

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS 1



2026

MCS Classicare

Formulario 2026

Lista de medicamentos cubiertos

POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Identificación del formulario aprobado por HPMS 26262, número de versión 12

Este formulario se actualizó el 10/15/2025. Para obtener la información más reciente u otras preguntas, comuníquese con el Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS Classicare al 1-866-627- 8183 (libre de costo) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182), lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre., o visite <https://mcsclassicare.com>

Mensaje Importante Sobre Lo Que Usted Paga por Vacunas -Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a nuestro Centro de Llamadas para más información.

Mensaje Importante Sobre Lo Que Usted Paga por Insulina -Usted no pagará más de \$35 por un suplido de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, no importa el nivel de costo compartido.

Nota para los afiliados existentes: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que utiliza.

Cuando esta lista de medicamentos (Formulario) se refiere a "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a MCS Classicare. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a MCS Classicare Grupos MA-PD (HMO-POS) y MCS Classicare RxMax(HMO).

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 15 de octubre de 2025. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y contraportada.

Generalmente, debe usar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026 y periódicamente durante el año.

H5577_2350725_C

10/15/2025

¿Qué es el Formulario de MCS Classicare?

En este documento, utilizamos los términos Lista de medicamentos y formulario para significar lo mismo. Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por MCS Classicare en consulta con un equipo de proveedores de la salud, que representa las terapias recetadas que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. MCS Classicare generalmente cubrirá los medicamentos incluidos en nuestro formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta se presenta en una farmacia de la red de MCS Classicare y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte su Evidencia de Cubierta.

¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cubierta de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero nosotros podemos agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web www.mcsclassicare.com

Cambios que pueden afectarlo este año: en los casos a continuación, usted se verá afectado por cambios en la cobertura durante el año:

- **Sustituciones inmediatas de determinadas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazamos con una nueva versión de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero trasladarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones.

Podemos realizar estos cambios inmediatos sólo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en el formulario (por ejemplo, agregando un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin nueva receta).

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar un cambio inmediato, pero luego le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

Si realizamos dicho cambio, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuar cubriendo el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de MCS Classicare Grupos MA-PD (HMO-POS) y MCS Classicare RxMax (HMO)?”

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección siguiente titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”

- **Medicamentos retirados del mercado:** Si un medicamento es retirado del mercado por el fabricante del medicamento o la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) determina que debe retirarse por razones de seguridad o eficacia, eliminaremos inmediatamente el medicamento de nuestro Formulario y notificaremos a los afiliados que toman el medicamento.
- **Otros cambios:** Podemos realizar otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que se encuentra actualmente en el formulario, o agregar un nuevo biosimilar para reemplazar un producto biológico original que se encuentra actualmente en el formulario, o agregar nuevas restricciones o mover un medicamento que mantenemos en el formulario a un nivel de costo compartido más alto o ambas cosas después de agregar un medicamento correspondiente. Podemos realizar cambios en función de nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada en un medicamento, o movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Alternativamente, cuando un miembro solicita una recarga del medicamento, puede recibir un suministro de 30 días del medicamento y una notificación del cambio.

Si realizamos estos otros cambios, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proveemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de MCS Classicare Grupos MA-PD (HMO-POS) y MCS Classicare RxMax (HMO)?”

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento: En general, si usted toma un medicamento de nuestro formulario para 2026 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no descontinuaremos ni reduciremos la cubierta del medicamento durante el año de cubierta de 2026, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, estos medicamentos continuaran estando disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos afiliados que estén tomándolos por el resto del año de la cubierta. No recibirá notificación directa este año sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, dichos cambios lo podrían afectar el 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto está vigente a partir 15 de octubre de 2025. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por MCS Classicare, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y en la contraportada. En el caso de cambios en el formulario, no de mantenimiento a mitad de año, todos los afiliados afectados serán notificados por correo (al menos 60 días antes de que el cambio entre en vigencia). Además, una versión actualizada de nuestro formulario impreso se actualizará la última semana del mes anterior, con efectividad al primer día del mes y se publicará en nuestro sitio web www.mcsclassicare.com

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento en el formulario:

Condición médica

El Formulario comienza en la página 1. Los medicamentos en este formulario están agrupados en categorías según el tipo de condiciones médicas que tratan. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar una condición cardíaca se enumeran en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de en qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 152. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se enumeran en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información de la cubierta. Vaya a la página que aparece en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

MCS Classicare cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. La FDA aprueba un medicamento genérico por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien que los de marca y tienen un costo menor que los de marca. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

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

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son fármacos más complejos que los fármacos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, cuentan con alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

- Para hablar sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de Cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1, "La 'Lista de Medicamentos' indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos".

¿Existe alguna restricción en mi cubierta?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites de cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** MCS Classicare exige que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de MCS Classicare antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que MCS Classicare no cubra el medicamento.

- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, MCS Classicare limita la cantidad de medicamento que cubrirá MCS Classicare. Por ejemplo, MCS Classicare proporciona 30 tabletas por receta de JANUVIA®. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, MCS Classicare requiere que 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 MCS Classicare no cubra el medicamento B a menos que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, MCS Classicare cubrirá el Medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el formulario que comienza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización y de terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y la contraportada.

Puede pedirle a MCS Classicare que haga una excepción a estas restricciones o límites, o para obtener una lista de otros medicamentos similares que pueden tratar su condición médica. Consulte la sección, "¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al formulario de MCS Classicare Grupos MA-PD (HMO-POS) y MCS Classicare RxMax (HMO)?" en la página V para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

Si el medicamento que toma no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con nuestro Centro de Llamadas de Servicio al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si resulta que MCS Classicare no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede solicitar a nuestro Centro de Llamadas de Servicio al Cliente una lista de medicamentos similares cubiertos por MCS Classicare. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar cubierto por MCS Classicare.
- Puede solicitar que MCS Classicare 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 MCS Classicare Grupos MA-PD (HMO-POS) y MCS Classicare RxMax HMO)?

Puede pedirle a MCS Classicare que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitar.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá solicitarnos que le proveamos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede solicitarnos que no apliquemos una restricción de cobertura, como una autorización previa, una terapia escalonada o un límite de cantidad para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, MCS Classicare limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su

medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad mayor.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo, a menos que este medicamento este incluido en el nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reduciría la cantidad que debe pagar por su medicamento.

Por lo general, MCS Classicare solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de costo compartido más bajo o las restricciones de utilidades adicionales no serían tan efectivos para tratar su condición y/o pudieran causarle algún efecto médico adverso.

Usted o su médico deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción de nivel o formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicita una excepción al formulario, al nivel o a una restricción de utilización, debe presentarse una declaración de su médico a emitir recetas que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Puede solicitar una excepción expedita (rápida) si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para la toma de decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se concede su solicitud expedita, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de haber recibido una declaración de respaldo de su médico.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o tiene alguna restricción?

Como afiliado nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el formulario. También es posible que esté tomando un medicamento que está incluido en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, es posible que necesite una autorización previa de nuestra parte antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico sobre la posibilidad si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al formulario para que le cubramos el medicamento que toma.

Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea afiliado de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no estén incluidos en el formulario, o si su capacidad para obtener los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice repeticiones por un máximo de hasta 30 días del medicamento. Después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido afiliado del plan durante menos de 90 días.

Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de afiliación en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días mientras solicita una excepción al formulario.

Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica solo a los medicamentos que son "medicamentos de la Parte D" y se compran en una farmacia de la red. La política de transición no se puede utilizar para comprar un medicamento que no pertenece a la Parte D en una farmacia fuera de la red, a menos que califique para el acceso fuera de la red. Para aquellos afiliados que son dados de alta de un hospital o de una institución de cuidado a sus hogares, o si su capacidad para obtener medicamentos es limitada, nuestro plan

proveerá un suministro temporal de 30 días de medicamentos que no están en nuestro formulario o que tienen una restricción de utilización, mientras le pide a su médico que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cubierta de medicamentos recetados de MCS Classicare, revise su Evidencia de Cubierta y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre MCS Classicare, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y en la contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre su cubierta de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

Formulario MCS Classicare Grupos MA-PD (HMO-POS) y MCS Classicare RxMax (HMO)

El formulario a continuación proporciona información sobre la cubierta de los medicamentos cubiertos por MCS Classicare. Si tiene alguna dificultad para encontrar su medicamento en la lista consulte el Índice que comienza en la página 152. La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúscula (por ejemplo, JANUVIA®), y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y en itálico (por ejemplo, *metformin*).

La información incluida en la columna Requisitos/Límites indica si MCS Classicare tiene algún requisito especial para la cubierta del medicamento.

