phenytoin chew, susp	2	
pregabalin caps, soln	3	
primidone tabs	2	
roweepra tabs 500mg	2	
rufinamide	3	
SPRITAM	4	
subvenite	1	
subvenite starter kit/blue	2	
subvenite starter kit/green	2	
subvenite starter kit/orange	2	
SYMPAZAN	4	
tiagabine hydrochloride	4	
topiramate er cs24	2	
topiramate tabs	1	
topiramate cpsp	2	
valproic acid caps, soln	2	
VALTOCO 10 MG DOSE	4	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
VALTOCO 15 MG DOSE	4	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
VALTOCO 20 MG DOSE	4	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
VALTOCO 5 MG DOSE	4	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
vigabatrin	5	NEDS
vigadrone	5	NEDS
vigpoder	5	NEDS
XCOPRI TABS	5	NEDS
XCOPRI TBPK 0	4	
XCOPRI TBPK 0	5	NEDS
ZONISADE	4	
zonisamide caps	2	
ZTALMY	5	PA NSO; NEDS
Inhibidores del transportador vesicular de monoaminas 2 (VMAT2)		
AUSTEDO	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
INGREZZA	5	PA; NEDS
tetrabenazine	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes del tracto respiratorio		
Agentes antifibróticos		
ESBRIET CAPS	5	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ESBRIET TABS 267MG	5	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ESBRIET TABS 801MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
OFEV	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
pirfenidone caps	5	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS
pirfenidone tabs 534mg	5	QL(135 EA por 30 días); PA; NEDS
pirfenidone tabs 267mg	5	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
pirfenidone tabs 801mg	5	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiinflamatorios		
cromolyn sodium conc 100mg/5ml	4	
cromolyn sodium nebu 20mg/2ml	5	PA BvD
DUPIXENT INJ 100MG/0.67ML, 200MG/1.14ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
FASENRA	5	PA; NEDS
FASENRA PEN	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
montelukast sodium tabs	1	
montelukast sodium chew, pack	2	
NUCALA INJ 100MG, 40MG/0.4ML	5	PA; NEDS
NUCALA INJ 100MG/ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
zafirlukast	3	
zileuton er	5	NEDS
Agentes del tracto respiratorio, varios		
BRONCHITOL	5	NEDS
PROLASTIN-C	5	PA; NEDS
XOLAIR INJ 150MG/ML, 150MG, 300MG/2ML, 75MG/0.5ML	5	PA; NEDS
XOLAIR INJ 150MG/ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes mucolíticos		
PULMOZYME	5	PA BvD; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes vasodilatadores		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ADEMPAS	5	PA; NEDS
ambrisentan	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
bosentan	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
OPSUMIT	5	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	5	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	5	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	5	PA; NEDS
ORENITRAM TBCR 0.125MG, 0.25MG, 1MG, 2.5MG	4	PA
ORENITRAM TBCR 5MG	5	PA; NEDS
TRACLEER TBSO	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
UPTRAVI TITRATION PACK	5	PA; NEDS
UPTRAVI TABS	5	PA; NEDS
VENTAVIS	5	PA; NEDS
Antitusivos		
benzonatate	2	EC
hydrocodone bitartrate/homatropine methylbromide tabs	2	EC
hydrocodone polistirex/chlorpheniramine polistirex	2	EC
promethazine vc/codeine	2	EC
promethazine/codeine soln	2	EC
promethazine/phenylephrine/codeine	2	EC
Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 4		
roflumilast	3	
Moduladores del regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística		
KALYDECO TABS	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
KALYDECO PACK 13.4MG, 5.8MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
KALYDECO PACK 25MG, 50MG, 75MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORKAMBI TABS	5	QL(112 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORKAMBI PACK 94MG; 75MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
ORKAMBI PACK 125MG; 100MG, 188MG; 150MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SYMDEKO	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRIKAFTA THPK	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
TRIKAFTA TBPK	5	QL(84 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes para la piel y las membranas mucosas		
Estimulantes y proliferantes celulares		
RETIN-A MICRO	4	PA
tretinoin microsphere gel 0.08%	3	PA
Agentes terapéuticos variados		
Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad		
COSENTYX SENSOREADY PEN	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
COSENTYX UNOREADY	5	PA; NEDS
COSENTYX INJ 125MG/5ML	5	PA; NEDS
COSENTYX INJ 150MG/ML, 75MG/0.5ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL MINI	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL SURECLICK	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL INJ 25MG	5	QL(8 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL INJ 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL INJ 25MG/0.5ML	5	QL(8.16 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJ 0, 80MG/0.8ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN INJ 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA INJ 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML, 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
KINERET	5	QL(20.1 ML por 28 días); PA; NEDS
leflunomide tabs	2	
ORENCIA CLICKJECT	5	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 50MG/0.4ML	5	QL(1.6 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 87.5MG/0.7ML	5	QL(2.8 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
OTEZLA TBPK	5	QL(110 EA por 365 días); PA; NEDS
OTEZLA TABS	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
RASUVO INJ 10MG/0.2ML, 12.5MG/0.25ML, 15MG/0.3ML, 17.5MG/0.35ML, 20MG/0.4ML, 22.5MG/0.45ML, 25MG/0.5ML, 30MG/0.6ML, 7.5MG/0.15ML	4	
RINVOQ	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ XR	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ SOLN	5	QL(300 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ TABS	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes terapéuticos varios		
Agentes anabólicos óseos		
EVENITY	5	PA; NEDS
Agentes antigotosos		
allopurinol tabs 100mg, 300mg	1	
colchicine tabs	2	
colchicine caps	3	
febuxostat	3	ST

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GLOPERBA	4	
Agentes cariostáticos		
sf 5000 plus	2	
sodium fluoride 1.1	2	
sodium fluoride 5000 plus	2	
sodium fluoride 5000 ppm crea	2	
Agentes inmunomoduladores		
ACTIMMUNE	5	NEDS; SP-Optum Specialty
AUBAGIO	5	NEDS; SP-Optum Specialty
AVONEX PEN	5	NEDS; SP-Optum Specialty
AVONEX INJ 30MCG/0.5ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
BAFIERTAM	5	NEDS; SP-Optum Specialty
BETASERON	5	NEDS; SP-Optum Specialty
COPAXONE	5	NEDS; SP-Optum Specialty
dimethyl fumarate starterpack	5	NEDS; SP-Optum Specialty
dimethyl fumarate cpdr	5	NEDS; SP-Optum Specialty
EXTAVIA	5	NEDS; SP-Optum Specialty
fingolimod hydrochloride	5	NEDS
KESIMPTA	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT	5	NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT STARTER PACK TBPK 0.25MG	4	SP-Optum Specialty
MAYZENT STARTER PACK TBPK 0.25MG	5	NEDS; SP-Optum Specialty
PLEGRIDY	5	NEDS; SP-Optum Specialty
PLEGRIDY STARTER PACK	5	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF	5	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF REBIDOSE	5	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	5	NEDS; SP-Optum Specialty

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
REBIF TITRATION PACK	5	NEDS; SP-Optum Specialty
teriflunomide	4	
THALOMID	5	NEDS; SP-Optum Specialty
VUMERITY	5	NEDS; SP-Optum Specialty
ZEPOSIA	5	NEDS
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	5	NEDS
ZEPOSIA STARTER KIT	5	NEDS
Agentes inmunosupresores		
azathioprine tabs 50mg	2	PA BvD
azathioprine tabs 100mg, 75mg	3	PA BvD
BENLYSTA INJ 200MG/ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
cyclosporine modified soln	2	PA BvD
cyclosporine modified caps	3	PA BvD
cyclosporine caps 100mg, 25mg	4	PA BvD
ENVARSUS XR	4	PA BvD
everolimus tabs 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1mg	5	QL(60 EA por 30 días); PA BvD; NEDS
GENGRAF SOLN	2	PA BvD
GENGRAF CAPS 100MG, 25MG	3	PA BvD
mycophenolate mofetil caps, tabs	2	PA BvD
mycophenolate mofetil susr	5	PA BvD; NEDS
mycophenolic acid dr	4	PA BvD
NULOJIX	5	NEDS
PROGRAF PACK	4	PA BvD
sirolimus soln, tabs	3	PA BvD
tacrolimus caps 0.5mg, 1mg, 5mg	2	PA BvD
Agentes protectores		
MESNEX TABS	5	NEDS
Antídotos		
acetylcysteine soln	2	PA BvD
leucovorin calcium tabs	2	
Disuasivos de alcohol		
disulfiram tabs	2	
Inhibidores de la 5-alfa-reductasa		
dutasteride/tamsulosin hydrochloride	3	
dutasteride caps	2	
finasteride tabs	1	
Inhibidores de la anhidrasa carbónica		
dichlorphenamide	5	PA; NEDS
Inhibidores de la resorción ósea		
alendronate sodium soln	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
alendronate sodium tabs 10mg, 35mg, 70mg	1	
ibandronate sodium	2	
PROLIA	4	PA
risedronate sodium	3	
risedronate sodium dr	3	
XGEVA	5	PA; NEDS
zoledronic acid inj 4mg/100ml, 4mg/5ml, 5mg/100ml	2	
Inhibidores del sistema calicreína-cinina		
BERINERT	5	PA; NEDS
CINRYZE	5	PA; NEDS
HAEGARDA	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
icatibant acetate	5	QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SAJAZIR	5	QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
TAVNEOS	5	PA; NEDS
Oligonucleótidos antisentido		
TEGSEDI	5	QL(6 ML por 30 días); PA; NEDS
Otros agentes terapéuticos varios		
ARCALYST	5	PA; NEDS
betaine anhydrous	5	NEDS
CERDELGA	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
CYSTAGON	4	
dalfampridine er	3	SP-Optum Specialty
ELMIRON	4	
ENDARI	5	NEDS
EVRYSDI	5	PA; NEDS
FIRDAPSE	5	PA; NEDS
GALAFOLD	5	PA; NEDS
levocarnitine tabs	3	
metyrosine	5	NEDS
miglustat	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
nitisinone caps 20mg	5	PA; NEDS
nitisinone caps 10mg, 2mg, 5mg	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORFADIN SUSP	5	PA; NEDS
ORFADIN CAPS 20MG	5	PA; NEDS
REZUROCK	5	PA; NEDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
sapropterin dihydrochloride	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
THIOLA EC	5	NEDS
tiopronin tbec	5	NEDS
TYBOST	3	
VIJOICE TBPK 125MG, 50MG	5	QL(28 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VIJOICE TBPK 0	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VOXZOGO	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VYNDAMAX	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VYNDAQEL	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
yargesa	5	PA; NEDS
Anestésicos locales		
Anestésicos locales		
lidocaine hcl inj 0.5%, 1%, 1.5%, 2%, 4%	2	
lidocaine hydrochloride inj 1%, 2%	2	
Antagonistas de metales pesados		
Antagonistas de metales pesados		
CHEMET	4	
deferasirox pack	5	NEDS; SP-Optum Specialty
deferasirox tabs 90mg	3	SP-Optum Specialty
deferasirox tabs 180mg, 360mg	5	NEDS; SP-Optum Specialty
deferasirox tbso 125mg	3	SP-Optum Specialty
deferasirox tbso 250mg, 500mg	5	NEDS; SP-Optum Specialty
deferiprone	5	NEDS
penicillamine tabs	3	
penicillamine caps	5	NEDS
trientine hydrochloride	5	NEDS
Antihistamínicos		
Antihistamínicos de primera generación		
cyproheptadine hcl syrp	2	
cyproheptadine hydrochloride tabs	2	
diphenhydramine hydrochloride inj	2	
promethazine hcl inj	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
promethazine hcl tabs 12.5mg	2	
promethazine hydrochloride plain	2	
promethazine hydrochloride tabs 25mg, 50mg	2	
Antihistamínicos de segunda generación		
desloratadine	2	
desloratadine odt	4	
levocetirizine dihydrochloride tabs	2	
Antitoxinas, inmunoglobulinas, toxoides y vacunas		
Antitoxinas y inmunoglobulinas		
BIVIGAM INJ 10%, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI
CUVITRU	5	PA BvD; NEDS
FLEBOGAMMA DIF	5	PA BvD; NEDS; HI
GAMMAGARD LIQUID	5	PA BvD; NEDS; HI
GAMMAKED INJ 10GM/100ML, 1GM/10ML, 20GM/200ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI
GAMMAPLEX INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI
GAMUNEX-C	5	PA BvD; NEDS; HI
HIZENTRA	5	PA BvD; NEDS
OCTAGAM	5	PA BvD; NEDS; HI
PANZYGA	5	PA BvD; NEDS; HI
PRIVIGEN	5	PA BvD; NEDS; HI
VARIZIG INJ 125UNIT/1.2ML	6	
Toxoides		
ADACEL	6	
BOOSTRIX	6	
DAPTACEL INJ 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	6	
diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric	6	
INFANRIX	6	
KINRIX INJ 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	6	
QUADRACEL	6	
tdvax	6	
TENIVAC	6	
Vacunas		
ABRYSVO	6	
ACTHIB	6	
AREXVY	6	
BCG VACCINE INJ 50MG	6	
BEXSERO	6	
DENGVAXIA	6	
ENGERIX-B	6	PA BvD
GARDASIL 9	6	
HAVRIX INJ 1440ELU/ML, 720ELU/0.5ML	6	
HEPLISAV-B	6	PA BvD