Abreviaturas utilizadas en el formulario

(Consulte el Capítulo 5, Sección 4.2 "¿Qué tipos de restricciones?", de la Evidencia de Cubierta para saber qué restricciones se aplican a su cubierta específica.)

PA - Autorización previa.

QL - Límite de cantidad - Para ciertos medicamentos, MCS Classicare limita la cantidad de medicamento que cubrirá MCS Classicare. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.

ST - Terapia escalonada

HRM - Este medicamento se considera de alto riesgo para personas mayores de 65 años.

EXCL - Medicamento excluido. Este medicamento con receta normalmente no está cubierto por un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando surte una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a calificar para la cobertura catastrófica). Además, si está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus recetas, usted no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar por este medicamento. Estos medicamentos solo estarán disponibles para un suministro de hasta 30 días para cada despacho.

LA - Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de Proveedores y Farmacias o llame a nuestro Centro de Llamadas de Servicio al Cliente al 1- 866-627-8183 (libre de costo) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182), de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite www.mcsclassicare.com.

FFQL - Límite de cantidad para el primer suplido. Para brindarle a usted y a su médico la oportunidad de evaluar adecuadamente la efectividad de un medicamento, solo el primer despacho de medicamentos recetados estará cubierto durante 30 días para algunos de los medicamentos disponibles para un suministro a largo plazo.

NeDS - Suministro no disponible para días extendidos. Los medicamentos identificados no estarán disponibles como suministro de días extendidos. Estos medicamentos solo estarán disponibles para un suministro de hasta 30 días para cada despacho.

MO - Pedido por correo. Brindamos cubierta para algunas recetas a través de la farmacia de pedidos por correo. Para más información, comuníquese con nuestro Centro de Llamadas de Birdi Pharmacy al 1-844-293-4761 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (EST) y sábados de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. (EST) TTY para personas con impedimentos auditivos: 711.

PA BvsD - Este medicamento recetado requiere autorización previa y puede estar cubierto por nuestra cubierta médica. Para más información, llame al Centro de Llamada de Servicio al Cliente al 1-866-627-8183 (libre de costo) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182), lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre., o visite www.mcsclassicare.com.

MCS Classicare Grupos MA-PD (HMO-POS)					
Nivel	Descripción	Costo Compartido Al detal estándar (30 días)	Costo Compartido Al detal estándar (60 días)	Costo Compartido Al detal estándar (90 días)	Costo Compartido Orden por correo estándar (90 días)
1	Genérico preferido	Vea el Capítulo 6, “Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D” de la Evidencia de Cubierta para el costo compartido específico de su grupo. *Un suministro a largo plazo (60 y 90 días) no está disponible para medicamentos en el nivel 5. La orden por correo no está disponible para medicamentos en el nivel 5 - medicamentos especializados.			
2	Genérico				
3	Marca preferida				
4	Marca no preferida				
5	Nivel especializado				

MCS Classicare RxMax (HMO)					
Nivel	Descripción	Costo Compartido Al detal estándar (30 días)	Costo Compartido Al detal estándar (60 días)	Costo Compartido Al detal estándar (90 días)	Costo Compartido Orden por correo (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$5	\$10	\$15	\$10
3	Marca preferida	\$15	\$30	\$45	\$30
4	Marca no preferida	\$30	\$60	\$90	\$60
5	Nivel especializado	33%	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.

Lista de Medicamentos Cubiertos

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES ANTI CÁNCER			
AGENTES ANTI CÁNCER			
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	Abirtega	4	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	Zytiga	4	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>abirtega oral tablet 250 mg</i>	Abirtega	2	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG		5	PA
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	Arimidex	1	MO
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; QL (240 per 30 days)
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK ORAL THERAPY PACK 0.8 & 200 MG		5	PA
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	Targretin	5	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	Targretin	5	PA
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	Casodex	1	NEDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG		5	PA
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG		5	PA; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		5	PA; QL (63 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL CAPSULE 25 MG		4	PA-BvsD; NEDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 50 mg</i>		4	PA-BvsD; NEDS
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg</i>		2	PA-BvsD; NEDS
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG		2	PA-BvsD; NEDS
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG		5	PA; QL (112 per 28 days)
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 50 mg, 70 mg</i>	Phyrago	5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 140 mg</i>	Phyrago	5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	Phyrago	5	PA; QL (90 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 80 mg</i>	Sprycel	5	PA; QL (60 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG		4	PA; QL (1 per 90 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 30 MG		4	PA; QL (1 per 120 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 45 MG		4	PA; QL (1 per 180 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 7.5 MG		4	PA; QL (1 per 30 days); NEDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg</i>	Tarceva	5	PA; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>erlotinib hcl oral tablet 150 mg</i>		5	PA; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>		5	PA; QL (60 per 30 days)
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG		5	PA
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Afinitor	5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>everolimus oral tablet 2.5 mg</i>	Afinitor	5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg</i>	Afinitor Disperz	5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	Afinitor Disperz	5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	Aromasin	2	MO
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL		5	PA; QL (2 per 28 days)
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG		4	PA; QL (1 per 28 days); NEDS
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG		5	PA; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG		5	PA; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG		5	PA; QL (21 per 28 days)
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	Iressa	5	PA; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG		4	NEDS
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG		5	
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG		5	PA; QL (224 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG		5	PA; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE 1 MG		5	PA; QL (224 per 28 days)
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	Hydrea	1	NEDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA; QL (21 per 28 days)
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	Gleevec	2	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	Gleevec	5	PA; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG		5	PA; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML		5	PA; QL (216 per 27 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG		5	PA; QL (28 per 28 days)
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML		5	PA; QL (280 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
INLYTA ORAL TABLET 1 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG		5	PA; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG		5	PA; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML		4	PA-BvsD; NEDS
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (21 per 28 days)
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (42 per 28 days)
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (63 per 28 days)
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (91 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG		5	PA; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	Tykerb	5	PA; QL (180 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG, 80 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Revlimid	5	PA; QL (28 per 28 days)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG		5	PA
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG		5	PA
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG		5	PA
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG		5	PA
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG		5	PA
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG		5	PA
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG		5	PA
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG		5	PA
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Femara	1	MO
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		5	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH) INTRAMUSCULAR INJECTABLE 22.5 MG		2	PA; QL (1 per 90 days)
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>		4	PA; NEDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG		5	PA; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG		5	PA; QL (80 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG		5	PA; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG		5	PA; QL (1 per 30 days)
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 22.5 MG		5	PA; QL (1 per 90 days)
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG		5	PA; QL (1 per 120 days)
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG		5	PA; QL (1 per 180 days)
LUTRATE DEPOT INTRAMUSCULAR INJECTABLE 22.5 MG		4	PA; QL (1 per 90 days); NEDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		5	
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA; QL (150 per 30 days)
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>		1	PA; HRM; NEDS
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML		5	PA; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral suspension 2000 mg/100ml</i>	Purixan	5	PA
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>		2	NEDS
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>		1	PA-BvsD; NEDS
METHOTREXATE SODIUM INJECTION SOLUTION 50 MG/2ML		1	PA-BvsD; NEDS
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>		2	NEDS
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG		5	PA; QL (20 per 28 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	Nilandron	5	QL (60 per 30 days)
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA; QL (56 per 28 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML		5	PA; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)		5	PA; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG		5	PA; QL (14 per 28 days)
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	Votrient	5	PA; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (28 per 28 days)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG		5	PA; QL (56 per 28 days)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG		5	PA; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (21 per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (240 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG		5	PA; QL (8 per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG		5	PA; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA; QL (224 per 28 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		5	PA
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	NexAVAR	5	PA; QL (120 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Sutent	5	PA; QL (28 per 28 days)
TABLOID ORAL TABLET 40 MG		5	PA
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG		5	PA; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		1	MO
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (240 per 30 days)
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	Fareston	5	PA
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG		4	PA; QL (1 per 84 days)
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 22.5 MG		4	PA; QL (1 per 168 days)
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 3.75 MG		4	PA; QL (1 per 28 days); NEDS
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>		5	
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG		5	PA; QL (64 per 28 days)
TRUQAP ORAL TABLET THERAPY PACK 160 MG		5	PA; QL (64 per 28 days)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG		5	PA; QL (56 per 28 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG		3	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG		5	PA
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA; QL (56 per 28 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML		5	PA; QL (600 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG		5	PA
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
WELIREG ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG		5	PA; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML		4	PA-BvsD; NEDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG		5	PA; QL (8 per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG		5	PA
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA; QL (4 per 28 days)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA; QL (8 per 28 days)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG		5	PA; QL (4 per 28 days)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; QL (24 per 28 days)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA; QL (8 per 28 days)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
YONSA ORAL TABLET 125 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		5	PA; QL (240 per 30 days)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
ZYDELIG ORAL TABLET 150 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		5	PA; QL (84 per 28 days)
AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS			
AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS			
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>		4	MO; FFQL
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>		2	NEDS
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	Suboxone	2	NEDS
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>		2	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>		2	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	MO
KLOXXADO NASAL LIQUID 8 MG/0.1ML		4	QL (4 per 30 days); NEDS
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml</i>		1	NEDS
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>		1	NEDS
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>		1	NEDS
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	Narcan	2	NEDS
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>		1	NEDS
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML		4	NEDS
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>		4	QL (53 per 28 days); NEDS
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg</i>		4	QL (56 per 28 days); NEDS
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg, 1 mg (56 pack)</i>	Chantix	4	QL (56 per 28 days); NEDS