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HIBERIX	6	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	6	
IPOL INACTIVATED IPV	6	
IXCHIQ	6	
IXIARO	6	
JYNNEOS	6	
M-M-R II	6	
MENACTRA	6	
MENQUADFI	6	
MENVEO	6	
PEDIARIX INJ 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	6	
PEDVAX HIB INJ 7.5MCG/0.5ML	6	
PENBRAYA	6	
PENTACEL	6	
PREHEVBRIO	6	PA BvD
PRIORIX	6	
PROQUAD	6	
RABAVERT	6	
RECOMBIVAX HB	6	PA BvD
ROTARIX	6	
ROTATEQ SOLN	6	
SHINGRIX	6	
STAMARIL	6	
TICOVAC	6	
TRUMENBA	6	
TWINRIX	6	
TYPHIM VI	6	
VAQTA	6	
VARIVAX	6	
YF-VAX	6	
Blood Formation,Coagulation & Thrombosis		
Antihemorrhagic Agents		
aminocaproic acid	2	
tranexamic acid	2	
Antithrombotic Agents		
anagrelide hydrochloride	2	
aspirin/dipyridamole er	3	
BRILINTA	3	
CABLIVI	5	NEDS
cilostazol	1	
clopidogrel	1	
dabigatran etexilate	3	
ELIQUIS	3	
ELIQUIS STARTER PACK	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
enoxaparin sodium	3	
fondaparinux sodium inj 2.5mg/0.5ml	4	
fondaparinux sodium inj 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml	5	NEDS
FRAGMIN INJ 10000UNIT/4ML, 2500UNIT/0.2ML, 5000UNIT/0.2ML	3	
FRAGMIN INJ 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNT/0.72ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	5	NEDS
heparin sodium	2	
heparin sodium/d5w	2	
jantoven	1	
prasugrel	3	
warfarin sodium	1	
XARELTO	3	
XARELTO STARTER PACK	3	
Blood Formation, Coagulation, and Thrombosis Agents Misc.		
OXBRYTA	5	NEDS
PYRUKYND	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PYRUKYND TAPER PACK	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
TAVALISSE	5	QL(60 EA por 30 días); NEDS
Hematopoietic Agents		
DOPTELET	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
MOZOBIL	5	NEDS
NEULASTA	5	NEDS; SP-Optum Specialty
NEULASTA ONPRO KIT	5	NEDS
plerixafor	5	NEDS
PROCRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	3	SP-Optum Specialty
PROCRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
PROMACTA	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	3	SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
UDENYCA ONBODY	5	NEDS
UDENYCA INJ 6MG/0.6ML	5	NEDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
UDENYCA INJ 6MG/0.6ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
ZARXIO	5	NEDS; SP-Optum Specialty
ZIEXTENZO	5	NEDS; SP-Optum Specialty
Hemorrheologic Agents		
pentoxifylline er	2	
Componentes dorados		
Componentes dorados		
RIDAURA	5	NEDS
Enzimas		
Enzimas		
REVCOVI	5	NEDS
SUCRAID	5	NEDS
Equilibrio de agua, electrolítico y calórico		
Agentes alcalinizantes		
potassium citrate er	2	
Agentes calóricos		
AMINOSYN II INJ 107.6MEQ/L; 1490MG/100ML; 1527MG/100ML; 1050MG/100ML; 1107MG/100ML; 750MG/100ML; 450MG/100ML; 990MG/100ML; 1500MG/100ML; 1575MG/100ML; 258MG/100ML; 405MG/100ML; 447MG/100ML; 1083MG/100ML; 795MG/100ML; 50MEQ/L; 600MG/100ML; 300MG/100ML; 750MG/100ML	3	PA BvD
AMINOSYN-PF 7% INJ 32.5MEQ/L; 490MG/100ML; 861MG/100ML; 370MG/100ML; 576MG/100ML; 270MG/100ML; 220MG/100ML; 534MG/100ML; 831MG/100ML; 475MG/100ML; 125MG/100ML; 300MG/100ML; 570MG/100ML; 347MG/100ML; 50MG/100ML; 360MG/100ML; 125MG/100ML; 44MG/100ML; 452MG/100ML	3	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10%	3	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5%	3	PA BvD
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	3	PA BvD
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	3	PA BvD
CLINIMIX 6/5	3	PA BvD
CLINIMIX 8/10	3	PA BvD
CLINIMIX E 2.75%/DEXTROSE 5%	3	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 10%	3	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 5%	3	PA BvD
CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 15%	3	PA BvD
CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 20%	3	PA BvD
CLINIMIX E 8/10	3	PA BvD

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CLINISOL SF 15%	3	PA BvD
dextrose 10%	2	
dextrose 5%	2	
dextrose 50%	2	
dextrose 70%	2	
FREAMINE III INJ 89MEQ/L; 710MG/100ML; 950MG/100ML; 3MEQ/L; 24MG/100ML; 1400MG/100ML; 280MG/100ML; 690MG/100ML; 910MG/100ML; 730MG/100ML; 530MG/100ML; 560MG/100ML; 10MMOLE/L; 120MG/100ML; 1120MG/100ML; 590MG/100ML; 10MEQ/L; 400MG/100ML; 150MG/100ML; 660MG/100ML	3	PA BvD
HEPATAMINE INJ 62MEQ/L; 770MG/100ML; 600MG/100ML; 3MEQ/L; 20MG/100ML; 900MG/100ML; 240MG/100ML; 900MG/100ML; 1100MG/100ML; 610MG/100ML; 100MG/100ML; 100MG/100ML; 115MG/100ML; 800MG/100ML; 500MG/100ML; 450MG/100ML; 66MG/100ML; 840MG/100ML	3	PA BvD
INTRALIPID INJ 20GM/100ML, 30GM/100ML	3	PA BvD
NUTRILIPID	3	PA BvD
PLENAMINE	3	PA BvD
PREMASOL INJ 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	3	PA BvD
PROSOL	3	PA BvD
TRAVASOL INJ 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 500MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	3	PA BvD
TROPHAMINE INJ 0.54GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.32GM/100ML; 0; 0; 0.5GM/100ML; 0.36GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.82GM/100ML; 1.4GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.34GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.68GM/100ML; 0.38GM/100ML; 5MEQ/L; 0.025GM/100ML; 0.42GM/100ML; 0.2GM/100ML; 0.24GM/100ML; 0.78GM/100ML	3	PA BvD
Agentes desionizantes		
AURYXIA	5	PA; NEDS
LOKELMA	3	
sevelamer carbonate tabs	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
sevelamer carbonate pack	4	
sevelamer hydrochloride	4	
sodium polystyrene sulfonate powd	2	
sps	2	
VELPHORO	5	NEDS
VELTASSA	3	
Agentes uricosúricos		
probenecid/colchicine	2	
probenecid tabs	2	
Desintoxicantes de amoníaco		
carglumic acid	5	PA; NEDS
constulose	2	
enulose	2	
generlac	2	
KRISTALOSE	3	
lactulose soln	2	
lactulose pack	3	
sodium phenylbutyrate powd, tabs	5	NEDS
Diuréticos		
amiloride hcl tabs	2	
amiloride/hydrochlorothiazide	1	
bumetanide	2	
chlorthalidone tabs 25mg, 50mg	1	
ethacrynic acid tabs	4	
furosemide oral soln, tabs	1	
furosemide inj	2	
hydrochlorothiazide caps, tabs	1	
indapamide	1	
metolazone	2	
torsemide tabs	2	
triamterene/hydrochlorothiazide caps 25mg; 37.5mg	1	
triamterene/hydrochlorothiazide tabs	1	
Preparaciones de reemplazo		
calcium acetate caps	2	
calcium acetate tabs 667mg	2	
dextrose 10%/sodium chloride 0.2%	2	
dextrose 10%/sodium chloride 0.45%	2	
dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%	2	
dextrose 5%/sodium chloride 0.2%	2	
dextrose 5%/sodium chloride 0.3%	2	
dextrose 5%/sodium chloride 0.33%	2	
dextrose 5%/sodium chloride 0.45%	2	
dextrose 5%/sodium chloride 0.9%	2	
dextrose/sodium chloride	2	
effer-k tbef 25meq	1	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
k-prime	1	
kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 10meq/l; 0.45%	2	
kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%	2	
kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 20meq/l; 0.45%	2	
kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 20meq/l; 0.9%	2	
kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 40meq/l; 0.45%	2	
kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 40meq/l; 0.9%	2	
klor-con	1	
klor-con 10	1	
klor-con 8	1	
klor-con m10	1	
klor-con m15	1	
klor-con m20	1	
klor-con/ef	1	
lactated ringers inj 2.7meq/l; 109meq/l; 28meq/l; 4meq/l; 130meq/l	2	
potassium chloride er	1	
potassium chloride/dextrose/sodium chloride inj 5%; 10meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.225%, 5%; 20meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.9%, 5%; 30meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.9%	2	
potassium chloride pack, oral soln	1	
potassium chloride inj 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 2meq/ml, 40meq/100ml	2	
sodium chloride 0.45%	2	
sodium chloride inj 0.9%, 2.5meq/ml, 3%, 4meq/ml, 5%	2	
Soluciones para irrigación		
acetic acid 0.25%	2	
sodium chloride 0.9%	3	
sterile water for irrigation	2	
Hormonas y sustitutos sintéticos		
Adrenales		
BREO ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)
BREYNA	3	QL(30.9 GM por 90 días)
BREZTRI AEROSPHERE	3	QL(32.1 GM por 90 días)
budesonide er	5	NEDS
budesonide/formoterol fumarate dihydrate	3	QL(30.6 GM por 90 días)
budesonide cpep 3mg	3	
budesonide susp 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml	2	PA BvD
DEPO-MEDROL	3	
dexamethasone 10-day dose pack	2	
dexamethasone 13-day dose pack	2	
dexamethasone 6-day dose pack	2	
dexamethasone intensol	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
dexamethasone sodium phosphate inj 100mg/10ml, 10mg/ml, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml	2	
dexamethasone elix, soln	2	
dexamethasone tabs 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 6mg	1	
FLOVENT DISKUS AEPB 100MCG/BLIST, 50MCG/BLIST	4	QL(180 EA por 90 días); ST
FLOVENT DISKUS AEPB 250MCG/BLIST	4	QL(720 EA por 90 días); ST
fludrocortisone acetate tabs	2	
fluticasone propionate diskus aepb 100mcg/act, 50mcg/act	4	QL(180 EA por 90 días); ST
fluticasone propionate diskus aepb 250mcg/act	4	QL(720 EA por 90 días); ST
fluticasone propionate hfa aero 44mcg/act	4	QL(63.6 GM por 90 días); ST
fluticasone propionate hfa aero 110mcg/act, 220mcg/act	4	QL(72 GM por 90 días); ST
hydrocortisone tabs 10mg, 20mg, 5mg	2	
INTRAROSA	4	
KENALOG-10	2	
MEDROL TABS 2MG	4	
methylprednisolone acetate inj 40mg/ml, 50mg/ml, 80mg/ml	2	
methylprednisolone dose pack tbpk	2	
methylprednisolone tabs	2	
MILLIPRED TABS	4	
prednisolone sodium phosphate odt	3	
prednisolone sodium phosphate oral soln 10mg/5ml, 15mg/5ml, 20mg/5ml, 25mg/5ml, 5mg/5ml	2	
prednisolone soln, tabs	2	
prednisone soln, tbpk	2	
prednisone tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 20mg, 50mg, 5mg	1	
QVAR REDIHALER	3	QL(63.6 GM por 90 días)
SOLU-CORTEF INJ 100MG	4	
TRELEGY ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)
triamcinolone acetonide inj 40mg/ml	2	
Agentes antidiabéticos		
acarbose tabs	1	
BYDUREON BCISE	3	PA
BYETTA	4	PA
CYCLOSET	3	
FARXIGA	3	
glimepiride	1	
glipizide er	1	
glipizide/metformin hydrochloride	1	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
glipizide tabs 10mg, 5mg	1	
glyburide micronized	1	
glyburide/metformin hydrochloride	1	
glyburide tabs 1.25mg, 2.5mg, 5mg	1	
GLYXAMBI	3	
HUMALOG	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	
HUMALOG KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 50/50	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75/25	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	
HUMULIN 70/30	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	
HUMULIN N	3	
HUMULIN N KWIKPEN	3	
HUMULIN R	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	
JANUMET	3	
JANUMET XR	3	
JANUVIA	3	
JARDIANCE	3	
JENTADUETO	3	
JENTADUETO XR	3	
KORLYM	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR	3	
LEVEMIR	3	
LEVEMIR FLEXPEN	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH	3	
metformin hydrochloride er tb24 500mg, 750mg	1	
metformin hydrochloride soln	1	
metformin hydrochloride tabs 1000mg, 500mg, 850mg	1	
mifepristone	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
miglitol	1	
MOUNJARO	3	PA
nateglinide	1	
OZEMPIC	3	PA
pioglitazone hcl-glimepiride	1	
pioglitazone hcl/metformin hcl	1	
pioglitazone hcl tabs 45mg	1	
pioglitazone hydrochloride tabs 15mg, 30mg	1	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
repaglinide	1	
RYBELSUS	3	PA
SYMLINPEN 120	3	
SYMLINPEN 60	3	
SYNJARDY	3	
SYNJARDY XR	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	3	
TOUJEO SOLOSTAR	3	
TRADJENTA	3	
TRESIBA	3	
TRESIBA FLEXTOUCH	3	
TRULICITY	3	PA
VICTOZA	3	PA
XIGDUO XR	3	
Agentes antihipoglucémicos		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
diazoxide susp	3	
GLUCAGEN HYPOKIT	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	
GVOKE KIT	3	
GVOKE PFS	3	
Agentes paratiroideos y antiparatiroideos		
calcitonin salmon inj	3	
calcitonin-salmon	2	
cinacalcet hydrochloride tabs 30mg, 60mg	4	
cinacalcet hydrochloride tabs 90mg	5	NEDS
FORTEO	5	PA; NEDS
NATPARA	5	QL(2 EA por 28 días); PA; NEDS
teriparatide	5	PA; NEDS
TYMLOS	5	PA; NEDS
Agentes tiroideos y antitiroideos		
ADTHYZA TABS 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	4	
ARMOUR THYROID	4	
euthyrox tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg	1	
levo-t	1	
levothyroxine sodium tabs	1	
levothyroxine sodium caps	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
levoxyl tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg	2	
liothyronine sodium tabs	2	
methimazole tabs 10mg, 5mg	1	
NIVA THYROID TABS 15MG	4	
niva thyroid tabs 120mg, 30mg, 60mg, 90mg	4	
np thyroid 120	2	
np thyroid 15	2	
np thyroid 30	2	
np thyroid 60	2	
np thyroid 90	2	
propylthiouracil tabs	2	
SYNTHROID TABS	4	
THYQUIDITY	4	
THYROID TABS 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	4	
TIROSINT-SOL	4	
unithroid	1	
Agonistas y antagonistas de la somatoliberina		
EGRIFTA SV	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
GENOTROPIN	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG	3	PA; SP-Optum Specialty
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
INCRELEX	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
NORDITROPIN FLEXPRO	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
NUTROPIN AQ NUSPIN 10	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
NUTROPIN AQ NUSPIN 20	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
NUTROPIN AQ NUSPIN 5	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
OMNITROPE INJ 5.8MG	5	PA; NEDS
OMNITROPE INJ 10MG/1.5ML, 5MG/1.5ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SEROSTIM INJ 4MG, 5MG, 6MG	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SOMAVERT	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ZORBTIVE	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agonistas y antagonistas de la somatostatina		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
lanreotide acetate	5	NEDS
octreotide acetate inj 100mcg/ml, 50mcg/ml	2	
octreotide acetate inj 1000mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 50mcg/ml	2	SP-Optum Specialty
SIGNIFOR	5	QL(60 ML por 30 días); PA; NEDS
SOMATULINE DEPOT	5	NEDS
Andrógenos		
AVEED	4	
danazol caps	4	
testosterone cypionate inj 100mg/ml, 200mg/ml	2	
testosterone enanthate inj	2	
testosterone pump	3	
testosterone gel 10mg/act, 20.25mg/1.25gm, 25mg/2.5gm, 40.5mg/2.5gm, 50mg/5gm	3	
testosterone soln	4	
XYOSTED	4	
Anticonceptivos		
amethia	2	
apri	2	
ashlyna	2	
aviane	2	
balziva	2	
briellyn	2	
camila	2	
deblitane	2	
desogestrel/ethinyl estradiol tabs 0; 0	2	
drospirenone/ethinyl estradiol tabs 3mg; 0.03mg	2	
eluryng	3	
enilloring	3	
errin	2	
etonogestrel/ethinyl estradiol	3	
falmina	2	
finzala	2	
haloette	3	
heather	2	
iclevia	2	
introvale	2	
joyeaux	2	
junel 1.5/30	2	
junel 1/20	2	
junel fe 1.5/30	2	
junel fe 1/20	2	
junel fe 24	2	
kariva	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
kelnor 1/35	2	
larin 1.5/30	2	
larin 1/20	2	
larin fe 1.5/30	2	
larin fe 1/20	2	
lessina	2	
levonest	2	
levonorgestrel and ethinyl estradiol tabs 20mcg; 90mcg	2	
levonorgestrel/ethinyl estradiol	2	
levora 0.15/30-28	2	
LO LOESTRIN FE	4	
marlissa	2	
mibelas 24 fe	2	
microgestin 1.5/30	2	
microgestin 1/20	2	
microgestin fe 1.5/30	2	
microgestin fe 1/20	2	
necon 0.5/35-28	2	
nikki	2	
norelgestromin/ethinyl estradiol	2	
norethindrone & ethinyl estradiol ferrous fumarate	2	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tabs 0; 75mg; 1mg	2	
nortrel 0.5/35 (28)	2	
nortrel 1/35	2	
nortrel 7/7/7	2	
portia-28	2	
sharobel	2	
tarina fe 1/20 eq	2	
taysofy	2	
tri-sprintec	2	
trivora-28	2	
turqoz	2	
tyblume	2	
velivet	2	
vyfemla	2	
xulane	2	
zafemy	2	
zovia 1/35	2	
Gonadotropinas y antigonadotropinas		
ELIGARD	3	
FIRMAGON INJ 80MG	3	
FIRMAGON INJ 120MG/VIAL	5	NEDS
leuprolide acetate inj 1mg/0.2ml	2	SP-Optum Specialty
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	5	NEDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	5	NEDS
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	5	NEDS
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	5	NEDS
MYFEMBREE	5	QL(28 EA por 28 días); PA; NEDS
ORGOVYX	5	PA NSO; NEDS
ORILISSA TABS 150MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
ORILISSA TABS 200MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
SYNAREL	5	NEDS
TRELSTAR MIXJECT INJ 22.5MG, 3.75MG	4	
TRELSTAR MIXJECT INJ 11.25MG	4	NEDS
Pituitaria		
CORTROPHIN	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
desmopressin acetate tabs	2	
desmopressin acetate soln 0.01%	2	
Progestinas		
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	
medroxyprogesterone acetate inj, tabs	1	
megestrol acetate tabs	1	
megestrol acetate susp 40mg/ml	2	
megestrol acetate susp 625mg/5ml	4	
norethindrone acetate tabs	2	
progesterone caps	2	
Hormones and Synthetic Substitutes		
Estrogens and Antiestrogens		
amabelz	2	
anastrozole	1	
COMBIPATCH	4	
DEPO-ESTRADIOL	3	
dotti	3	
ELESTRIN	4	
estradiol valerate	2	
estradiol/norethindrone acetate	2	
estradiol oral tabs	1	
estradiol crea, gel, pttw, ptwk, vaginal tabs	3	
ESTRING	3	
EVAMIST	4	
exemestane	3	
FEMRING	3	
fyavolv	3	
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	3	
IMVEXXY STARTER PACK	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
jinteli	2	
KISQALI FEMARA 200 DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KISQALI FEMARA 400 DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KISQALI FEMARA 600 DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
letrozole	1	
MENEST	4	
MENOSTAR	4	
mimvey	2	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol	2	
OSPHENA	4	
PREMARIN CREA	3	
PREMARIN TABS	4	
PREMPHASE	4	
PREMPRO	4	
raloxifene hydrochloride	2	
SOLTAMOX	3	
tamoxifen citrate	2	
toremifene citrate	3	
yuvafem	3	
Medicamentos autónomos		
Agentes anticolinérgicos		
ANORO ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)
ATROVENT HFA	3	QL(77.4 GM por 90 días)
BEVESPI AEROSPHERE	3	QL(10.7 GM por 30 días)
dicyclomine hcl soln	1	
dicyclomine hydrochloride caps	1	
dicyclomine hydrochloride tabs	2	
glycopyrrolate soln	3	
glycopyrrolate tabs 1mg, 2mg	2	
INCRUSE ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
ipratropium bromide inhalation soln	2	PA BvD
ipratropium bromide nasal soln 0.03%	2	QL(180 ML por 90 días)
ipratropium bromide nasal soln 0.06%	2	QL(90 ML por 90 días)
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	5	NEDS
LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	5	NEDS
SPIRIVA RESPIMAT	3	QL(12 GM por 90 días)
STIOLTO RESPIMAT	3	QL(12 GM por 90 días)
YUPELRI	5	PA BvD; NEDS
Agentes parasimpaticomiméticos (colinérgicos)		
bethanechol chloride tabs	3	
cevimeline hydrochloride	3	
donepezil hcl tbdp	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
donepezil hcl tabs 10mg	1	
donepezil hcl tabs 23mg	3	
donepezil hydrochloride tabs 5mg	1	
galantamine hydrobromide er	2	
galantamine hydrobromide tabs	2	
galantamine hydrobromide soln	3	
pilocarpine hydrochloride	2	
pyridostigmine bromide er	4	
pyridostigmine bromide tabs	2	
pyridostigmine bromide soln	3	
rivastigmine tartrate	2	
rivastigmine transdermal system	3	
Agentes simpaticolíticos (bloqueo adrenérgico)		
alfuzosin hcl er	2	
dihydroergotamine mesylate soln	5	QL(8 ML por 30 días); NEDS
ergoloid mesylates tabs	2	
phenoxybenzamine hydrochloride	3	
silodosin	3	
tamsulosin hydrochloride	2	
Agentes simpaticomiméticos (adrenérgicos)		
albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act	1	QL(108 GM por 90 días)
albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act	1	QL(40.2 GM por 90 días)
albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act	1	QL(51 GM por 90 días)
albuterol sulfate syrp	1	
albuterol sulfate nebu	2	PA BvD
albuterol sulfate tabs	3	
arformoterol tartrate	3	PA BvD
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL(24 GM por 90 días)
droxidopa	5	PA; NEDS
epinephrine inj 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml	2	QL(2 EA por 1 días)
fluticasone propionate/salmeterol diskus	3	QL(180 EA por 90 días)
fluticasone propionate/salmeterol aepb 113mcg/act; 14mcg/act, 232mcg/act; 14mcg/act, 55mcg/act; 14mcg/act	2	QL(3 EA por 90 días)
fluticasone propionate/salmeterol aepb 500mcg/act; 50mcg/act	3	QL(180 EA por 90 días)
formoterol fumarate nebu	3	PA BvD
ipratropium bromide/albuterol sulfate	2	PA BvD
levalbuterol hcl nebu	2	PA BvD
levalbuterol hydrochloride nebu 0.63mg/3ml	2	PA BvD
levalbuterol tartrate hfa	3	QL(90 GM por 90 días)
levalbuterol nebu	2	PA BvD
midodrine hcl	2	
PROAIR RESPICLICK	3	QL(6 EA por 90 días)
SEREVENT DISKUS	3	QL(180 EA por 90 días)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
STRIVERDI RESPIMAT	3	QL(12 GM por 90 días)
terbutaline sulfate tabs	2	
wixela inhub	3	QL(180 EA por 90 días)
Medicamentos autónomos, varios		
NICOTROL INHALER	3	
NICOTROL NS	4	
varenicline starting month box	3	QL(53 EA por 28 días)
varenicline tartrate	3	QL(60 EA por 30 días)
Relajantes musculares esqueléticos		
baclofen tabs 10mg, 20mg, 5mg	1	
cyclobenzaprine hydrochloride tabs	3	
dantrolene sodium caps	2	
tizanidine hcl caps 4mg	3	
tizanidine hcl tabs 2mg	2	
tizanidine hydrochloride caps 2mg, 6mg	3	
tizanidine hydrochloride tabs 4mg	2	
Medicamentos cardiovasculares		
Agentes antilipémicos		
atorvastatin calcium tabs	1	
cholestyramine light	3	
cholestyramine pack, powd	3	
colesevelam hydrochloride tabs	3	
colesevelam hydrochloride pack	4	
colestipol hcl gran, pack	2	
colestipol hcl tabs	3	
ezetimibe	2	
ezetimibe/simvastatin	1	
fenofibrate micronized caps 134mg, 200mg, 67mg	2	
fenofibrate caps 130mg, 150mg, 43mg, 50mg	2	
fenofibrate tabs 145mg, 160mg, 48mg, 54mg	2	
fenofibrate tabs 120mg, 40mg	3	
fenofibric acid dr	3	
FLOLIPID	3	
fluvastatin	1	
fluvastatin sodium er	1	
gemfibrozil tabs	1	
icosapent ethyl	4	
JUXTAPID CAPS 10MG, 20MG, 30MG, 5MG	5	PA; NEDS
LIVALO	3	
lovastatin tabs	1	
NEXLETOL	3	PA
NEXLIZET	3	PA
niacin er	3	
omega-3-acid ethyl esters	2	
pitavastatin calcium	1	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PRALUENT	3	PA
pravastatin sodium	1	
prevalite	3	
REPATHA	3	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	3	PA
REPATHA SURECLICK	3	PA
rosuvastatin calcium	1	
simvastatin tabs	1	
VASCEPA	4	
Agentes bloqueantes alfa adrenérgicos		
CARDURA XL	4	
doxazosin mesylate tabs	1	
prazosin hydrochloride caps	2	
terazosin hcl caps 10mg, 1mg, 5mg	2	
terazosin hydrochloride caps 2mg	2	
Agentes bloqueantes beta adrenérgicos		
acebutolol hydrochloride	2	
atenolol/chlorthalidone	1	
atenolol tabs	1	
betaxolol hcl tabs 10mg, 20mg	2	
bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide	1	
bisoprolol fumarate tabs	2	
carvedilol	1	
carvedilol phosphate er	4	
labetalol hydrochloride tabs	2	
metoprolol succinate er	2	
metoprolol tartrate tabs 100mg, 25mg, 50mg	1	
metoprolol tartrate tabs 37.5mg, 75mg	3	
metoprolol/hydrochlorothiazide	2	
nadolol tabs 20mg, 40mg, 80mg	2	
nebivolol hydrochloride	3	
pindolol	3	
propranolol hcl er cp24 120mg, 160mg	3	
propranolol hcl soln	2	
propranolol hcl tabs 40mg	1	
propranolol hydrochloride er cp24 60mg, 80mg	3	
propranolol hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 60mg, 80mg	1	
sorine	2	
sotalol hcl	1	
sotalol hydrochloride (af)	1	
timolol maleate tabs 10mg, 20mg, 5mg	2	
Agentes bloqueantes de los canales del calcio		
amlodipine besylate/atorvastatin calcium	1	
amlodipine besylate/benazepril hydrochloride	1	
amlodipine besylate/valsartan	1	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
amlodipine besylate tabs	1	
amlodipine/olmesartan medoxomil	1	
amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg; 160mg, 10mg; 25mg; 160mg, 5mg; 12.5mg; 160mg, 5mg; 25mg; 160mg	1	
cartia xt	2	
dilt-xr	2	
diltiazem hcl cd	2	
diltiazem hcl er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 420mg	2	
diltiazem hcl er cp12, tb24	2	
diltiazem hcl tabs 30mg, 60mg, 90mg	1	
diltiazem hydrochloride er cp24	2	
diltiazem hydrochloride er tb24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	2	
diltiazem hydrochloride tabs 120mg	1	
felodipine er	2	
isradipine	4	
matzim la	2	
nicardipine hcl caps	4	
nifedipine er	2	
nifedipine caps	2	
nimodipine caps	4	
nisoldipine er	4	
NYMALIZE SOLN 6MG/ML	5	NEDS
olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide	1	
taztia xt	2	
telmisartan/amlodipine	1	
tiadylt er	2	
trandolapril/verapamil hcl er	1	
verapamil hcl er cp24 100mg, 300mg	3	
verapamil hcl er tbcr 120mg, 240mg	1	
verapamil hcl sr cp24	3	
verapamil hcl tabs 40mg, 80mg	1	
verapamil hydrochloride er cp24 200mg	3	
verapamil hydrochloride er tbcr 180mg	1	
verapamil hydrochloride tabs 120mg	1	
Agentes hipotensores		
clonidine	3	
clonidine hydrochloride er tb12	3	
clonidine hydrochloride tabs	1	
hydralazine hcl tabs 10mg	1	
hydralazine hydrochloride tabs 100mg, 25mg, 50mg	1	
minoxidil tabs	1	
Agentes vasodilatadores		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
alyq	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
dipyridamole tabs	3	
isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride	3	
isosorbide dinitrate tabs	2	
isosorbide mononitrate	2	
isosorbide mononitrate er	2	
NITRO-BID	4	
nitroglycerin transdermal	2	
nitroglycerin soln 0.4mg/spray	3	
nitroglycerin subl 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg	2	
sildenafil citrate tabs 100mg, 25mg, 50mg	2	QL(4 EA por 30 días); EC
sildenafil citrate tabs 20mg	3	PA; SP-Optum Specialty
tadalafil tabs 10mg, 20mg	2	QL(4 EA por 30 días); EC
tadalafil tabs 2.5mg, 5mg	3	QL(30 EA por 30 días); PA
tadalafil tabs 20mg	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
vardenafil hydrochloride odt	2	QL(4 EA por 30 días); EC
vardenafil hydrochloride tabs	2	QL(4 EA por 30 días); EC
VERQUVO	4	
Inhibidor del sistema renina-angiotensina-aldosterona		
aliskiren	1	
benazepril hcl tabs 10mg, 40mg, 5mg	1	
benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide	1	
benazepril hydrochloride tabs 20mg	1	
candesartan cilexetil	1	
candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide	1	
captopril tabs	1	
enalapril maleate/hydrochlorothiazide	1	
enalapril maleate tabs	1	
ENTRESTO	3	
eplerenone	2	
fosinopril sodium	1	
fosinopril sodium/hydrochlorothiazide	1	
irbesartan	1	
irbesartan/hydrochlorothiazide	1	
KERENDIA	4	PA
lisinopril/hydrochlorothiazide	1	
lisinopril tabs	1	
losartan potassium/hydrochlorothiazide	1	
losartan potassium tabs	1	
moexipril hcl	1	
olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide	1	
olmesartan medoxomil tabs	1	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
perindopril erbumine	1	
quinapril hydrochloride	1	
quinapril/hydrochlorothiazide	1	
ramipril	1	
spironolactone/hydrochlorothiazide	2	
spironolactone tabs	1	
TEKTURNA HCT	3	
telmisartan	1	
telmisartan/hydrochlorothiazide	1	
trandolapril	1	
valsartan/hydrochlorothiazide	1	
valsartan tabs	1	
Medicamentos cardíacos		
amiodarone hydrochloride tabs 200mg	2	
amiodarone hydrochloride tabs 100mg, 400mg	3	
CAMZYOS	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
CORLANOR	4	
digitek tabs 0.125mg, 0.25mg	1	
digox	1	
digoxin oral soln	1	
digoxin inj 0.25mg/ml	1	
digoxin tabs 125mcg, 250mcg	1	
digoxin tabs 62.5mcg	4	
disopyramide phosphate	4	
dofetilide	4	
flecainide acetate	2	
mexiletine hcl	2	
MULTAQ	3	
NORPACE CR	4	
propafenone hcl	2	
propafenone hydrochloride er	4	
quinidine gluconate cr	3	
quinidine sulfate tabs	2	
ranolazine er	3	
Medicamentos gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
loperamide hcl caps	2	
opium	2	
opium tincture tinc 1%	2	
XERMELO	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiinflamatorios		
alosetron hydrochloride	5	NEDS
balsalazide disodium	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
mesalamine dr	4	
mesalamine er	4	
mesalamine enem, kit, supp	4	
Agentes antiulcerosos y supresores de ácido		
bismuth subcitrate pot/metronidazole/tetracycline hydrochlo	2	
cimetidine tabs	3	
DEXLANSOPRAZOLE	3	
esomeprazole magnesium cpdr	3	
esomeprazole magnesium pack	4	
famotidine susr	4	
famotidine tabs 20mg, 40mg	1	
lansoprazole/amoxicillin/clarithromycin thpk	3	
lansoprazole cpdr	2	
lansoprazole tbdd	4	
misoprostol tabs	2	
nizatidine soln	2	
omeprazole dr cpdr 10mg	1	
omeprazole/sodium bicarbonate caps	4	
omeprazole/sodium bicarbonate pack	5	NEDS
omeprazole cpdr 20mg, 40mg	1	
pantoprazole sodium tbec	2	
pantoprazole sodium pack	4	
PYLERA	3	
rabeprazole sodium	3	
sucralfate tabs	2	
sucralfate susp	3	
Agentes colelitolíticos		
ursodiol caps 300mg	3	
ursodiol caps 200mg	4	
ursodiol tabs	4	
Agentes procinéticos		
metoclopramide hcl inj, oral soln	2	
metoclopramide hcl tabs 5mg	1	
metoclopramide hydrochloride tabs 10mg	1	
metoclopramide odt	2	
Antieméticos		
aprepitant caps 0, 40mg, 80mg	3	PA BvD
aprepitant caps 125mg	5	PA BvD; NEDS
dronabinol	4	PA BvD
granisetron hydrochloride tabs	3	PA BvD
meclizine hcl tabs	2	
ondansetron hcl soln	2	PA BvD
ondansetron hcl tabs 24mg	2	PA BvD
ondansetron hydrochloride tabs	2	PA BvD
ondansetron odt	2	PA BvD