AGENTES ANTIANSIEDAD

BENZODIACEPINAS

<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	Xanax	1	PA; HRM; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	Xanax	1	PA; HRM; QL (150 per 30 days); NEDS
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>		2	PA; HRM; NEDS
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	KlonoPIN	1	PA; HRM; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	KlonoPIN	1	PA; HRM; QL (300 per 30 days); NEDS
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>		2	PA; HRM; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>		2	PA; HRM; QL (300 per 30 days); NEDS
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>		2	PA; HRM; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>		2	PA; HRM; QL (240 per 30 days); NEDS
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>		2	PA; HRM; QL (1200 per 30 days); NEDS
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Valium	1	PA; HRM; QL (120 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	PA; HRM; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i>	LORazepam Intensol	2	PA; HRM; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	LORazepam Intensol	2	PA; HRM; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Ativan	1	PA; HRM; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>		2	NEDS
<i>midazolam hcl (pf) injection solution 10 mg/2ml, 2 mg/2ml, 5 mg/5ml, 5 mg/ml</i>		1	NEDS
<i>midazolam hcl injection solution 10 mg/2ml, 2 mg/2ml</i>		1	NEDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Restoril	2	PA; HRM; QL (30 per 30 days); NEDS

AGENTES ANTICOLINÉRGICOS

ANTIMUSCARÍNICOS/ANTIESPASMÓDICOS

<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Librax	2	PA; HRM; NEDS
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5ml</i>	Cuvposa	2	MO

AGENTES ANTIDEMENCIA

AGENTES ANTIDEMENCIA

<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Aricept	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet 23 mg</i>	Aricept	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>		1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>		4	MO; FFQL; QL (180 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>		4	MO; FFQL; QL (300 per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	Namenda Titration Pak	2	QL (49 per 28 days); NEDS
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	Exelon	4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)

AGENTES ANTIDIABETICO

AGENTES ANTIDIABETICOS, VARIOS

<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>dapagliflozin propanediol oral tablet 10 mg</i>	Farxiga	3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>dapagliflozin propanediol oral tablet 5 mg</i>	Farxiga	3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 5 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
KORLYM ORAL TABLET 300 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>		1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral solution 500 mg/5ml</i>	Riomet	2	MO; QL (765 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>		1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 750 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>		1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	Korlym	5	PA; QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML		3	PA; MO; FFQL; QL (2 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 2.5 MG/0.5ML		3	PA; QL (2 per 28 days); NEDS
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>		2	MO; QL (90 per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 2 MG/3ML		3	PA; MO; FFQL; QL (3 per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML		3	PA; MO; FFQL; QL (6 per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML		3	PA; MO; FFQL; QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Actos	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	Duetact	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg</i>		2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-850 mg</i>	Actoplus Met	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>		2	MO; QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>		2	MO; QL (240 per 30 days)
RYBELSUS (FORMULATION R2) ORAL TABLET 1.5 MG, 4 MG, 9 MG		3	PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG		3	PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 25-1000 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG, 5-1000 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML		3	PA; MO; FFQL; QL (4 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
INSULINAS			
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMALOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 200 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR (50-50) 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (50- 50) 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR (75-25) 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (75- 25) 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMALOG TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMULIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 500 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
<i>insulin glargine max solostar subcutaneous solution pen-injector 300 unit/ml</i>	Toujeo Max SoloStar	3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
INSULIN GLARGINE SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
<i>insulin glargine solostar subcutaneous solution pen-injector 300 unit/ml</i>	Toujeo SoloStar	3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
INSULIN GLARGINE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
<i>insulin lispro (1 unit dial) subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	HumaLOG KwikPen	3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
<i>insulin lispro injection solution 100 unit/ml</i>	HumaLOG	3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
<i>insulin lispro junior kwikpen subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	HumaLOG Junior KwikPen	3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
<i>insulin lispro prot & lispro subcutaneous suspension pen-injector (75-25) 100 unit/ml</i>	HumaLOG Mix 75/25 KwikPen	3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		4	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML		4	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70- 30) 100 UNIT/ML		4	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML		3	ST; MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 300 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 300 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
SULFONILUREAS			
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 5 mg</i>	Glucotrol XL	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>		1	MO
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MO
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		2	MO
AGENTES ANTIGOTA			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES ANTIGOTA, OTROS			
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>		1	MO
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	Mitigare	4	NEDS
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>		2	NEDS
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>		2	MO
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Uloric	2	PA; MO
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>		2	MO
AGENTES ANTIMIGRAÑA			
AGENTES ANTIMIGRAÑA			
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>		5	QL (24 per 28 days)
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Relpax	2	QL (12 per 30 days); NEDS
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML		3	PA; MO; FFQL; QL (3 per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML		3	PA; MO; FFQL; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML		3	PA; MO; FFQL; QL (2 per 30 days)
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>		2	QL (40 per 28 days); NEDS
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>		2	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg</i>	Maxalt	2	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 5 mg</i>		2	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg</i>	Maxalt-MLT	2	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 5 mg</i>		2	QL (12 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Imitrex	1	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>		2	QL (8 per 30 days); NEDS
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		3	PA; QL (16 per 30 days); NEDS
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Zomig	2	NEDS
AGENTES ANTINAUSEA			
AGENTES ANTINAUSEA			
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>		5	PA-BvsD; QL (8 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>		4	PA-BvsD; QL (8 per 28 days); NEDS
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	Emend TriPack	4	PA-BvsD; QL (12 per 28 days); NEDS
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	Emend BiPack	2	PA-BvsD; QL (8 per 28 days); NEDS
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 5 mg</i>		2	PA-BvsD; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>dronabinol oral capsule 2.5 mg</i>	Marinol	2	PA-BvsD; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>		2	PA-BvsD; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg</i>		1	NEDS
<i>meclizine hcl oral tablet 25 mg</i>	Dramamine	1	NEDS
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>		2	PA-BvsD; QL (450 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg</i>		2	PA-BvsD; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron hcl oral tablet 8 mg</i>		2	PA-BvsD; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg</i>		2	PA-BvsD; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron oral tablet dispersible 8 mg</i>		2	PA-BvsD; QL (90 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		1	MO
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	Compro	4	NEDS
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	PA; HRM; NEDS
<i>promethazine hcl rectal suppository 25 mg</i>	Promethegan	4	PA; HRM; NEDS
<i>promethegan rectal suppository 25 mg</i>	Promethegan	4	PA; HRM; NEDS
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>		2	NEDS
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule 300 mg</i>		2	NEDS

AGENTES ANTIPARASITARIOS

AGENTES ANTIPARASITARIOS

<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>		4	NEDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	Mepron	4	NEDS
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	Malarone	2	NEDS
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	MO
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		4	NEDS
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg, 400 mg</i>		2	MO
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	Plaquenil	2	MO
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 300 mg</i>	Sovuna	2	MO
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	Stromectol	2	PA; NEDS
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>		2	PA; NEDS
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>		2	MO
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>		2	QL (6 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	Nebupent	4	PA-BvsD; NEDS
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	Pentam	4	PA-BvsD; NEDS
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	Biltricide	4	NEDS
PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET 26.3 (15 BASE) MG		4	NEDS
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	Daraprim	5	PA
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>		2	PA; NEDS
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
AGENTES ANTIPARKINSON			
AGENTES ANTIPARKINSON			
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>		2	MO
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>		2	MO
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		2	MO
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		1	MO
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	Parlodel	2	MO
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	Parlodel	2	MO
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>		2	NEDS
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	Lodosyn	2	MO
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>		2	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i>	Sinemet	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i>	Dhivy	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>		1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>		2	MO
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>		2	MO
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>		4	MO; FFQL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR		4	MO; FFQL
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>		1	MO
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Azilect	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>		2	MO
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>		1	MO
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 48.75-195 MG		4	ST; MO; FFQL; QL (360 per 30 days)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 36.25-145 MG		4	ST; MO; FFQL; QL (270 per 30 days)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 61.25-245 MG		4	ST; MO; FFQL; QL (300 per 30 days)
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>		2	MO
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>		2	MO
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>		2	MO
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>		1	MO