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
scopolamine	3	
Catárticos y laxantes		
CLENPIQ	3	
gavilyte-c	2	
gavilyte-g	2	
gavilyte-n/flavor pack	2	
OSMOPREP	4	
peg-3350/electrolytes	2	
peg-3350/electrolytes/ascorbate	3	
peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl	2	
peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic	3	
sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate	3	
Digestivos		
CREON CPEP 120000UNIT; 24000UNIT; 76000UNIT, 15000UNIT; 3000UNIT; 9500UNIT, 180000UNIT; 36000UNIT; 114000UNIT, 30000UNIT; 6000UNIT; 19000UNIT, 60000UNIT; 12000UNIT; 38000UNIT	3	
ZENPEP CPEP 105000UNIT; 25000UNIT; 79000UNIT, 14000UNIT; 3000UNIT; 10000UNIT, 168000UNIT; 40000UNIT; 126000UNIT, 24000UNIT; 5000UNIT; 17000UNIT, 252600UNIT; 60000UNIT; 189600UNIT, 42000UNIT; 10000UNIT; 32000UNIT, 63000UNIT; 15000UNIT; 47000UNIT, 84000UNIT; 20000UNIT; 63000UNIT	3	
Medicamentos GI, varios		
BYLVAY	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
BYLVAY (PELLETS)	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
CHOLBAM	5	PA; NEDS
GATTEX	5	PA; NEDS
LINZESS	3	
LIVMARLI	5	PA; NEDS
lubiprostone	3	
MOVANTIK	3	
RELISTOR	5	NEDS
SKYRIZI INJ 600MG/10ML	5	PA; NEDS
SKYRIZI INJ 180MG/1.2ML	5	QL(1.2 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 360MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 28 días); PA; NEDS
Preparaciones para ojos, oídos, nariz y garganta		
Agentes antialérgicos		
ALOCRIL	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ALOMIDE	4	
azelastine hcl ophthalmic soln	2	
azelastine hcl nasal soln 0.15%	2	QL(120 ML por 90 días)
azelastine hydrochloride soln 0.1%	2	QL(120 ML por 90 días)
bepotastine besilate	3	
cromolyn sodium soln 4%	1	
epinastine hcl	4	
olopatadine hcl ophthalmic soln	3	
olopatadine hcl nasal soln	3	QL(91.5 GM por 90 días)
olopatadine hydrochloride soln 0.2%	3	
Agentes antiglaucoma		
acetazolamide er	3	
acetazolamide tabs	2	
ALPHAGAN P SOLN 0.1%	3	
betaxolol hcl soln 0.5%	3	
BETIMOL	4	
BETOPTIC-S	3	
bimatoprost soln	2	
brimonidine tartrate/timolol maleate	3	
brimonidine tartrate soln 0.2%	2	
brimonidine tartrate soln 0.1%	3	
brimonidine tartrate soln 0.15%	4	
brinzolamide	3	
carteolol hcl	2	
dorzolamide hcl/timolol maleate	2	
dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf	4	
dorzolamide hydrochloride soln	2	
latanoprost soln	2	
levobunolol hcl soln 0.5%	1	
LUMIGAN	3	
methazolamide tabs	4	
PHOSPHOLINE IODIDE SOLR 0.125%	3	
pilocarpine hcl soln 1%, 2%, 4%	2	
RHOPRESSA	3	
ROCKLATAN	3	
SIMBRINZA	3	
tafluprost	3	
timolol maleate ophthalmic gel forming	3	
timolol maleate soln 0.25%, 0.5%	1	
timolol maleate soln 0.25%, 0.5%	3	
travoprost	3	
VYZULTA	3	
Agentes antiinflamatorios		
ALREX	3	
bromfenac	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
bromfenac sodium soln 0.07%	3	
bromfenac sodium soln 0.075%	4	
BROMSITE	4	
ciprofloxacin/dexamethasone	3	
CORTISPORIN-TC	4	
cyclosporine emul 0.05%	3	
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic soln 0.1%	2	
diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%	2	
difluprednate	3	
flac	2	
FLAREX	3	
flunisolide soln 0.025%	3	QL(150 ML por 90 días)
fluocinolone acetonide oil 0.01%	2	
fluorometholone susp	2	
flurbiprofen sodium	1	
fluticasone propionate susp 50mcg/act	1	QL(48 GM por 90 días)
FML	3	
FML FORTE	4	
hydrocortisone/acetic acid	2	
ILEVRO	3	
INVELTYS	4	
ketorolac tromethamine	2	
LOTEMAX OINT	4	
loteprednol etabonate	3	
MAXIDEX SUSP	4	
mometasone furoate susp 50mcg/act	3	QL(102 GM por 90 días)
neo-polycin hc	2	
neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone	2	
neomycin/polymyxin/dexamethasone	2	
neomycin/polymyxin/hc	2	
neomycin/polymyxin/hydrocortisone ophthalmic susp, otic susp	2	
PRED MILD	3	
prednisolone acetate	3	
prednisolone sodium phosphate ophthalmic soln 1%	2	
PROLENSA	3	
RESTASIS	3	
RESTASIS MULTIDOSE	3	
sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate	2	
TOBRADEX ST	3	
TOBRADEX OINT	3	
tobramycin/dexamethasone	3	
ZYLET	3	
Anestésicos locales		
lidocaine hydrochloride viscous	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
lidocaine viscous	2	
Antiinfecciosos		
AZASITE	4	
bacitracin	4	
bacitracin/polymyxin b	2	
BESIVANCE	4	
chlorhexidine gluconate	1	
ciprofloxacin hydrochloride soln 0.3%	1	
ciprofloxacin soln 0.2%	2	
erythromycin oint 5mg/gm	2	
gatifloxacin	4	
gentak oint	2	
gentamicin sulfate ophthalmic soln 0.3%	2	
levofloxacin ophthalmic soln 0.5%, 1.5%	3	
moxifloxacin hydrochloride soln 0.5%	2	
NATACYN	4	
neo-polycin	2	
neomycin/bacitracin/polymyxin	2	
neomycin/polymyxin/gramicidin	2	
ofloxacin ophthalmic soln 0.3%	2	
ofloxacin otic soln 0.3%	3	
periogard	1	
polycin	2	
polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate	2	
sulfacetamide sodium oint 10%	2	
sulfacetamide sodium soln 10%	2	
tobramycin soln 0.3%	2	
trifluridine soln	2	
XDEMVY	5	PA; NEDS
ZIRGAN	4	
Medicamentos para OONG, varios		
acetic acid	2	
apraclonidine	3	
CYSTARAN	3	
OXERVATE	5	PA; NEDS
Midriáticos		
atropine sulfate soln 1%	2	
cyclopentolate hcl soln 2%	2	
cyclopentolate hydrochloride soln	2	
Recursos		
Recursos		
alcohol prep pads	2	
b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x 5/16"	2	
bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x 1/2"	2	
bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x 12.7mm	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm	2	
bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"	2	
bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm	2	
bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm	2	
curity gauze pads 2"x2" 12 ply	2	
gauze pads 2"x2"	2	
gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"	2	
gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"	2	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	4	
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	4	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	4	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	4	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	4	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	4	
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	4	
techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"	2	
techlite pen needles 29g x 10mm	2	
trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x 1/2"	2	
trueplus pen needles 29gx12mm	2	
Relajantes musculares suaves		
Relajantes musculares suaves genitourinarios		
darifenacin hydrobromide er	4	
fesoterodine fumarate er	4	
flavoxate hcl	2	
GEMTESA	4	
MYRBETRIQ	3	
oxybutynin chloride er	2	
oxybutynin chloride soln	1	
oxybutynin chloride tabs 5mg	1	
oxybutynin chloride tabs 2.5mg	3	
solifenacin succinate	3	
tolterodine tartrate	3	
tolterodine tartrate er	3	
trospium chloride	3	
trospium chloride er	4	
Relajantes musculares suaves respiratorios		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
elixophyllin	2	
theophylline er tb24	2	
theophylline er tb12 300mg, 450mg	2	
theophylline elix	2	
Skin and Mucous Membrane Preparations		
Anti-infectives		
acyclovir crea 5%	3	
ciclopirox nail lacquer	3	
ciclopirox olamine	2	
ciclopirox gel, susp	2	
ciclopirox sham	4	
CLEOCIN	4	
clindacin	4	
clindacin etz pledgets	2	
clindacin-p	2	
clindamycin phosphate/benzoyl peroxide	4	
clindamycin phosphate crea 2%	2	
clindamycin phosphate foam 1%	4	
clindamycin phosphate gel 1%	2	
clindamycin phosphate lotn 1%	4	
clindamycin phosphate external soln 1%	2	
clindamycin phosphate swab 1%	2	
clindamycin/benzoyl peroxide	4	
clotrimazole/betamethasone dipropionate crea	3	
clotrimazole/betamethasone dipropionate lotn	4	
clotrimazole soln, troc	2	
clotrimazole crea	3	
econazole nitrate	3	
ery	2	
erythromycin/benzoyl peroxide	4	
erythromycin gel 2%	2	
erythromycin soln 2%	2	
gentamicin sulfate crea 0.1%	3	
gentamicin sulfate oint 0.1%	3	
GYNAZOLE-1	4	
ivermectin crea 1%	4	
ketoconazole crea 2%	3	QL(120 GM por 30 días)
ketoconazole foam 2%	4	
ketoconazole sham 2%	2	
KETODAN	4	
malathion	4	
MENTAX	4	
metronidazole vaginal	3	
metronidazole crea 0.75%	2	
metronidazole gel 0.75%, 1%	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
metronidazole lotn 0.75%	4	
miconazole 3	2	
mupirocin oint	2	QL(44 GM por 30 días)
mupirocin crea	3	QL(180 GM por 30 días)
naftifine hcl	3	
naftifine hydrochloride crea 2%	3	
NEUAC	4	
NUVESSA	4	
nyamyc	2	
nystatin crea 100000unit/gm	2	
nystatin oint 100000unit/gm	2	
nystatin powd 100000unit/gm	2	
nystop	2	
oxiconazole nitrate	4	QL(90 GM por 30 días)
penciclovir	4	
permethrin	3	
rosadan	2	
selenium sulfide	2	
silver sulfadiazine	2	
ssd	2	
sulfacetamide sodium lotn 10%	3	
SULFAMYLON	4	
terconazole crea	2	
terconazole supp	3	
Anti-inflammatory Agents		
ala-cort	1	
alclometasone dipropionate oint	2	
alclometasone dipropionate crea	4	
amcinonide lotn	2	
amcinonide crea	4	
betamethasone dipropionate augmented crea, oint	2	
betamethasone dipropionate augmented gel, lotn	4	
betamethasone dipropionate lotn	2	
betamethasone dipropionate crea, oint	4	
betamethasone valerate crea, lotn, oint	2	
betamethasone valerate foam	4	
budesonide foam 2mg	3	
calcipotriene/betamethasone dipropionate	4	
clobetasol propionate e	3	QL(240 GM por 30 días)
clobetasol propionate emollient	4	QL(200 GM por 30 días)
clobetasol propionate soln	3	QL(200 ML por 30 días)
clobetasol propionate gel, oint	3	QL(240 GM por 30 días)
clobetasol propionate foam	4	QL(200 GM por 30 días)
clobetasol propionate lotn, sham	4	QL(236 ML por 30 días)
clobetasol propionate crea	4	QL(240 GM por 30 días)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
clobetasol propionate liqd	4	QL(250 ML por 30 días)
clocortolone pivalate	4	
clodan	3	QL(236 ML por 30 días)
CORDRAN	4	
desonide	4	
desoximetasone	4	
DESRX	4	
diclofenac sodium gel 3%	3	QL(200 GM por 30 días)
diclofenac sodium gel 1%	3	QL(960 GM por 30 días)
diclofenac sodium external soln 1.5%	4	QL(300 ML por 30 días)
diflorasone diacetate	4	
EUCRISA	4	PA
fluocinolone acetonide body	4	
fluocinolone acetonide scalp	3	
fluocinolone acetonide crea 0.01%, 0.025%	3	
fluocinolone acetonide oint 0.025%	3	
fluocinolone acetonide soln 0.01%	4	
fluocinonide emulsified base	4	
fluocinonide crea	3	
fluocinonide gel, oint, soln	4	
fluticasone propionate crea 0.05%	2	
fluticasone propionate lotn 0.05%	4	
fluticasone propionate oint 0.005%	2	
halcinonide	3	
halobetasol propionate	4	
hydrocortisone butyrate lotn	1	
hydrocortisone butyrate crea, oint, soln	4	
hydrocortisone valerate	4	
hydrocortisone crea 1%, 2.5%	1	
hydrocortisone crea 1%, 2.5%	2	
hydrocortisone enem 100mg/60ml	4	
hydrocortisone lotn 2.5%	1	
hydrocortisone oint 1%, 2.5%	1	
mometasone furoate crea 0.1%	1	
mometasone furoate oint 0.1%	1	
mometasone furoate soln 0.1%	2	
nystatin/triamcinolone crea	2	
nystatin/triamcinolone oint	3	
oralone dental paste	2	
prednicarbate	2	
procto-med hc	2	
procto-pak	2	
proctosol hc	2	
proctozone-hc	2	
TOVET	4	QL(200 GM por 30 días)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
triamcinolone acetonide dental paste	2	
triamcinolone acetonide aers 0.147mg/gm	4	
triamcinolone acetonide crea 0.025%, 0.1%, 0.5%	2	
triamcinolone acetonide lotn 0.025%, 0.1%	2	
triamcinolone acetonide oint 0.025%, 0.1%, 0.5%	2	
triamcinolone acetonide oint 0.05%	3	
TRIANEX	3	
triderm	2	
TRITOCIN	3	
UCERIS	4	
Antipruritics and Local Anesthetics		
doxepin hydrochloride crea 5%	4	QL(90 GM por 30 días)
hydrocortisone acetate/pramoxine	2	
lidocaine hydrochloride external soln 4%	2	QL(100 ML por 30 días)
lidocaine/prilocaine	3	QL(60 GM por 30 días)
lidocaine oint	3	QL(100 GM por 30 días)
lidocaine ptch	3	QL(90 EA por 30 días); PA
premium lidocaine	3	QL(100 GM por 30 días)
Cell Stimulants and Proliferants		
avita	2	PA
RETIN-A MICRO PUMP	4	PA
tretinoin microsphere gel 0.04%, 0.1%	4	PA
tretinoin crea 0.025%, 0.05%, 0.1%	2	PA
tretinoin gel 0.01%, 0.025%, 0.05%	4	PA
Emollients, Demulcents, and Protectants		
ammonium lactate lotn	2	
ammonium lactate crea	3	
Skin and Mucous Membrane Agents, Misc		
accutane	4	
acitretin	4	
adapalene	4	PA
amnesteem	2	
azelaic acid	3	
AZELEX	4	
bexarotene gel 1%	5	PA NSO; NEDS
calcipotriene crea	3	QL(120 GM por 30 días)
calcipotriene oint	4	QL(120 GM por 30 días)
calcipotriene soln	4	QL(120 ML por 30 días)
calcitriol oint 3mcg/gm	3	
claravis	4	
CONDYLOX	4	
DUPIXENT INJ 200MG/1.14ML, 300MG/2ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
fluorouracil crea	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
fluorouracil soln	4	
HYFTOR	5	PA; NEDS
imiquimod pump	4	
imiquimod crea 5%	3	
imiquimod crea 3.75%	4	
isotretinoin	4	
KLISYRI	5	PA; NEDS
MYORISAN	4	
PANRETIN	5	NEDS
pimecrolimus	3	
podofilox soln 0.5%	2	
RECTIV	4	QL(30 GM por 30 días)
REGRANEX	3	
SANTYL	3	
SKYRIZI PEN	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 75MG/0.83ML	5	QL(1 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
STELARA INJ 45MG/0.5ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
STELARA INJ 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
tacrolimus oint 0.03%, 0.1%	3	
tazarotene crea, gel	3	PA
tazarotene foam	4	PA
TAZORAC	4	PA
VALCHLOR	5	NEDS; SP-Optum Specialty
WINLEVI	4	PA
ZENATANE	4	
Vitamina		
Preparaciones multivitamínicas		
prenatal	2	
Vitaminas		
Complejo de Vitamina B		
cyanocobalamin inj 1000mcg/ml	2	EC
folic acid tabs 1mg	1	EC
niacin tabs 500mg	2	
niacor	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Vitamina D		
calcitriol caps 0.25mcg, 0.5mcg	2	
calcitriol soln 1mcg/ml	2	
doxercalciferol caps	4	
paricalcitol caps	2	
RAYALDEE	4	
vitamin d caps 50000unit	1	QL(4 EA por 28 días); EC

Índice de Drogas

Nombre del medicamento	Página
abacavir	6
abacavir sulfate/lamivudine	7
abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine	7
ABELCET	5
ABILIFY ASIMTUFII	18
ABILIFY MAINTENA	18
ABILIFY MYCITE	18
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	18
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	19
abiraterone acetate	9
ABRYSVO	36
acamprosate calcium dr	18
acarbose	43
accutane	66
acebutolol hydrochloride	53
acetaminophen/codeine	22
acetazolamide	59
acetazolamide er	59
acetic acid	61
acetic acid 0.25%	42
acetylcysteine	33
acitretin	66
ACTHIB	36
ACTIMMUNE	32
acyclovir	7
acyclovir	63
acyclovir sodium	7
ADACEL	36
adapalene	66
adefovir dipivoxil	7
ADEMPAS	29
ADTHYZA	45
AIMOVIG	17
AKEEGA	9
ala-cort	64
albendazole	5
albuterol sulfate	51
albuterol sulfate hfa	51
alclometasone dipropionate	64
alcohol prep pads	61
ALECENSA	9
alendronate sodium	33
alfuzosin hcl er	51
aliskiren	55
allopurinol	31
almotriptan	17
ALOCRIL	58
ALOMIDE	59
alosetron hydrochloride	56
ALPHAGAN P	59
alprazolam	24
alprazolam er	24
alprazolam odt	24
ALREX	59
ALUNBRIG	9
alyq	55
amabelz	49
amantadine hcl	17
ambrisentan	29
amcinonide	64
amethia	47
amikacin sulfate	2
amiloride hcl	41
amiloride/hydrochlorothiazide	41
aminocaproic acid	37
AMINOSYN II	39
AMINOSYN-PF 7%	39
amiodarone hydrochloride	56
amitriptyline hcl	19
amitriptyline hydrochloride	19
amlodipine besylate	54
amlodipine besylate/atorvastatin calcium	53
amlodipine besylate/benazepril hydrochloride	53
amlodipine besylate/valsartan	53
amlodipine/olmesartan medoxomil	54
amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide	54
ammonium lactate	66
amnesteem	66
amoxapine	19
amoxicillin	2
amoxicillin/clavulanate potassium	2
amoxicillin/clavulanate potassium er	2
amphetamine/dextroamphetamine	16
amphotericin b	5
amphotericin b liposome	5
ampicillin	2
ampicillin sodium	2
ampicillin/sulbactam	2

ID de formulario: 24517, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página
ampicillin-sulbactam	2
anagrelide hydrochloride	37
anastrozole	49
ANORO ELLIPTA	50
APLENZIN	19
apraclonidine	61
aprepitant	57
apri	47
APTIOM	25
APTIVUS	7
ARCALYST	34
AREXVY	36
arformoterol tartrate	51
ARIKAYCE	2
aripiprazole	19
aripiprazole odt	19
ARISTADA	19
ARISTADA INITIO	19
armodafinil	16
ARMOUR THYROID	45
asenapine maleate sl	19
ashlyna	47
aspirin/dipyridamole er	37
atazanavir	7
atazanavir sulfate	7
atenolol	53
atenolol/chlorthalidone	53
atomoxetine	18
atomoxetine hydrochloride	18
atorvastatin calcium	52
atovaquone	6
atovaquone/proguanil hcl	6
atropine sulfate	61
ATROVENT HFA	50
AUBAGIO	32
AUGMENTIN	2
AUGTYRO	9
AURYXIA	40
AUSTEDO	27
AUVELITY	19
AVEED	47
aviane	47
avita	66
AVONEX	32
AVONEX PEN	32
AVYCAZ	2
AYVAKIT	9
AZASITE	61
azathioprine	33
azelaic acid	66
azelastine hcl	59
azelastine hydrochloride	59
AZELEX	66
azithromycin	2
aztreonam	2
bacitracin	61
bacitracin/polymyxin b	61
baclofen	52
BAFIERTAM	32
balsalazide disodium	56
BALVERSA	9
balziva	47
BAQSIMI ONE PACK	45
BAQSIMI TWO PACK	45
BAXDELA	2
BCG VACCINE	36
bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x 1/2"	61
b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x 5/16"	61
bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x 12.7mm	61
bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm	62
bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"	62
bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm	62
bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm	62
BELBUCA	22
BELSOMRA	24
benazepril hcl	55
benazepril hydrochloride	55
benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide	55
BENLYSTA	33
BENZNIDAZOLE	6
benzonatate	29
benztropine mesylate	17
bepotastine besilate	59
BERINERT	34
BESIVANCE	61
BESREMI	9
betaine anhydrous	34

Puede 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
betamethasone dipropionate	64
betamethasone dipropionate augmented	64
betamethasone valerate	64
BETASERON	32
betaxolol hcl	53
betaxolol hcl	59
bethanechol chloride	50
BETIMOL	59
BETOPTIC-S	59
BEVESPI AEROSPHERE	50
bexarotene	10
bexarotene	66
BEXSERO	36
bicalutamide	10
BICILLIN C-R	2
BICILLIN L-A	2
BIKTARVY	7
bimatoprost	59
bismuth subcitrate pot/metronidazole/tetracycline hydrochlo	57
bisoprolol fumarate	53
bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide	53
BIVIGAM	36
BOOSTRIX	36
bortezomib	10
bosentan	29
BOSULIF	10
BRAFTOVI	10
BREO ELLIPTA	42
BREYNA	42
BREZTRI AEROSPHERE	42
briellyn	47
BRILINTA	37
brimonidine tartrate	59
brimonidine tartrate/timolol maleate	59
brinzolamide	59
BRIVIACT	25
bromfenac	59
bromfenac sodium	60
bromocriptine mesylate	17
BROMSITE	60
BRONCHITOL	28
BRUKINSA	10
budesonide	42
budesonide	64
budesonide er	42
budesonide/formoterol fumarate dihydrate	42
bumetanide	41
buprenorphine	22
buprenorphine hcl	22
buprenorphine hcl/naloxone hcl	22
buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride	22
bupropion hcl	19
bupropion hydrochloride	19
bupropion hydrochloride er (sr)	19
bupropion hydrochloride er (xl)	19
buspirone hcl	24
buspirone hydrochloride	24
butorphanol tartrate	22
BYDUREON BCISE	43
BYETTA	43
BYLVAY	58
BYLVAY (PELLETS)	58
cabergoline	17
CABLIVI	37
CABOMETYX	10
calcipotriene	66
calcipotriene/betamethasone dipropionate	64
calcitonin salmon	45
calcitonin-salmon	45
calcitriol	66
calcitriol	68
calcium acetate	41
CALQUENCE	10
camila	47
CAMZYOS	56
candesartan cilexetil	55
candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide	55
CAPLYTA	19
CAPRELSA	10
captopril	55
carbamazepine	25
carbamazepine er	25
carbidopa	17
carbidopa/levodopa	17
carbidopa/levodopa er	17
carbidopa/levodopa odt	17
carbidopa/levodopa/entacapone	17
CARDURA XL	53
carglumic acid	41
carteolol hcl	59

Puede 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
cartia xt	54
carvedilol	53
carvedilol phosphate er	53
caspofungin acetate	6
CAYSTON	2
cefaclor	2
cefadroxil	2
cefazolin	2
cefazolin sodium	2
cefazolin sodium/dextrose	2
cefdinir	2
cefepime	2
cefepime hydrochloride	2
cefepime/dextrose	2
cefixime	2
cefotetan	2
cefoxitin sodium	2
cefpodoxime proxetil	2
cefprozil	2
ceftazidime	2
ceftriaxone in iso-osmotic dextrose	3
ceftriaxone sodium	3
ceftriaxone/dextrose	3
cefuroxime axetil	3
cefuroxime sodium	3
celecoxib	22
CELONTIN	25
cephalexin	3
CERDELGA	34
cevimeline hydrochloride	50
CHEMET	35
chlordiazepoxide/amitriptyline	19
chlorhexidine gluconate	61
chloroquine phosphate	6
chlorpromazine hcl	19
chlorpromazine hydrochloride	19
chlorthalidone	41
CHOLBAM	58
cholestyramine	52
cholestyramine light	52
ciclopirox	63
ciclopirox nail lacquer	63
ciclopirox olamine	63
cidofovir	7
cilostazol	37
CIMDUO	7
cimetidine	57
cinacalcet hydrochloride	45
CINRYZE	34
ciprofloxacin	3
ciprofloxacin	61
ciprofloxacin hcl	3
ciprofloxacin hydrochloride	3
ciprofloxacin hydrochloride	61
ciprofloxacin i.v.-in d5w	3
ciprofloxacin/dexamethasone	60
citalopram hydrobromide	19
claravis	66
clarithromycin	3
clarithromycin er	3
CLENPIQ	58
CLEOCIN	63
clindacin	63
clindacin etz pledgets	63
clindacin-p	63
clindamycin hcl	3
clindamycin hydrochloride	3
clindamycin palmitate hydrochloride	3
clindamycin phosphate	3
clindamycin phosphate	63
clindamycin phosphate/benzoyl peroxide	63
clindamycin phosphate/dextrose	3
clindamycin/benzoyl peroxide	63
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10%	39
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5%	39
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	39
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	39
CLINIMIX 6/5	39
CLINIMIX 8/10	39
CLINIMIX E 2.75%/DEXTROSE 5%	39
CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 10%	39
CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 5%	39
CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 15%	39
CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 20%	39
CLINIMIX E 8/10	39
CLINISOL SF 15%	40
clobazam	25
clobetasol propionate	64
clobetasol propionate e	64
clobetasol propionate emollient	64
clocortolone pivalate	65
clodan	65