AGENTES ANTIPSICÓTICOS

AGENTES ANTIPSICÓTICOS

ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML		5	PA-BvsD; QL (2.4 per 56 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 960 MG/3.2ML		5	PA-BvsD; QL (3.2 per 56 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG		5	PA-BvsD; QL (1 per 26 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		5	PA-BvsD; QL (1 per 26 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>		4	MO; FFQL; QL (750 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	Abilify	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	Abilify	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg</i>		5	QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 15 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Saphris	4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>		4	MO; FFQL
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MO
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	Clozaril	2	QL (270 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>		2	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet 25 mg</i>	Clozaril	2	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet 50 mg</i>		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 150 mg, 25 mg</i>		2	QL (270 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg</i>		2	QL (90 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>		2	QL (120 per 30 days); NEDS
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 50-20 & 100-20 MG		5	PA
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML		5	PA; QL (0.75 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML		5	PA; QL (1 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML		5	PA; QL (1.5 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 351 MG/2.25ML		5	PA; QL (2.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML		5	PA; QL (0.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML		5	PA; QL (0.5 per 21 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG		4	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 6 MG, 8 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG		4	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLET 1 & 2 & 6 & 8 MG		4	PA; QL (14 per 7 days); NEDS
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLET 1 & 2 & 6 MG		4	PA; QL (8 per 3 days); NEDS
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>		2	NEDS
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>		4	NEDS
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>		4	MO; FFQL
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>		4	MO; FFQL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MO
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>		2	NEDS
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>		1	NEDS
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>		2	MO
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>		1	MO
<i>haloperidol oral tablet 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>		2	MO
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML		5	PA; QL (7 per 365 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML		5	PA; QL (10 per 365 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 78 MG/0.5ML		5	PA; QL (1 per 30 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML		5	PA; QL (1.5 per 30 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML		4	PA; QL (1 per 30 days); NEDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML		5	PA; QL (0.88 per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML		5	PA; QL (1.32 per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML		5	PA; QL (1.75 per 90 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML		5	PA; QL (2.63 per 90 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>		2	MO
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg</i>	Latuda	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Latuda	4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	Latuda	4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>		2	MO
<i>molindone hcl oral tablet 5 mg</i>		5	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	ZyPREXA	4	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 7.5 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	ZyPREXA	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
OPIPZA ORAL FILM 2 MG, 5 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 3 mg, 9 mg</i>	Invega	4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	Invega	4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		2	MO
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG		5	PA-BvsD; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	MO
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROquel XR	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROquel	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 150 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG		4	PA-BvsD; QL (2 per 28 days); NEDS
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 37.5 MG, 50 MG		5	PA-BvsD; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg</i>	RisperDAL Consta	2	PA-BvsD; QL (2 per 28 days); NEDS
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg, 50 mg</i>	RisperDAL Consta	5	PA-BvsD; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	RisperDAL	2	MO; QL (240 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	RisperDAL	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR		5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MO
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		2	MO
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		2	MO
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	PA; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 4.5 MG, 6 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Geodon	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	Geodon	4	PA-BvsD; QL (60 per 30 days); NEDS
AGENTES CALÓRICOS			
AGENTES CALÓRICOS			
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA-BvsD; NEDS
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA-BvsD; NEDS
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA-BvsD; NEDS
<i>dextrose intravenous solution 10 %</i>		3	PA-BvsD; NEDS
<i>dextrose intravenous solution 5 %</i>		3	NEDS
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %		4	PA-BvsD; NEDS
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA-BvsD; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA-BvsD; NEDS
AGENTES CARDIOVASCULARES			
AGENTES ALFA-ADRENÉRGICOS			
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg		1	MO
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr	Catapres-TTS-1	2	MO; QL (4 per 28 days)
clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24hr	Catapres-TTS-2	2	MO; QL (4 per 28 days)
clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr	Catapres-TTS-3	2	MO; QL (8 per 28 days)
doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	Cardura	1	MO; QL (60 per 30 days)
droxidopa oral capsule 100 mg	Northera	4	PA; NEDS
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	Northera	5	PA
midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		2	NEDS
prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg		1	MO
AGENTES ANTIARRITMICOS			
amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg	Pacerone	2	MO
amiodarone hcl oral tablet 400 mg		2	MO
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	Tikosyn	4	MO; FFQL
flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg		2	MO
mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg		2	MO
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>		2	MO
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>		4	MO; FFQL
AGENTES BLOQUEADORES BETA-ADRENÉRGICOS			
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>		1	MO
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tenormin	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i>	Tenoretic 100	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i>	Tenoretic 50	1	MO
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		2	MO
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>		1	MO
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	Coreg	1	MO
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Coreg CR	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>		1	MO
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Toprol XL	1	MO
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Lopressor	1	MO
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>		1	MO
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>		2	MO
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>		2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Bystolic	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>nebivolol hcl oral tablet 20 mg</i>	Bystolic	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Inderal LA	2	MO
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>		2	MO
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>		1	MO
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	Betapace AF	1	MO
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	Betapace	1	MO
<i>sotalol hcl oral tablet 240 mg</i>		1	MO
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		1	MO
AGENTES BLOQUEADORES DA CANAL DE CALCIO			
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	Cartia XT	2	MO
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	Tiadyt ER	2	MO
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	Cartia XT	2	MO
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>		2	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Cardizem	1	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>		1	MO
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		1	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>		2	MO
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	Tiadylt ER	2	MO
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>		2	MO
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		1	MO
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>		1	MO
AGENTES CARDIOVASCULARES, VARIOS			
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML		4	PA; MO; FFQL; QL (450 per 30 days)
DIGOXIN ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML		3	PA; MO; FFQL; HRM; QL (255 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 125 mcg</i>	Digox	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>	Digox	1	PA; MO; HRM; QL (30 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg</i>	Lanoxin	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml</i>	EpiPen Jr 2-Pak	2	QL (2 per 30 days); NEDS
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.3 mg/0.3ml</i>	Auvi-Q	2	QL (2 per 30 days); NEDS
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	MO
<i>icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml</i>		5	PA; QL (18 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	Firazyr	5	PA; QL (18 per 30 days)
<i>ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Corlanor	2	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>metirosine oral capsule 250 mg</i>	Demser	5	
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>		2	MO; QL (120 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA II			
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Atacand	1	MO
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	Atacand HCT	1	MO
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG		3	MO; FFQL; QL (240 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Avapro	1	MO
<i>irbesartan oral tablet 75 mg</i>		1	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	Avalide	1	MO
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Cozaar	1	MO
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	Hyzaar	1	MO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Benicar	1	MO
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Benicar HCT	1	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	Tribenzor	2	MO
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg</i>	Entresto	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg</i>		1	MO
<i>telmisartan oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Micardis	1	MO
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>		1	MO
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	Micardis HCT	1	MO
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Diovan	1	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	Diovan HCT	1	MO
DIHIDROPIRIDINAS			
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i>	Lotrel	1	MO
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>		1	MO
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Norvasc	1	MO
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	Exforge	1	MO
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Azor	1	MO
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	MO
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>		2	MO
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>		1	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Procardia XL	1	MO
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 34 mg, 8.5 mg</i>	Sular	2	MO
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 25.5 mg</i>		2	MO
DISLIPIDÉMICOS			
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	Caduet	2	MO
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>		2	MO
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Lipitor	1	MO
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	Prevalite	2	MO
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	Questran	2	MO
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	Welchol	2	MO
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	Welchol	4	MO; FFQL
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>		2	MO
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	Colestid	2	MO
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	Zetia	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	Vytorin	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate oral capsule 134 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	Tricor	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i>	Lescol XL	1	MO
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>		1	MO
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	Lopid	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm</i>	Vascepa	4	MO; FFQL; QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gm</i>	Vascepa	4	MO; FFQL; QL (120 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		1	MO
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG		3	PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG		3	PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	Lovaza	2	MO; QL (120 per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Livalo	4	ST; MO; FFQL
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>		1	MO
<i>prevalite oral packet 4 gm</i>	Prevalite	3	MO; FFQL
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML		3	PA; MO; FFQL; QL (3 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		3	PA; MO; FFQL; QL (3 per 28 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Crestor	1	MO
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Zocor	1	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>		1	MO