Puede 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
clomipramine hydrochloride	19
clonazepam	26
clonazepam odt	26
clonidine	54
clonidine hydrochloride	54
clonidine hydrochloride er	54
clopidogrel	37
clorazepate dipotassium	24
clotrimazole	63
clotrimazole/betamethasone dipropionate	63
clozapine	19
clozapine odt	19
COARTEM	6
codeine sulfate	22
colchicine	31
colesevelam hydrochloride	52
colestipol hcl	52
colistimethate sodium	3
COMBIPATCH	49
COMBIVENT RESPIMAT	51
COMETRIQ	10
COMPLERA	7
CONDYLOX	66
constulose	41
COPAXONE	32
COPIKTRA	10
CORDRAN	65
CORLANOR	56
CORTIFOAM	16
CORTISPORIN-TC	60
CORTROPHIN	49
COSENTYX	30
COSENTYX SENSOREADY PEN	30
COSENTYX UNOREADY	30
COTELLIC	10
CREON	58
cromolyn sodium	28
cromolyn sodium	59
curity gauze pads 2"x2" 12 ply	62
CUVITRU	36
cyanocobalamin	67
cyclobenzaprine hydrochloride	52
cyclopentolate hcl	61
cyclopentolate hydrochloride	61
cyclophosphamide	10
CYCLOSET	43
cyclosporine	33
cyclosporine	60
cyclosporine modified	33
cyproheptadine hcl	35
cyproheptadine hydrochloride	35
CYSTAGON	34
CYSTARAN	61
dabigatran etexilate	37
dalfampridine er	34
DALVANCE	3
danazol	47
dantrolene sodium	52
dapsone	5
DAPTACEL	36
daptomycin	3
daptomycin/sodium chloride	3
darifenacin hydrobromide er	62
darunavir	7
DARZALEX	10
DAURISMO	10
DAYVIGO	25
deblitane	47
deferasirox	35
deferiprone	35
DELSTRIGO	7
demeclocycline hcl	3
DENGVAXIA	36
DEPO-ESTRADIOL	49
DEPO-MEDROL	42
DEPO-SUBQ PROVERA 104	49
DESCOVY	7
desipramine hydrochloride	19
desloratadine	36
desloratadine odt	36
desmopressin acetate	49
desogestrel/ethinyl estradiol	47
desonide	65
desoximetasone	65
DESRX	65
desvenlafaxine er	19
dexamethasone	43
dexamethasone 10-day dose pack	42
dexamethasone 13-day dose pack	42
dexamethasone 6-day dose pack	42
dexamethasone intensol	42
dexamethasone sodium phosphate	43

Puede 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
dexamethasone sodium phosphate	60
DEXLANSOPRAZOLE	57
dexmethylphenidate hcl	16
dexmethylphenidate hcl er	16
dexmethylphenidate hydrochloride	16
dexmethylphenidate hydrochloride er	16
dextroamphetamine sulfate	16
dextroamphetamine sulfate er	16
dextrose 10%	40
dextrose 10%/sodium chloride 0.2%	41
dextrose 10%/sodium chloride 0.45%	41
dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%	41
dextrose 5%	40
dextrose 5%/sodium chloride 0.2%	41
dextrose 5%/sodium chloride 0.3%	41
dextrose 5%/sodium chloride 0.33%	41
dextrose 5%/sodium chloride 0.45%	41
dextrose 5%/sodium chloride 0.9%	41
dextrose 50%	40
dextrose 70%	40
dextrose/sodium chloride	41
DIACOMIT	26
diazepam	25
diazepam intensol	25
diazepam rectal gel	25
diazoxide	45
dichlorphenamide	33
diclofenac epolamine	22
diclofenac potassium	22
diclofenac sodium	60
diclofenac sodium	65
diclofenac sodium dr	22
diclofenac sodium er	22
diclofenac sodium/misoprostol	22
dicloxacillin sodium	3
dicyclomine hcl	50
dicyclomine hydrochloride	50
DIFICID	3
diflorasone diacetate	65
diflunisal	22
difluprednate	60
digitek	56
digox	56
digoxin	56
dihydroergotamine mesylate	51
DILANTIN	26
DILANTIN INFATABS	26
DILANTIN-125	26
diltiazem hcl	54
diltiazem hcl cd	54
diltiazem hcl er	54
diltiazem hydrochloride	54
diltiazem hydrochloride er	54
dilt-xr	54
dimethyl fumarate	32
dimethyl fumarate starterpack	32
diphenhydramine hydrochloride	35
diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric	36
dipyridamole	55
disopyramide phosphate	56
disulfiram	33
divalproex sodium	26
divalproex sodium dr	26
divalproex sodium er	26
docetaxel	10
dofetilide	56
donepezil hcl	50
donepezil hydrochloride	51
DOPTELET	38
dorzolamide hcl/timolol maleate	59
dorzolamide hydrochloride	59
dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf	59
dotti	49
DOVATO	7
doxazosin mesylate	53
doxepin hcl	19
doxepin hydrochloride	19
doxepin hydrochloride	66
doxercalciferol	68
DOXY 100	3
doxycycline	3
doxycycline hyclate	3
doxycycline hyclate dr	3
doxycycline monohydrate	3
DRIZALMA SPRINKLE	19
dronabinol	57
drospirenone/ethinyl estradiol	47
DROXIA	10
droxidopa	51
duloxetine hcl	19

Puede 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
duloxetine hydrochloride	19
DUPIXENT	28
DUPIXENT	66
dutasteride	33
dutasteride/tamsulosin hydrochloride	33
ec-naproxen	22
econazole nitrate	63
EDURANT	7
efavirenz	7
efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate	7
efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate	7
effer-k	41
EGRIFTA SV	46
ELESTRIN	49
eletriptan hydrobromide	17
ELIGARD	48
ELIQUIS	37
ELIQUIS STARTER PACK	37
elixophyllin	63
ELMIRON	34
eluryng	47
EMCYT	10
EMGALITY	17
EMSAM	17
emtricitabine	7
emtricitabine/tenofovir disoproxil	7
emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate	7
EMTRIVA	7
enalapril maleate	55
enalapril maleate/hydrochlorothiazide	55
ENBREL	30
ENBREL MINI	30
ENBREL SURECLICK	30
ENDARI	34
endocet	22
ENGERIX-B	36
enilloring	47
enoxaparin sodium	38
entacapone	17
entecavir	7
ENTRESTO	55
enulose	41
ENVARSUS XR	33
EPCLUSA	7
EPIDIOLEX	26
epinastine hcl	59
epinephrine	51
epitol	26
eplerenone	55
EPRONTIA	26
EQUETRO	26
ergoloid mesylates	51
ERIVEDGE	10
ERLEADA	10
erlotinib hydrochloride	11
errin	47
ertapenem	3
ertapenem sodium	3
ery	63
erythromycin	3
erythromycin	61
erythromycin	63
erythromycin base	3
erythromycin dr	3
erythromycin ethylsuccinate	3
erythromycin/benzoyl peroxide	63
ESBRIET	27
escitalopram oxalate	19
esomeprazole magnesium	57
estazolam	25
estradiol	49
estradiol valerate	49
estradiol/norethindrone acetate	49
ESTRING	49
eszopiclone	25
ethacrynic acid	41
ethambutol hydrochloride	5
ethosuximide	26
etodolac	22
etodolac er	22
etonogestrel/ethinyl estradiol	47
etravirine	7
EUCRISA	65
euthyrox	45
EVAMIST	49
EVENITY	31
everolimus	11
everolimus	33
EVOTAZ	7
EVRYSDI	34

Puede 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
exemestane	49
EXKIVITY	11
EXSERVAN	18
EXTAVIA	32
ezetimibe	52
ezetimibe/simvastatin	52
falmina	47
famciclovir	7
famotidine	57
FANAPT	19
FANAPT TITRATION PACK	19
FARXIGA	43
FASENRA	28
FASENRA PEN	28
febuxostat	31
felbamate	26
felodipine er	54
FEMRING	49
fenofibrate	52
fenofibrate micronized	52
fenofibric acid dr	52
fentanyl	23
fentanyl citrate	23
fentanyl citrate oral transmucosal	22
fesoterodine fumarate er	62
FETZIMA	19
FETZIMA TITRATION PACK	19
finasteride	33
fingolimod hydrochloride	32
FINTEPLA	26
finzala	47
FIRDAPSE	34
FIRMAGON	48
FIRVANQ	3
flac	60
FLAREX	60
flavoxate hcl	62
FLEBOGAMMA DIF	36
flecainide acetate	56
FLOLIPID	52
FLOVENT DISKUS	43
fluconazole	6
fluconazole in sodium chloride	6
flucytosine	6
fludrocortisone acetate	43
flunisolide	60
fluocinolone acetonide	60
fluocinolone acetonide	65
fluocinolone acetonide body	65
fluocinolone acetonide scalp	65
fluocinolone acetonide topical	16
fluocinonide	65
fluocinonide emulsified base	65
fluorometholone	60
fluorouracil	66
fluoxetine dr	20
fluoxetine hydrochloride	20
fluphenazine decanoate	20
fluphenazine hcl	20
fluphenazine hydrochloride	20
flurazepam hcl	25
flurazepam hydrochloride	25
flurbiprofen	23
flurbiprofen sodium	60
flutamide	11
fluticasone propionate	60
fluticasone propionate	65
fluticasone propionate diskus	43
fluticasone propionate hfa	43
fluticasone propionate/salmeterol	51
fluticasone propionate/salmeterol diskus	51
fluvastatin	52
fluvastatin sodium er	52
fluvoxamine maleate	20
fluvoxamine maleate er	20
FML	60
FML FORTE	60
folic acid	67
fondaparinux sodium	38
formoterol fumarate	51
FORTEO	45
fosamprenavir calcium	7
fosfomycin tromethamine	5
fosinopril sodium	55
fosinopril sodium/hydrochlorothiazide	55
FOTIVDA	11
FRAGMIN	38
FREAMINE III	40
frovatriptan succinate	17
FRUZAQLA	11
furosemide	41
FUZEON	7

Puede 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
fyavolv	49
FYCOMPA	26
gabapentin	26
GALAFOLD	34
galantamine hydrobromide	51
galantamine hydrobromide er	51
GAMMAGARD LIQUID	36
GAMMAKED	36
GAMMAPLEX	36
GAMUNEX-C	36
GARDASIL 9	36
gatifloxacin	61
GATTEX	58
gauze pads 2"x2"	62
gavilyte-c	58
gavilyte-g	58
gavilyte-n/flavor pack	58
GAVRETO	11
gefitinib	11
gemfibrozil	52
GEMTESA	62
generlac	41
GENGRAF	33
GENOTROPIN	46
GENOTROPIN MINIQUICK	46
gentak	61
gentamicin sulfate	4
gentamicin sulfate	61
gentamicin sulfate	63
gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride	3
GENVOYA	7
GILOTRIF	11
GLEOSTINE	11
glimepiride	43
glipizide	44
glipizide er	43
glipizide/metformin hydrochloride	43
GLOPERBA	32
GLUCAGEN HYPOKIT	45
GLUCAGON EMERGENCY KIT	45
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	45
glyburide	44
glyburide micronized	44
glyburide/metformin hydrochloride	44
glycopyrrolate	50
glydo	16
GLYXAMBI	44
gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"	62
gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"	62
GOCOVRI	17
granisetron hydrochloride	57
griseofulvin microsize	6
griseofulvin ultramicrosize	6
guanfacine er	18
guanfacine hydrochloride	18
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	45
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	45
GVOKE KIT	45
GVOKE PFS	45
GYNAZOLE-1	63
HAEGARDA	34
halcinonide	65
halobetasol propionate	65
haloette	47
haloperidol	20
haloperidol decanoate	20
haloperidol lactate	20
HARVONI	7
HAVRIX	36
heather	47
heparin sodium	38
heparin sodium/d5w	38
HEPATAMINE	40
HEPLISAV-B	36
HETLIOZ LQ	25
HIBERIX	37
HIZENTRA	36
HORIZANT	26
HUMALOG	44
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	44
HUMALOG KWIKPEN	44
HUMALOG MIX 50/50	44
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	44
HUMALOG MIX 75/25	44
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	44
HUMIRA	31
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	30
HUMIRA PEN	30
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	30

Puede 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
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	30
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	30
HUMULIN 70/30	44
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	44
HUMULIN N	44
HUMULIN N KWIKPEN	44
HUMULIN R	44
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	44
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	44
hydralazine hcl	54
hydralazine hydrochloride	54
hydrochlorothiazide	41
hydrocodone bitartrate er	23
hydrocodone bitartrate/acetaminophen	23
hydrocodone bitartrate/homatropine methylbromide	29
hydrocodone polistirex/chlorpheniramine polistirex	29
hydrocodone/acetaminophen	23
hydrocodone/ibuprofen	23
hydrocortisone	43
hydrocortisone	65
hydrocortisone acetate/pramoxine	66
hydrocortisone butyrate	65
hydrocortisone valerate	65
hydrocortisone/acetic acid	60
hydromorphone hcl	23
hydromorphone hcl er	23
hydromorphone hydrochloride er	23
hydroxychloroquine sulfate	6
hydroxyurea	11
hydroxyzine hcl	25
hydroxyzine hydrochloride	25
hydroxyzine pamoate	25
HYFTOR	67
ibandronate sodium	34
IBRANCE	11
ibu	23
ibuprofen	23
icatibant acetate	34
iclevia	47
ICLUSIG	11
icosapent ethyl	52
IDHIFA	11
ILEVRO	60
imatinib mesylate	11
IMBRUVICA	11
imipenem/cilastatin	4
imipramine hcl	20
imipramine hydrochloride	20
imipramine pamoate	20
imiquimod	67
imiquimod pump	67
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	37
IMPAVIDO	6
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	49
IMVEXXY STARTER PACK	49
INBRIJA	17
INCRELEX	46
INCRUSE ELLIPTA	50
indapamide	41
indomethacin	23
indomethacin er	23
INFANRIX	36
INGREZZA	27
INLYTA	11
INQOVI	11
INREBIC	11
INTELENCE	7
INTRALIPID	40
INTRAROSA	43
INTRON A	11
introvale	47
INVEGA HAFYERA	20
INVEGA SUSTENNA	20
INVEGA TRINZA	20
INVELTYS	60
IPOL INACTIVATED IPV	37
ipratropium bromide	50
ipratropium bromide/albuterol sulfate	51
irbesartan	55
irbesartan/hydrochlorothiazide	55
IRESSA	11
ISENTRESS	8
ISENTRESS HD	8
isoniazid	5
isosorbide dinitrate	55
isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride	55
isosorbide mononitrate	55
isosorbide mononitrate er	55