DIURÉTICOS			
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>		1	MO
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>		1	MO
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>		2	NEDS
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg</i>	Bumex	2	MO
<i>bumetanide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	MO
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	MO
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>		1	NEDS
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>		1	MO
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Lasix	1	MO
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>		1	MO
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	MO
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>		1	MO
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MO
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Aldactone	1	MO
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>		2	MO
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg</i>	Jynarque	5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>tolvaptan oral tablet 30 mg</i>	Jynarque	5	PA; QL (120 per 30 days)
<i>tolvaptan oral tablet therapy pack 15 mg, 30 & 15 mg, 45 & 15 mg, 60 & 30 mg, 90 & 30 mg</i>	Jynarque	5	PA; QL (56 per 28 days)
<i>torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i>		1	MO
<i>torseamide oral tablet 20 mg</i>	Soanz	1	MO
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>		1	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>		1	MO
INHIBIDORES DE ENZIMA CONVERTIDORAS DE ANGIOTENSINA			
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Lotensin	1	MO
<i>benazepril hcl oral tablet 5 mg</i>		1	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Lotensin HCT	1	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>		1	MO
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	MO
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Vasotec	1	MO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i>	Vaseretic	1	MO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>		1	MO
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		1	MO
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>		1	MO
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Zestril	1	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Zestoretic	1	MO
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>		1	MO
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		1	MO
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Accupril	1	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	Accuretic	2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-25 mg</i>		2	MO
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	MO
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>		1	MO
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>		1	MO
INHIBIDORES DEL SISTEMA DE RENINA-ANGIOTENSINA-ALDOSTERONA			
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Tekturna	4	MO; FFQL
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Inspra	2	MO
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		3	PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
KERENDIA ORAL TABLET 40 MG		4	PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
VASODILATADORES			
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>		2	MO
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i>	Isordil Titradoso	2	MO
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>		1	MO
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		1	MO
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>		1	MO
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %		4	MO; FFQL
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR		3	MO; FFQL
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	Nitrostat	2	MO
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	Nitro-Dur	2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	Nitrolingual	2	MO
AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA			
AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA			
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	Lotronex	4	PA; MO; FFQL
<i>alosetron hcl oral tablet 1 mg</i>	Lotronex	5	PA
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	Colazal	2	NEDS
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	Uceris	5	
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>		4	NEDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	Cortenema	4	NEDS
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	Apriso	2	MO; QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine er oral capsule extended release 500 mg</i>	Pentasa	4	MO; FFQL
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	Delzicol	2	MO
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	Lialda	2	MO
<i>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</i>		2	NEDS
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>		4	NEDS
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	Canasa	4	NEDS
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Azulfidine	1	MO
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	Azulfidine EN-tabs	2	MO
AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA			
AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>		2	MO; QL (300 per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg</i>		1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg</i>		1	MO; QL (4 per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 70 mg</i>	Fosamax	1	MO; QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>		2	PA-BvsD; MO; QL (4 per 28 days)
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Rocaltrol	2	MO
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Rocaltrol	2	MO
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg</i>	Sensipar	4	PA-BvsD; MO; FFQL; QL (120 per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	Sensipar	4	PA-BvsD; MO; FFQL; QL (150 per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	Sensipar	2	PA-BvsD; MO; QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>		2	MO; QL (1 per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i>	Zemplar	2	MO
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>		2	MO
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML		4	PA; QL (1 per 180 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	Actonel	2	MO; QL (1 per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 30 mg</i>		2	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg (12 pack)</i>	Actonel	2	MO; QL (12 per 84 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg, 35 mg (4 pack)</i>	Actonel	2	MO; QL (4 per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 5 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	Atelvia	2	MO; QL (4 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML		5	PA
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML		5	PA; QL (1.7 per 28 days)
AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO			
AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO			
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	Nuvigil	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG		3	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	Silenor	2	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Lunesta	2	PA; HRM; NEDS
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Provigil	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	Rozerem	2	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	Xyrem	5	PA; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>		2	PA; HRM; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Ambien	2	PA; HRM; QL (30 per 30 days); NEDS
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Adderall	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 6 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 24 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG		5	PA; QL (28 per 28 days)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 6 & 12 & 24 MG		5	PA; QL (42 per 28 days)
<i>clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour 0.1 mg</i>		2	MO; QL (120 per 30 days)
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	Ampyra	3	PA; MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
DAYBUE ORAL SOLUTION 200 MG/ML		5	PA; QL (3600 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Focalin	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Zenzedi	2	MO
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg, 240 mg</i>	Tecfidera	5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 & 240 mg</i>	Tecfidera	5	PA; QL (60 per 30 days)
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML		5	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Copaxone	5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Intuniv	2	PA; MO; HRM
JOENJA ORAL TABLET 70 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML		5	PA; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg</i>	Lithobid	1	MO
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg</i>		1	MO
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		1	MO
LITHIUM CARBONATE ORAL CAPSULE 600 MG		1	MO
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>		1	MO
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>		2	MO
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 18 mg, 27 mg</i>	Concerta	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 36 mg</i>	Concerta	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 54 mg</i>	Concerta	4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 18 mg, 27 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 36 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 54 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Ritalin	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg</i>		2	MO; QL (180 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MO; QL (90 per 30 days)
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>		4	PA; MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG		3	QL (55 per 28 days); NEDS
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	Xenazine	4	PA; MO; FFQL; QL (90 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	Xenazine	5	PA; QL (120 per 30 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 231 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO			
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO, OTROS			
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>		2	PA-BvsD; NEDS
BRONCHITOL TOLERANCE TEST INHALATION CAPSULE 40 MG		5	PA
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>		2	PA-BvsD; MO
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML		5	PA
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 30 MG/ML		5	PA
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG		5	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		5	PA
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG		5	PA
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		5	PA
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	Esbriet	5	PA
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg</i>	Esbriet	5	PA
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>		5	PA
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML		5	PA-BvsD
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	Daliresp	4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG		5	PA; QL (84 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG		5	PA; QL (84 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 80-40-60 & 59.5 MG		5	PA; QL (56 per 28 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 2 X 45 MG, 2 X 60 MG, 45 MG, 60 MG		5	PA; QL (1 per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML		5	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML		5	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		5	PA
ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOESTEROIDES INHALADOS			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (1 per 30 days)
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (1 per 30 days)
ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (1 per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (26 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>breyna inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	Symbicort	3	MO; FFQL; QL (10.3 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	Pulmicort	4	PA-BvsD; MO; FFQL
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	Symbicort	2	MO; QL (10.2 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act, 220 mcg/act</i>		4	MO; FFQL; QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 44 mcg/act</i>		4	MO; FFQL; QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	Wixela Inhub	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	Wixela Inhub	2	MO; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ANTILEUCOTRINOS			
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	Singulair	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	Singulair	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	Singulair	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Accolate	2	MO; QL (60 per 30 days)
BRONCODILATADORES			
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	Ventolin HFA	2	MO; QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)</i>	Ventolin HFA	2	MO; QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	Ventolin HFA	2	MO; QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%</i>		1	PA-BvsD; MO; QL (360 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>		1	PA-BvsD; MO; QL (360 per 25 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 2.5 mg/0.5ml</i>		1	PA-BvsD; MO; QL (100 per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>		2	MO
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>		2	MO
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT		4	MO; FFQL; QL (26 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT		4	MO; FFQL; QL (4 per 20 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>		2	PA-BvsD; MO; QL (252 per 25 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>		2	PA-BvsD; MO; QL (540 per 30 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>		2	PA-BvsD; MO; QL (540 per 30 days)
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	Xopenex HFA	2	MO; QL (30 per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 108 (90 BASE) MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (4 per 30 days)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>		4	MO; FFQL
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>		2	MO
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>		2	MO
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>		4	MO; FFQL
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule 18 mcg</i>	Spiriva HandiHaler	2	MO; QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
AGENTES DENTALES Y ORALES			
AGENTES DENTALES Y ORALES			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	Evovac	2	MO
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	Periogard	1	NEDS
<i>periogard mouth/throat solution 0.12 %</i>	Periogard	1	NEDS
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Salagen	2	MO
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	Kourzeq	2	NEDS