Puede 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
isotonic gentamicin	4
isotretinoin	67
isradipine	54
itraconazole	6
ivermectin	5
ivermectin	63
IWILFIN	11
IXCHIQ	37
IXIARO	37
JAKAFI	12
jantoven	38
JANUMET	44
JANUMET XR	44
JANUVIA	44
JARDIANCE	44
JAYPIRCA	12
JENTADUETO	44
JENTADUETO XR	44
jinteli	50
joyeaux	47
JULUCA	8
junel 1.5/30	47
junel 1/20	47
junel fe 1.5/30	47
junel fe 1/20	47
junel fe 24	47
JUXTAPID	52
JYLAMVO	12
JYNNEOS	37
KALYDECO	29
kariva	47
kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%	42
kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%	42
kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%	42
kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%	42
kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%	42
kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%	42
kelnor 1/35	48
KENALOG-10	43
KERENDIA	55
KESIMPTA	32
ketoconazole	6
ketoconazole	63
KETODAN	63
ketoprofen	23
ketoprofen er	23
ketorolac tromethamine	60
KINERET	31
KINRIX	36
KISQALI	12
KISQALI FEMARA 200 DOSE	50
KISQALI FEMARA 400 DOSE	50
KISQALI FEMARA 600 DOSE	50
klayesta	16
KLISYRI	67
klor-con	42
klor-con 10	42
klor-con 8	42
klor-con m10	42
klor-con m15	42
klor-con m20	42
klor-con/ef	42
KORLYM	44
KOSELUGO	12
kourzeq	16
k-prime	42
KRAZATI	12
KRISTALOSE	41
KYNMOBI	17
KYPROLIS	12
labetalol hydrochloride	53
lacosamide	26
lactated ringers	42
lactulose	41
LAGEVRIO	8
lamivudine	8
lamivudine/zidovudine	8
lamotrigine	26
lamotrigine er	26
lamotrigine odt	26
lamotrigine starter kit/blue	26
lamotrigine starter kit/green	26
lamotrigine starter kit/orange	26
lamotrigine titration	26
lanreotide acetate	47
lansoprazole	57
lansoprazole/amoxicillin/clarithromycin	57
LANTUS	44
LANTUS SOLOSTAR	44
lapatinib ditosylate	12
larin 1.5/30	48
larin 1/20	48

Nombre del medicamento	Página
larin fe 1.5/30	48
larin fe 1/20	48
latanoprost	59
LAZANDA	23
leflunomide	31
lenalidomide	12
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	12
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	12
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	12
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	12
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	12
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	12
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	12
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	12
lessina	48
letrozole	50
leucovorin calcium	33
LEUKERAN	12
leuprolide acetate	48
levalbuterol	51
levalbuterol hcl	51
levalbuterol hydrochloride	51
levalbuterol tartrate hfa	51
LEVEMIR	44
LEVEMIR FLEXPEN	44
LEVEMIR FLEXTOUCH	44
levetiracetam	26
levetiracetam er	26
levobunolol hcl	59
levocarnitine	34
levocetirizine dihydrochloride	36
levofloxacin	4
levofloxacin	61
levofloxacin in d5w	4
levonest	48
levonorgestrel and ethinyl estradiol	48
levonorgestrel/ethinyl estradiol	48
levora 0.15/30-28	48
levorphanol tartrate	23
levo-t	45
levothyroxine sodium	45
levoxyl	46
LEXIVA	8
lidocaine	66
lidocaine hcl	16
lidocaine hcl	35
lidocaine hcl jelly	16
lidocaine hydrochloride	16
lidocaine hydrochloride	35
lidocaine hydrochloride	66
lidocaine hydrochloride viscous	60
lidocaine viscous	61
lidocaine/prilocaine	66
linezolid	4
LINZESS	58
liothyronine sodium	46
lisdexamfetamine dimesylate	16
lisinopril	55
lisinopril/hydrochlorothiazide	55
lithium	17
lithium carbonate	17
lithium carbonate er	17
LIVALO	52
LIVMARLI	58
LIVTENCITY	8
LO LOESTRIN FE	48
LOKELMA	40
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	50
LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	50
LONSURF	12
loperamide hcl	56
lopinavir/ritonavir	8
lorazepam	25
lorazepam intensol	25
LORBRENA	12
losartan potassium	55
losartan potassium/hydrochlorothiazide	55
LOTEMAX	60
loteprednol etabonate	60
lovastatin	52
loxapine	20
lubiprostone	58
LUMAKRAS	12
LUMIGAN	59
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	48
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	49
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	49
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	49
lurasidone hydrochloride	20
LYBALVI	20
LYNPARZA	12
LYSODREN	12

Nombre del medicamento	Página
LYTGOBI	12
magnesium sulfate	26
malathion	63
maraviroc	8
marlissa	48
MARPLAN	20
MATULANE	12
matzim la	54
MAVYRET	8
MAXIDEX	60
MAYZENT	32
MAYZENT STARTER PACK	32
meclizine hcl	57
meclofenamate sodium	23
MEDROL	43
medroxyprogesterone acetate	49
mefenamic acid	23
mefloquine hcl	6
megestrol acetate	49
MEKINIST	12
MEKTOVI	13
meloxicam	23
memantine hcl titration pak	18
memantine hydrochloride	18
memantine hydrochloride er	18
MENACTRA	37
MENEST	50
MENOSTAR	50
MENQUADFI	37
MENTAX	63
MENVEO	37
mercaptopurine	13
meropenem	4
mesalamine	57
mesalamine dr	57
mesalamine er	57
MESNEX	33
metformin hydrochloride	44
metformin hydrochloride er	44
methadone hcl	23
methamphetamine hcl	16
methazolamide	59
methenamine hippurate	5
methenamine mandelate	5
methimazole	46
methotrexate	13
methotrexate sodium	13
methsuximide	26
methylphenidate hydrochloride	16
methylphenidate hydrochloride cd	16
methylphenidate hydrochloride er	16
methylphenidate hydrochloride er (la)	16
methylprednisolone	43
methylprednisolone acetate	43
methylprednisolone dose pack	43
metoclopramide hcl	57
metoclopramide hydrochloride	57
metoclopramide odt	57
metolazone	41
metoprolol succinate er	53
metoprolol tartrate	53
metoprolol/hydrochlorothiazide	53
metronidazole	6
metronidazole	63
metronidazole vaginal	63
metyrosine	34
mexiletine hcl	56
mibelas 24 fe	48
micafungin	6
miconazole 3	64
microgestin 1.5/30	48
microgestin 1/20	48
microgestin fe 1.5/30	48
microgestin fe 1/20	48
midodrine hcl	51
mifepristone	44
miglitol	44
miglustat	34
MILLIPRED	43
mimvey	50
minocycline hcl	4
minocycline hydrochloride	4
minoxidil	54
mirtazapine	20
mirtazapine odt	20
misoprostol	57
M-M-R II	37
modafinil	17
moexipril hcl	55
molindone hydrochloride	20
mometasone furoate	60
mometasone furoate	65

Puede 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
mondoxyne nl	4
montelukast sodium	28
morphine sulfate	23
morphine sulfate er	23
MOUNJARO	44
MOVANTIK	58
moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride	4
moxifloxacin hydrochloride	4
moxifloxacin hydrochloride	61
MOZOBIL	38
MULTAQ	56
mupirocin	64
mycophenolate mofetil	33
mycophenolic acid dr	33
MYFEMBREE	49
MYORISAN	67
MYRBETRIQ	62
nabumetone	23
nadolol	53
nafcillin sodium	4
naftifine hcl	64
naftifine hydrochloride	16
naftifine hydrochloride	64
naloxone hcl	25
naloxone hydrochloride	25
naltrexone hcl	25
NAMZARIC	18
naproxen	24
naproxen sodium	24
naproxen sodium cr	24
naproxen sodium er	24
naratriptan hcl	17
NATACYN	61
nateglinide	44
NATPARA	45
NAYZILAM	26
nebivolol hydrochloride	53
necon 0.5/35-28	48
nefazodone hydrochloride	20
neomycin sulfate	4
neomycin/bacitracin/polymyxin	61
neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone	60
neomycin/polymyxin/dexamethasone	60
neomycin/polymyxin/gramicidin	61
neomycin/polymyxin/hc	60
neomycin/polymyxin/hydrocortisone	60
neo-polycin	61
neo-polycin hc	60
NERLYNX	13
NEUAC	64
NEULASTA	38
NEULASTA ONPRO KIT	38
NEUPRO	17
nevirapine	8
nevirapine er	8
NEXLETOL	52
NEXLIZET	52
niacin	67
niacin er	52
niacor	67
nicardipine hcl	54
NICOTROL INHALER	52
NICOTROL NS	52
nifedipine	54
nifedipine er	54
nikki	48
nilutamide	13
nimodipine	54
NINLARO	13
nisoldipine er	54
nitazoxanide	6
nitisinone	34
NITRO-BID	55
nitrofurantoin macrocrystals	5
nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals	5
nitroglycerin	16
nitroglycerin	55
nitroglycerin transdermal	55
NIVA THYROID	46
nizatidine	57
NORDITROPIN FLEXPRO	46
norelgestromin/ethinyl estradiol	48
norethindrone & ethinyl estradiol ferrous fumarate	48
norethindrone acetate	49
norethindrone acetate/ethinyl estradiol	50
norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate	48
NORPACE CR	56
nortrel 0.5/35 (28)	48

Puede 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
nortrel 1/35	48
nortrel 7/7/7	48
nortriptyline hcl	20
nortriptyline hydrochloride	20
NORVIR	8
NOURIANZ	18
NOXAFIL	6
np thyroid 120	46
np thyroid 15	46
np thyroid 30	46
np thyroid 60	46
np thyroid 90	46
NUBEQA	13
NUCALA	28
NUEDEXTA	18
NULOJIX	33
NUPLAZID	20
NURTEC	17
NUTRILIPID	40
NUTROPIN AQ NUSPIN 10	46
NUTROPIN AQ NUSPIN 20	46
NUTROPIN AQ NUSPIN 5	46
NUVESSA	64
NUZYRA	4
nyamyc	64
NYMALIZE	54
nystatin	6
nystatin	64
nystatin/triamcinolone	65
nystop	64
OCTAGAM	36
octreotide acetate	47
ODEFSEY	8
ODOMZO	13
OFEV	28
ofloxacin	4
ofloxacin	61
OGSIVEO	13
OJJAARA	13
olanzapine	20
olanzapine odt	20
olanzapine/fluoxetine	20
olmesartan medoxomil	55
olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide	54
olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide	55
olopatadine hcl	59
olopatadine hydrochloride	59
omega-3-acid ethyl esters	52
omeprazole	57
omeprazole dr	57
omeprazole/sodium bicarbonate	57
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	62
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	62
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	62
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	62
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	62
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	62
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	62
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	62
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	62
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	62
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	62
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	62
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	62
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	62
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	62
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	62
OMNITROPE	46
ondansetron hcl	57
ondansetron hydrochloride	57
ondansetron odt	57
ONGENTYS	17
ONUREG	13
OPDIVO	13
opium	56
opium tincture	56
OPSUMIT	29
OPVEE	25
oralone dental paste	65
ORENCIA	31
ORENCIA CLICKJECT	31
ORENITRAM	29
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	29
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	29
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	29
ORFADIN	34
ORGOVYX	49

Nombre del medicamento	Página
ORILISSA	49
ORKAMBI	29
ORSERDU	13
oseltamivir phosphate	8
OSMOPREP	58
OSPHENA	50
OTEZLA	31
oxacillin sodium	4
oxaprozin	24
oxazepam	25
OXBRYTA	38
oxcarbazepine	26
OXERVATE	61
oxiconazole nitrate	64
oxybutynin chloride	62
oxybutynin chloride er	62
oxycodone hcl er	24
oxycodone hydrochloride	24
oxycodone hydrochloride er	24
oxycodone/acetaminophen	24
OXYCONTIN	24
oxymorphone hydrochloride	24
oxymorphone hydrochloride er	24
oxymorphone hydrochlorideer	24
OZEMPIC	44
paclitaxel	13
paliperidone er	20
PANRETIN	67
pantoprazole sodium	57
PANZYGA	36
paricalcitol	68
paromomycin sulfate	6
paroxetine	20
paroxetine hcl	20
paroxetine hcl er	20
paroxetine hydrochloride	21
PASER	5
PAXLOVID	8
pazopanib hydrochloride	13
PEDIARIX	37
PEDVAX HIB	37
peg-3350/electrolytes	58
peg-3350/electrolytes/ascorbate	58
peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl	58
peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic	58
PEGASYS	8
PEMAZYRE	13
PENBRAYA	37
penciclovir	64
penicillamine	35
penicillin g potassium	4
penicillin g potassium in iso-osmotic dextrose	4
penicillin g sodium	4
penicillin v potassium	4
PENTACEL	37
pentamidine isethionate	6
pentoxifylline er	39
perindopril erbumine	56
periogard	61
permethrin	64
perphenazine	21
perphenazine/amitriptyline	21
PERSERIS	21
phenelzine sulfate	21
phenobarbital	25
phenoxybenzamine hydrochloride	51
phenytek	26
phenytoin	27
phenytoin sodium extended	26
PHOSPHOLINE IODIDE	59
PIFELTRO	8
pilocarpine hcl	59
pilocarpine hydrochloride	51
pimecrolimus	67
pimozide	21
pindolol	53
pioglitazone hcl	44
pioglitazone hcl/metformin hcl	44
pioglitazone hcl-glimepiride	44
pioglitazone hydrochloride	44
piperacillin sodium/tazobactam sodium	4
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	13
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	13
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	13
pirfenidone	28
piroxicam	24
pitavastatin calcium	52
PLEGRIDY	32
PLEGRIDY STARTER PACK	32
PLENAMINE	40