AGENTES DERMATOLÓGICOS

AGENTES ANTIINFLAMATORIOS DERMATOLÓGICOS

<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		1	NEDS
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	Diprolene	2	NEDS
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>		2	NEDS
BETAMETHASONE VALERATE EXTERNAL LOTION 0.1 %		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>clobetasol propionate external lotion 0.05 %</i>	Clobex	2	NEDS
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	Clobex	2	NEDS
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>desonide external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>desonide external lotion 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>		2	NEDS
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	Topicort	2	NEDS
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %		3	PA; NEDS
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	Derma-Smoother/FS Body	2	NEDS
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>		2	NEDS
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	Synalar	2	NEDS
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	Synalar	2	NEDS
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	Derma-Smoother/FS Scalp	2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>		2	NEDS
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	Procto-Med HC	1	NEDS
<i>hydrocortisone ace-pramoxine external cream 1-1 %</i>	Analpram HC	2	NEDS
<i>hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %</i>		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>	Aveeno Anti-Itch Max St	1	NEDS
<i>hydrocortisone external cream 2.5 %</i>		1	NEDS
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>		1	NEDS
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i>	Aquaphor Itch Relief Children	1	NEDS
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>		1	NEDS
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>		2	NEDS
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>		2	NEDS
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>		1	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>		1	NEDS
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>		1	NEDS
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	Elidel	2	ST; NEDS
<i>procto-med hc external cream 2.5 %</i>	Procto-Med HC	2	NEDS
<i>proctosol hc external cream 2.5 %</i>	Procto-Med HC	2	NEDS
<i>proctozone-hc external cream 2.5 %</i>	Procto-Med HC	2	NEDS
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>		4	ST; NEDS
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.5 %</i>	Triderm	2	NEDS
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %</i>		2	NEDS
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.1 %</i>		2	QL (240 per 30 days); NEDS
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>		1	NEDS
AGENTES DERMATOLÓGICOS, OTROS			
<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Accutane	4	NEDS
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>		2	PA; NEDS
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	Zovirax	2	NEDS
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>		2	NEDS
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	AL12	2	NEDS
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>		4	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	Calcitrene	4	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>		2	QL (60 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>claravis oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Accutane	4	NEDS
<i>claravis oral capsule 30 mg</i>	Claravis	4	NEDS
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>		2	NEDS
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>		2	NEDS
HYFTOR EXTERNAL GEL 0.2 %		5	PA
<i>imiquimod external cream 5 %</i>		2	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Accutane	2	NEDS
<i>isotretinoin oral capsule 30 mg</i>	Claravis	2	NEDS
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %		5	PA
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>		2	NEDS
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM		4	QL (180 per 30 days); NEDS
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Accutane	4	NEDS
<i>zenatane oral capsule 30 mg</i>	Claravis	4	NEDS
ANTIBACTERIANOS DERMATOLÓGICOS			
<i>clindamycin phos (once-daily) external gel 1 %</i>	Clindagel	2	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	Cleocin-T	2	NEDS
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>		2	QL (240 per 30 days); NEDS
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	Clindacin ETZ	2	NEDS
ERY EXTERNAL PAD 2 %		2	NEDS
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	Erygel	2	NEDS
<i>erythromycin external solution 2 %</i>		2	NEDS
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	MetroCream	2	NEDS
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>		2	NEDS
<i>metronidazole external gel 1 %</i>	Metrogel	2	NEDS
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>		2	NEDS
<i>mupirocin calcium external cream 2 %</i>		1	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>		2	QL (352 per 30 days); NEDS
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>		1	NEDS
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	SSD	2	NEDS
<i>ssd external cream 1 %</i>	SSD	2	NEDS
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	Klaron	2	NEDS
ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS			
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	Ovide	2	NEDS
<i>permethrin external cream 5 %</i>	Elimite	2	NEDS
RETINOIDES DERMATOLÓGICOS			
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	Differin	2	PA; NEDS
<i>adapalene external gel 0.3 %</i>	Differin	2	PA; NEDS
<i>tazarotene external cream 0.05 %</i>	Tazorac	4	PA; NEDS
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	Tazorac	2	PA; NEDS
<i>tazarotene external gel 0.05 %, 0.1 %</i>	Tazorac	2	PA; QL (100 per 30 days); NEDS
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	Retin-A	2	PA; NEDS
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	Retin-A	2	PA; NEDS
<i>tretinoin external gel 0.05 %</i>	Atralin	2	PA; NEDS
AGENTES GASTROINTESTINALES			
AGENTES ANTIÚLCERAS Y SUPRESORES DE ÁCIDOS			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i>	Tagamet HB	2	NEDS
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>		2	MO
<i>dexlansoprazole oral capsule delayed release 30 mg, 60 mg</i>	Dexilant	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>	GoodSense Esomeprazole	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg</i>	NexIUM	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>		2	MO
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	MM Acid-Pep Maximum Strength	1	MO
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	Pepcid	1	MO
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i>	Prevacid 24HR	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i>	Prevacid	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	Cytotec	2	MO
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		1	MO
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 40 mg</i>		1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 20 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	Protonix	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral suspension 1 gm/10ml</i>	Carafate	4	MO; FFQL
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	Carafate	1	MO
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG		4	PA; QL (28 per 14 days); NEDS
VOQUEZNA ORAL TABLET 20 MG		4	PA; NEDS
AGENTES GASTROINTESTINALES, OTROS			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin oral capsule 140-125-125 mg</i>	Pylera	2	NEDS
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	Carbaglu	5	PA
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>		2	MO
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	Gastrocrom	4	MO; FFQL
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>		2	NEDS
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>		2	NEDS
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	Lomotil	2	NEDS
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>		2	MO
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>		2	MO
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	NEDS
<i>kionex combination suspension 15 gm/60ml</i>		2	NEDS
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>		2	MO
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM		4	MO; FFQL
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	Imodium A-D	2	NEDS
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	Amitiza	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		1	NEDS
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Reglan	1	NEDS
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		3	QL (30 per 30 days); NEDS
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML		5	PA
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>sps (sodium polystyrene sulf) combination suspension 15 gm/60ml</i>		2	NEDS
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>		2	MO
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>		2	MO
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i>	Urso Forte	2	MO
XERMELO ORAL TABLET 250 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
LAXANTES			
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM		2	NEDS
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm</i>	GaviLyte-G	2	NEDS
<i>gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm</i>	GaviLyte-N with Flavor Pack	2	NEDS
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	Suprep Bowel Prep Kit	2	NEDS
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)</i>	Suprep Bowel Prep Kit	4	NEDS
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	GaviLyte-N with Flavor Pack	2	NEDS
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	GaviLyte-G	2	NEDS
AGENTES GENITOURINARIOS			
AGENTES GENITOURINARIOS, VARIOS			
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	Uroxatral	1	MO; QL (30 per 30 days)
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG		4	PA; MO; FFQL
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	Avodart	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	Jalyn	2	MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	Proscar	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	Rapaflo	2	MO
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
ANTIESPASMÓDICOS, URINARIO			
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>		2	NEDS
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour 15 mg, 7.5 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>flavoxate hcl oral tablet 100 mg</i>		2	MO
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML		3	MO; FFQL; QL (300 per 30 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>		1	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>		1	MO
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 2 mg</i>	Detrol	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>tropium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICADOR			
AGENTES TIROIDEOS Y ANTITIROIDEOS			
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Levoxyl	1	MO
<i>levothyroxine sodium oral tablet 300 mcg</i>	Synthroid	1	MO
<i>levoxyl oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Levoxyl	1	MO
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		1	MO
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>		2	MO
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		3	MO; FFQL
ANDRÓGENOS			
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>		4	NEDS
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	Depo-Testosterone	2	PA; MO
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>		2	PA; MO
<i>testosterone gel 1.62 % transdermal</i>	AndroGel Pump	2	PA; MO
<i>testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%), 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%)</i>		2	PA; MO
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)</i>	Vogelxo Pump	2	PA; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	AndroGel Pump	2	PA; MO
<i>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%)</i>		2	PA; MO; QL (75 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5gm (1%)</i>	Testim	2	PA; MO; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution 30 mg/act</i>		2	PA; MO
ESTRÓGENOS Y ANTIESTRÓGENOS			
<i>abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	Abigale Lo	2	MO
<i>abigale oral tablet 1-0.5 mg</i>	Abigale	2	MO
DUA VEE ORAL TABLET 0.45-20 MG		3	MO; FFQL
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		1	MO
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	Alora	2	MO
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr</i>	Dotti	2	MO
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	Climara	2	MO
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	Estrace	2	MO
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	Yuvafem	2	MO
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	Abigale Lo	2	MO
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg</i>	Abigale	2	MO
<i>fyavolv oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	Fyavolv	2	MO
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	Fyavolv	2	MO
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	Fyavolv	2	MO
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG		3	MO; FFQL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM		3	MO; FFQL
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625-5 MG		3	MO; FFQL
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG		3	MO; FFQL
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	Evista	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>yuvaferm vaginal tablet 10 mcg</i>	Yuvaferm	2	MO
GLUCOCORTICOIDES/MINERALOCORTICOIDES			
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>		2	NEDS
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>		1	MO
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Cortef	2	NEDS
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Medrol	2	NEDS
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>		2	NEDS
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	Medrol	2	NEDS
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg/5ml</i>	Pediapred	2	NEDS
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		2	NEDS
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>		1	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>		2	NEDS
PITUITARIO			
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>		4	MO; FFQL
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	DDAVP	2	MO
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>		4	MO; FFQL
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML		5	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG		5	PA; QL (1 per 30 days)
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG		5	PA; QL (1 per 90 days)
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG		5	PA; QL (1 per 30 days)
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG		5	PA; QL (1 per 90 days)
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG		5	PA; QL (1 per 180 days)
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	SandoSTATIN	2	PA-BvsD; MO
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml</i>		5	PA-BvsD
<i>octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml</i>		2	PA-BvsD; MO
<i>octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml</i>	SandoSTATIN	5	PA-BvsD
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 10 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML		5	PA
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML		5	PA; QL (60 per 30 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 25 MG, 30 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML		5	PA
PROGESTINAS			
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML		3	QL (0.65 per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i>	Gallifrey	2	MO
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	Depo-Provera	2	QL (1 per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	Depo-Provera	2	QL (1 per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Provera	1	MO
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>		4	PA; HRM; NEDS
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>		4	PA; MO; FFQL; HRM
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	Gallifrey	2	MO
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	Prometrium	2	MO
AGENTES INMUNOLÓGICOS			
AGENTES INMUNOLÓGICOS			
<i>adalimumab-adbm (2 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml, 40 mg/0.8ml</i>	Cyltezo (2 Pen)	5	PA; Solo NDCs que comiencen con 00597; QL (4 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 10 mg/0.2ml, 20 mg/0.4ml</i>	Cyltezo (2 Syringe)	5	PA; Solo NDCs que comiencen con 00597; QL (2 per 28 days)
<i>adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.4ml, 40 mg/0.8ml</i>	Cyltezo (2 Syringe)	5	PA; Solo NDCs que comiencen con 00597; QL (6 per 28 days)
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG		5	PA-BvsD
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	Imuran	2	PA-BvsD; MO
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		5	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		5	PA
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML		5	PA
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days)
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML		5	PA; QL (4 per 28 days)
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML		5	PA; QL (8 per 28 days)
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Gengraf	2	PA-BvsD; MO
<i>cyclosporine modified oral capsule 50 mg</i>		2	PA-BvsD; MO
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Gengraf	4	PA-BvsD; MO; FFQL
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	SandIMMUNE	4	PA-BvsD; MO; FFQL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML		5	PA
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML		5	PA
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML		5	PA; QL (8 per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days)
ENVARUSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG		4	PA-BvsD; MO; FFQL
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg</i>	Zortress	4	PA-BvsD; MO; FFQL
<i>everolimus oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	Zortress	5	PA-BvsD
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML		5	PA-BvsD
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM		5	PA-BvsD
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML		5	PA-BvsD
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML		5	PA-BvsD
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
HADLIMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 per 28 days)
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML		5	PA
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Arava	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	CellCept	2	PA-BvsD; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	CellCept	5	PA-BvsD
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	CellCept	2	PA-BvsD; MO
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	Myfortic	2	PA-BvsD; MO
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 125 MG/ML		5	PA; QL (4 per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML		5	PA; QL (4 per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.4ML		5	PA; QL (2 per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 87.5 MG/0.7ML		5	PA; QL (3 per 28 days)
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG, 4 X 10 & 51 X20 MG		5	PA; QL (55 per 28 days)
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG		4	PA-BvsD; MO; FFQL
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG		5	PA
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML		5	PA; QL (360 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML		3	PA; MO; FFQL; QL (0.5 per 28 days)
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML		5	PA; QL (1 per 28 days)
SIMLANDI (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 per 28 days)
SIMLANDI (1 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 per 28 days)
SIMLANDI (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML		5	PA; QL (6 per 28 days)
SIMLANDI (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML		5	PA; QL (2 per 28 days)
SIMLANDI (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML		5	PA; QL (6 per 28 days)
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>		4	PA-BvsD; MO; FFQL
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		4	PA-BvsD; MO; FFQL
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML		5	PA; QL (3 per 84 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML		5	PA; QL (1.2 per 56 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 360 MG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 per 56 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; QL (3 per 84 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML		5	PA; QL (1 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML		5	PA; QL (0.5 per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML		5	PA; QL (1 per 28 days)
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	Prograf	4	PA-BvsD; MO; FFQL
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML		5	PA; QL (4 per 28 days)
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML		5	PA; QL (4 per 28 days)
<i>ustekinumab subcutaneous solution 45 mg/0.5ml</i>	Stelara	5	PA; QL (1 per 28 days)
<i>ustekinumab subcutaneous solution prefilled syringe 45 mg/0.5ml</i>	Stelara	5	PA; QL (0.5 per 28 days)
<i>ustekinumab subcutaneous solution prefilled syringe 90 mg/ml</i>	Stelara	5	PA; QL (1 per 28 days)
VACUNAS			
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML		1	NEDS
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		1	NEDS
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5		1	NEDS
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML		1	NEDS
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG		1	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		1	NEDS
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5		1	NEDS
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5		1	NEDS
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5		1	NEDS
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML		1	PA-BvsD; NEDS
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML		1	PA-BvsD; NEDS
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML		1	NEDS
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		1	NEDS
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML		1	NEDS
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720 EL U/0.5ML		1	NEDS
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML		1	PA-BvsD; NEDS
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG		1	NEDS
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML		1	PA-BvsD; NEDS
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10		1	NEDS
IPOL INJECTION INJECTABLE		1	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION		1	NEDS
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML		1	NEDS
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		1	NEDS
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION 0.5 ML		1	NEDS
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		1	NEDS
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED		1	NEDS
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML		1	NEDS
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		1	NEDS
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML		1	NEDS
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		1	NEDS
PENMENVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		1	NEDS
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		1	NEDS
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		1	NEDS
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		1	NEDS
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION		1	NEDS
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		1	NEDS
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		1	PA-BvsD; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		1	PA-BvsD; NEDS
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		1	PA-BvsD; NEDS
ROTARIX ORAL SUSPENSION		1	NEDS
ROTATEQ ORAL SOLUTION		1	NEDS
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML		1	NEDS
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML		1	NEDS
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)		1	NEDS
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML		1	NEDS
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		1	NEDS
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML		1	NEDS
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML		1	NEDS
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML		1	NEDS
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML		1	NEDS
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 1350 PFU/0.5ML		1	NEDS
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED		1	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 40 MCG/0.8ML		1	NEDS
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE		1	NEDS
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)		1	NEDS
AGENTES OFTÁLMICOS			
AGENTES ANTIGLAUCOMA			
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>		2	MO
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		2	MO
AZOPT OPTHALMIC SUSPENSION 1 %		3	MO; FFQL
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	MO
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>		2	MO; QL (5 per 25 days)
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.1 %</i>	Alphagan P	3	MO; FFQL
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %</i>	Alphagan P	2	MO
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>		2	MO
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution 0.2-0.5 %</i>	Combigan	2	MO
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	Azopt	4	MO; FFQL
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>		2	MO
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>		2	MO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	Cosopt	2	MO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	Cosopt PF	2	MO
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	Xalatan	1	MO; QL (2.5 per 25 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		1	MO
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %		3	MO; FFQL; QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	MO
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>		2	MO
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %		4	MO; FFQL
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %		4	MO; FFQL
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %		3	MO; FFQL
<i>timolol hemihydrate ophthalmic solution 0.5 %</i>	Betimol	1	MO
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>		2	MO
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>		1	MO
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	Travatan Z	2	MO; QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %		4	MO; FFQL; QL (2.5 per 25 days)
AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA			
AGENTES ANTIINFECCIOSOS DE OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA			
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>		2	NEDS
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %		4	NEDS
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>		2	NEDS
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	Polycin	2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	Neo-Polycin HC	2	NEDS
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>		1	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>		4	NEDS
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>		2	NEDS
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	NEDS
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>		2	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>		2	NEDS
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	Vigamox	2	NEDS
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	Neo-Polycin	2	NEDS
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	Maxitrol	2	NEDS
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	Maxitrol	2	NEDS
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>		2	NEDS
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>		2	NEDS
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>		2	NEDS
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>		2	NEDS
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	Ocuflox	2	NEDS
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>		2	NEDS
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>		1	NEDS
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>		1	NEDS
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>		2	NEDS
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>		2	QL (20 per 30 days); NEDS
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>		2	NEDS
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>		2	NEDS
XDEM VY OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %		4	PA; NEDS
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS DE OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA			
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>		2	NEDS
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	Restasis	4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	Durezol	2	NEDS
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>		2	QL (50 per 25 days); NEDS
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	DermOtic	2	NEDS
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	FML Liquifilm	2	NEDS
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>		2	NEDS
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	Flonase Allergy Rel Childrens	1	QL (16 per 30 days); NEDS
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %		3	NEDS
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	Acular LS	2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	Acular	2	QL (10 per 25 days); NEDS
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel 0.5 %</i>	Lotemax	2	NEDS
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	Lotemax	2	NEDS
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act</i>	Nasonex 24HR	2	NEDS
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	Pred Forte	2	NEDS
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>		2	NEDS
RESTASIS MULTIDOSE OPTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	MO; FFQL
RESTASIS OPTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	MO; FFQL
XIIDRA OPTHALMIC SOLUTION 5 %		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
AGENTES DE OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA, VARIOS			
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	NEDS
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>		2	MO
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>		2	QL (30 per 25 days); NEDS
<i>azelastine hcl nasal solution 137 mcg/spray</i>		2	QL (30 per 25 days); NEDS
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>azelastine-fluticasone nasal suspension 137-50 mcg/act</i>	Dymista	2	QL (23 per 30 days); NEDS
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>		1	NEDS
<i>epinastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS			
AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS			
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML		5	PA-BvsD
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER 3 MG/DOSE		3	NEDS
BAQSIMI TWO PACK NASAL POWDER 3 MG/DOSE		3	NEDS
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>		2	NEDS
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	Proglycem	5	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG		4	NEDS
<i>glucagon emergency injection kit 1 mg</i>		3	NEDS
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	PA; HRM; NEDS
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>		2	NEDS
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	Carnitor	2	MO
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Carnitor	2	MO
<i>l-glutamine oral packet 5 gm</i>	Endari	2	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	Mesnex	2	NEDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	Rectiv	4	NEDS
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg</i>	Mestinon	2	NEDS
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>		2	NEDS
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	Mestinon	2	NEDS
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 80 MG/0.5ML		5	PA; QL (0.5 per 30 days)
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 128 MG/0.8ML		5	PA; QL (0.8 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 160 MG/ML		5	PA; QL (1 per 30 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2ML		5	PA; QL (4 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; QL (2 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML		5	PA; QL (4 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (112 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (56 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; QL (224 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG		4	PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
VIJOICE ORAL PACKET 50 MG		5	PA
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 200 & 50 MG, 50 MG		5	PA
VOWST ORAL CAPSULE		5	PA; QL (12 per 30 days)
AGENTES VASODILATADORES			
AGENTES VASODILATADORES			
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Letairis	5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	Tracleer	5	PA; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>bosentan oral tablet soluble 32 mg</i>	Tracleer	5	PA; QL (112 per 28 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Viagra	2	EXCL; QL (7 per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	Revatio	2	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>		2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	Cialis	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		5	PA; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG		5	PA; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG		5	PA
<i>vardenafil hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		2	EXCL; QL (7 per 30 days)