Nombre del medicamento	Página
plerixafor	38
podofilox	16
podofilox	67
polycin	61
polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate	61
POMALYST	13
portia-28	48
posaconazole	6
posaconazole dr	6
potassium chloride	42
potassium chloride er	42
potassium chloride/dextrose/sodium chloride	42
potassium citrate er	39
PRALUENT	53
pramipexole dihydrochloride	17
pramipexole dihydrochloride er	18
prasugrel	38
pravastatin sodium	53
praziquantel	5
prazosin hydrochloride	53
PRED MILD	60
prednicarbate	65
prednisolone	43
prednisolone acetate	60
prednisolone sodium phosphate	43
prednisolone sodium phosphate	60
prednisolone sodium phosphate odt	43
prednisone	43
pregabalin	27
pregabalin er	24
PREHEVBRIO	37
PREMARIN	50
PREMASOL	40
premium lidocaine	66
PREMPHASE	50
PREMPRO	50
prenatal	67
prevalite	53
PREVYMIS	8
PREZCOBIX	8
PREZISTA	8
PRIFTIN	5
primaquine phosphate	6
primidone	27
PRIORIX	37
PRIVIGEN	36
PROAIR RESPICLICK	51
probenecid	41
probenecid/colchicine	41
prochlorperazine	21
prochlorperazine edisylate	21
prochlorperazine maleate	21
PROCRIT	38
PROCTOFOAM HC	16
procto-med hc	65
procto-pak	65
proctosol hc	65
proctozone-hc	65
progesterone	49
PROGRAF	33
PROLASTIN-C	28
PROLENSA	60
PROLIA	34
PROMACTA	38
promethazine hcl	35
promethazine hydrochloride	36
promethazine hydrochloride plain	36
promethazine vc/codeine	29
promethazine/codeine	29
promethazine/phenylephrine/codeine	29
propafenone hcl	56
propafenone hydrochloride er	56
propranolol hcl	53
propranolol hcl er	53
propranolol hydrochloride	53
propranolol hydrochloride er	53
propylthiouracil	46
PROQUAD	37
PROSOL	40
protriptyline hcl	21
PULMOZYME	28
PURIXAN	13
PYLERA	57
pyrazinamide	5
pyridostigmine bromide	51
pyridostigmine bromide er	51
pyrimethamine	6
PYRUKYND	38
PYRUKYND TAPER PACK	38
QINLOCK	13
QUADRACEL	36

Puede 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
quetiapine fumarate	21
quetiapine fumarate er	21
quinapril hydrochloride	56
quinapril/hydrochlorothiazide	56
quinidine gluconate cr	56
quinidine sulfate	56
quinine sulfate	6
QVAR REDIHALER	43
RABAVERT	37
rabeprazole sodium	57
RADICAVA ORS	18
RADICAVA ORS STARTER KIT	18
raloxifene hydrochloride	50
ramelteon	25
ramipril	56
ranolazine er	56
rasagiline mesylate	18
RASUVO	31
RAYALDEE	68
REBIF	32
REBIF REBIDOSE	32
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	32
REBIF TITRATION PACK	33
RECOMBIVAX HB	37
RECTIV	67
REGRANEX	67
RELENZA DISKHALER	8
RELISTOR	58
RELYVRIO	18
repaglinide	45
REPATHA	53
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	53
REPATHA SURECLICK	53
RESTASIS	60
RESTASIS MULTIDOSE	60
RETACRIT	38
RETEVMO	13
RETIN-A MICRO	30
RETIN-A MICRO PUMP	66
REVCOVI	39
REVLIMID	13
REXULTI	21
REYATAZ	8
REZLIDHIA	13
REZUROCK	34
RHOPRESSA	59
ribavirin	8
RIDAURA	39
rifabutin	5
rifampin	5
riluzole	18
rimantadine hydrochloride	9
RINVOQ	31
risedronate sodium	34
risedronate sodium dr	34
RISPERDAL CONSTA	21
risperidone	21
risperidone er	21
risperidone odt	21
ritonavir	9
rivastigmine tartrate	51
rivastigmine transdermal system	51
rizatriptan benzoate	17
rizatriptan benzoate odt	17
ROCKLATAN	59
roflumilast	29
ropinirole er	18
ropinirole hcl	18
ropinirole hydrochloride	18
rosadan	64
rosuvastatin calcium	53
ROTARIX	37
ROTATEQ	37
roweepra	27
ROZLYTREK	13
RUBRACA	14
rufinamide	27
RUKOBIA	9
RYBELSUS	45
RYDAPT	14
RYTARY	18
SAJAZIR	34
salsalate	24
SANTYL	67
sapropterin dihydrochloride	35
SAVELLA	18
SAVELLA TITRATION PACK	18
SCEMBLIX	14
scopolamine	58
SECUADO	21
selegiline hcl	18
selenium sulfide	64

Puede 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
SELZENTRY	9
SEREVENT DISKUS	51
SEROSTIM	46
sertraline hcl	21
sertraline hydrochloride	21
sevelamer carbonate	40
sevelamer hydrochloride	41
sf 5000 plus	32
sharobel	48
SHINGRIX	37
SIGNIFOR	47
sildenafil citrate	55
silodosin	51
silver sulfadiazine	64
SIMBRINZA	59
simvastatin	53
sirolimus	33
SIRTURO	5
SIVEXTRO	4
SKYRIZI	58
SKYRIZI	67
SKYRIZI PEN	67
sodium chloride	42
sodium chloride 0.45%	42
sodium chloride 0.9%	42
sodium fluoride 1.1	32
sodium fluoride 5000 plus	32
sodium fluoride 5000 ppm	32
sodium oxybate	18
sodium phenylbutyrate	41
sodium polystyrene sulfonate	41
sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate	58
solifenacin succinate	62
SOLOSEC	6
SOLTAMOX	50
SOLU-CORTEF	43
SOMATULINE DEPOT	47
SOMAVERT	46
sorafenib	14
sorafenib tosylate	14
sorine	53
sotalol hcl	53
sotalol hydrochloride (af)	53
SPIRIVA RESPIMAT	50
spironolactone	56
spironolactone/hydrochlorothiazide	56
SPRITAM	27
SPRYCEL	14
sps	41
ssd	64
STAMARIL	37
STELARA	67
sterile water for irrigation	42
STIOLTO RESPIMAT	50
STIVARGA	14
streptomycin sulfate	4
STRIBILD	9
STRIVERDI RESPIMAT	52
SUBSYS	24
subvenite	27
subvenite starter kit/blue	27
subvenite starter kit/green	27
subvenite starter kit/orange	27
SUCRAID	39
sucralfate	57
sulfacetamide sodium	61
sulfacetamide sodium	64
sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate	60
sulfadiazine	4
sulfamethoxazole/trimethoprim	4
sulfamethoxazole/trimethoprim ds	4
SULFAMYLON	64
sulfasalazine	4
sulindac	24
sumatriptan	17
sumatriptan succinate	17
sumatriptan succinate refill	17
sunitinib malate	14
SUNLENCA	9
SUNOSI	17
SUPRAX	4
SYMDEKO	29
SYMLINPEN 120	45
SYMLINPEN 60	45
SYMPAZAN	27
SYMTUZA	9
SYNAREL	49
SYNJARDY	45
SYNJARDY XR	45
SYNRIBO	14

Puede 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
SYNTHROID	46
TABLOID	14
TABRECTA	14
tacrolimus	33
tacrolimus	67
tadalafil	55
TAFINLAR	14
tafluprost	59
TAGRISSO	14
TALZENNA	14
tamoxifen citrate	50
tamsulosin hydrochloride	51
tarina fe 1/20 eq	48
TASIGNA	14
tasimelteon	25
TAVALISSE	38
TAVNEOS	34
taysofy	48
tazarotene	67
tazicef	4
TAZORAC	67
taztia xt	54
TAZVERIK	14
tdvax	36
techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"	62
techlite pen needles 29g x 10mm	62
TEFLARO	4
TEGSEDI	34
TEKTURNA HCT	56
telmisartan	56
telmisartan/amlodipine	54
telmisartan/hydrochlorothiazide	56
temazepam	25
TEMIXYS	9
TENIVAC	36
tenofovir disoproxil fumarate	9
TEPMETKO	14
terazosin hcl	53
terazosin hydrochloride	53
terbinafine hcl	6
terbutaline sulfate	52
terconazole	64
teriflunomide	33
teriparatide	45
testosterone	47
testosterone cypionate	47
testosterone enanthate	47
testosterone pump	47
tetrabenazine	27
tetracycline hydrochloride	4
THALOMID	33
theophylline	63
theophylline er	63
THIOLA EC	35
thioridazine hcl	21
thiothixene	21
THYQUIDITY	46
THYROID	46
tiadylt er	54
tiagabine hydrochloride	27
TIBSOVO	14
TICOVAC	37
timolol maleate	53
timolol maleate	59
timolol maleate ophthalmic gel forming	59
tinidazole	6
tiopronin	35
TIROSINT-SOL	46
TIVICAY	9
TIVICAY PD	9
tizanidine hcl	52
tizanidine hydrochloride	52
TOBI PODHALER	4
TOBRADEX	60
TOBRADEX ST	60
tobramycin	5
tobramycin	61
tobramycin sulfate	4
tobramycin/dexamethasone	60
tolterodine tartrate	62
tolterodine tartrate er	62
topiramate	27
topiramate er	27
toremifene citrate	50
torsemide	41
TOUJEO MAX SOLOSTAR	45
TOUJEO SOLOSTAR	45
TOVET	65
TRACLEER	29
TRADJENTA	45
tramadol hcl er	24

Puede 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
tramadol hydrochloride	24
tramadol hydrochloride er	24
tramadol hydrochloride/acetaminophen	24
trandolapril	56
trandolapril/verapamil hcl er	54
tranexamic acid	37
tranylcypromine sulfate	21
TRAVASOL	40
travoprost	59
trazodone hydrochloride	21
TRECATOR	5
TRELEGY ELLIPTA	43
TRELSTAR MIXJECT	49
TRESIBA	45
TRESIBA FLEXTOUCH	45
tretinoin	14
tretinoin	66
tretinoin microsphere	30
tretinoin microsphere	66
TREXALL	14
triamcinolone acetonide	43
triamcinolone acetonide	66
triamcinolone acetonide dental paste	66
triamterene/hydrochlorothiazide	41
TRIANEX	66
triazolam	25
triderm	66
trientine hydrochloride	35
trifluoperazine hcl	21
trifluoperazine hydrochloride	21
trifluridine	61
trihexyphenidyl hcl	18
trihexyphenidyl hydrochloride	18
TRIKAFTA	30
trimethoprim	5
trimipramine maleate	21
TRINTELLIX	21
tri-sprintec	48
TRITOCIN	66
TRIUMEQ	9
TRIUMEQ PD	9
trivora-28	48
TRIZIVIR	9
TROPHAMINE	40
trospium chloride	62
trospium chloride er	62
trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x 1/2"	62
trueplus pen needles 29gx12mm	62
TRULICITY	45
TRUMENBA	37
TRUQAP	14
TRUSELTIQ	14
TUKYSA	14
TURALIO	14
turqoz	48
TWINRIX	37
tyblume	48
TYBOST	35
TYMLOS	45
TYPHIM VI	37
UBRELVY	17
UCERIS	66
UDENYCA	38
UDENYCA ONBODY	38
unithroid	46
UPTRAVI	29
UPTRAVI TITRATION PACK	29
ursodiol	57
valacyclovir hydrochloride	9
VALCHLOR	67
valganciclovir	9
valganciclovir hydrochloride	9
valproic acid	27
valsartan	56
valsartan/hydrochlorothiazide	56
VALTOCO 10 MG DOSE	27
VALTOCO 15 MG DOSE	27
VALTOCO 20 MG DOSE	27
VALTOCO 5 MG DOSE	27
vancomycin	5
vancomycin hcl	5
vancomycin hydrochloride	5
VANFLYTA	14
VAQTA	37
vardenafil hydrochloride	55
vardenafil hydrochloride odt	55
varenicline starting month box	52
varenicline tartrate	52
VARIVAX	37
VARIZIG	36
VASCEPA	53

Puede 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
velivet	48
VELPHORO	41
VELTASSA	41
VEMLIDY	9
VENCLEXTA	15
VENCLEXTA STARTING PACK	15
venlafaxine besylate er	21
venlafaxine hcl er	21
venlafaxine hydrochloride	21
venlafaxine hydrochloride er	21
VENTAVIS	29
verapamil hcl	54
verapamil hcl er	54
verapamil hcl sr	54
verapamil hydrochloride	54
verapamil hydrochloride er	54
VERQUVO	55
VERSACLOZ	21
VERZENIO	15
VIBRAMYCIN	5
VICTOZA	45
vigabatrin	27
vigadrone	27
vigpoder	27
VIIBRYD STARTER PACK	21
VIJOICE	35
vilazodone hydrochloride	21
VIRACEPT	9
VIREAD	9
vitamin d	68
VITRAKVI	15
VIVITROL	25
VIZIMPRO	15
VONJO	15
voriconazole	6
VOSEVI	9
VOTRIENT	15
VOXZOGO	35
VRAYLAR	21
VUMERITY	33
vyfemla	48
VYNDAMAX	35
VYNDAQEL	35
VYVANSE	17
VYZULTA	59
warfarin sodium	38
WELIREG	15
WINLEVI	67
wixela inhub	52
XALKORI	15
XARELTO	38
XARELTO STARTER PACK	38
XATMEP	15
XCOPRI	27
XDEMVY	61
XELJANZ	31
XELJANZ XR	31
XENLETA	5
XERMELO	56
XGEVA	34
XIFAXAN	5
XIGDUO XR	45
XOFLUZA	9
XOLAIR	28
XOSPATA	15
XPOVIO	15
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	15
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	15
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	15
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	15
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	15
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	15
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	15
XTANDI	15
xulane	48
XYOSTED	47
yargesa	35
YERVOY	15
YF-VAX	37
YONSA	15
YUPELRI	50
yuvafem	50
zafemy	48
zafirlukast	28
zaleplon	25
ZARXIO	39
ZEJULA	15
ZELBORAF	15
ZENATANE	67
ZENPEP	58
ZEPOSIA	33
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	33

Puede 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
ZEPOSIA STARTER KIT	33
ZERBAXA	5
zidovudine	9
ZIEXTENZO	39
zileuton er	28
ziprasidone hcl	22
ziprasidone mesylate	22
ZIRGAN	61
zoledronic acid	34
ZOLINZA	15
zolmitriptan	17
zolmitriptan odt	17
zolpidem tartrate	25
zolpidem tartrate er	25
ZONISADE	27
zonisamide	27
ZORBTIVE	46
ZOSYN	5
zovia 1/35	48
ZTALMY	27
ZURZUVAE	22
ZYDELIG	15
ZYKADIA	16
ZYLET	60
ZYPREXA RELPREVV	22

TUFTS Health Plan

a Point32Health company

Form Approved
OMB# 0938-1421

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)** . سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

Y0065_2023_138_C

Este formulario se actualizó el 1 de mayo de 2024. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred Access al **1-866-623-0172** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o **visite www.thpmp.org**.

TUFTS Health Plan
1 Wellness Way
Canton, MA 02021

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo (incluso embarazo, orientación sexual e identidad de género). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-670-5934 (TTY: 711).