ANALGÉSICOS

AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	CeleBREX	2	ST; MO; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine external patch 1.3 %</i>	Flector	2	PA; NEDS
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>		2	MO
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>		1	MO
<i>diclofenac sodium external gel 3 %</i>		4	QL (1000 per 30 days); NEDS
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>		4	QL (300 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MO
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg, 75-0.2 mg</i>	Arthrotec	2	MO
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>		2	MO
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>		2	MO
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>		2	MO
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i>	Lodine	2	MO
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>		2	MO
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	Lurbiro	2	MO
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	IBU	1	MO
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	Childrens Advil	1	NEDS
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	IBU	1	MO
<i>indomethacin er oral capsule extended release 75 mg</i>		2	MO
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>		2	MO
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>		2	QL (20 per 5 days); NEDS
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>		1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>		1	MO
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg</i>	EC-Naprosyn	1	MO
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>		1	MO
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i>	Naprosyn	1	MO
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	EC-Naprosyn	1	MO
<i>naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	EC-Naprosyn	1	MO
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg</i>		2	MO
<i>naproxen sodium oral tablet 550 mg</i>	Anaprox DS	2	MO
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>		2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>		2	MO
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>		1	MO
ANALGÉSICOS, VARIOS			
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>		2	QL (4500 per 30 days); NEDS
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>		2	QL (390 per 30 days); NEDS
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg, 300-60 mg</i>		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	Tencon	2	PA; HRM; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	BAC (Butalbital-Acetamin-Caff)	2	PA; HRM; QL (180 per 30 days); NEDS
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG		1	QL (720 per 30 days); NEDS
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 30 MG		1	QL (360 per 30 days); NEDS
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 60 MG		1	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	Endocet	2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	Endocet	2	QL (360 per 30 days); NEDS
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	Endocet	2	QL (240 per 30 days); NEDS
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>		2	QL (10 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15ml</i>		2	QL (2700 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>		2	QL (3600 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>		2	QL (360 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>		2	QL (240 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>		2	QL (150 per 30 days); NEDS
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg</i>	Dilaudid	2	QL (960 per 30 days); NEDS
<i>hydromorphone hcl oral tablet 4 mg</i>	Dilaudid	2	QL (480 per 30 days); NEDS
<i>hydromorphone hcl oral tablet 8 mg</i>	Dilaudid	2	QL (90 per 30 days); NEDS
JOURNAVX ORAL TABLET 50 MG		4	ST; QL (28 per 14 days); NEDS
METHADONE HCL ORAL SOLUTION 5 MG/5ML		2	QL (3600 per 30 days); NEDS
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg</i>		2	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	MS Contin	2	QL (180 per 30 days); NEDS
MORPHINE SULFATE ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		2	QL (2700 per 30 days); NEDS
MORPHINE SULFATE ORAL SOLUTION 20 MG/5ML		2	QL (1350 per 30 days); NEDS
MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG		2	QL (360 per 30 days); NEDS
MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 30 MG		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>		2	QL (720 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg</i>		2	QL (360 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg</i>	Roxicodone	2	QL (240 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxycodone hcl oral tablet 20 mg</i>		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 30 mg</i>	Roxicodone	2	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 5 mg</i>		2	QL (720 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	Endocet	2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	Endocet	2	QL (360 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	Endocet	2	QL (240 per 30 days); NEDS
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>		2	QL (240 per 30 days); NEDS

ANESTÉSICOS

ANESTESIA LOCAL

APRIZIO PAK II EXTERNAL KIT 2.5-2.5 %		2	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
EMPRICAINE-II EXTERNAL KIT 2.5-2.5 %		2	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>		2	PA; QL (50 per 30 days); NEDS
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	Lidocan	4	QL (90 per 30 days); NEDS
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>		2	PA; NEDS
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>		2	NEDS
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>		2	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
NUVAKAAN-II EXTERNAL KIT 2.5-2.5 %		2	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
PRIZOPAK II EXTERNAL KIT 2.5-2.5 %		2	PA; QL (30 per 30 days); NEDS

ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS			
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg</i>	Exjade	4	PA; MO; FFQL
<i>deferasirox oral tablet soluble 250 mg, 500 mg</i>	Exjade	5	PA
<i>deferiprone oral tablet 1000 mg</i>	Ferriprox	5	PA
<i>deferiprone oral tablet 500 mg</i>		5	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Depen Titratabs	5	PA
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	Syprine	5	PA
<i>trientine hcl oral capsule 500 mg</i>		5	PA
ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA)			
ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA)			
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	Cleocin	2	NEDS
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	Vandazole	2	NEDS
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>		2	NEDS
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>		2	NEDS
VANDAZOLE VAGINAL GEL 0.75 %		4	NEDS
ANTIBACTERIANOS			
AMINOGLICÓSIDOS			
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>		2	NEDS
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML		5	PA
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%</i>		2	NEDS
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>		1	NEDS
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>		2	NEDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG		5	PA; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	Kitabis Pak (w/ nebulizer)	5	PA-BvsD; QL (280 per 56 days)
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>		4	PA-BvsD; NEDS
ZEMDRI INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/10ML		5	
ANTIBACTERIALES, MISCELÁNEOS			
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Cleocin	1	NEDS
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	Cleocin	2	NEDS
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>		2	NEDS
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/50ML		2	NEDS
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 600-0.9 MG/50ML-%		2	NEDS
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml</i>	Cleocin Phosphate	2	PA-BvsD; NEDS
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	Coly-Mycin M	2	PA-BvsD; NEDS
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 350 MG		5	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>		5	
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gm</i>		2	NEDS
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	Zyvox	4	PA-BvsD; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	Zyvox	5	PA; QL (1800 per 30 days)
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	Zyvox	4	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	Hiprex	2	NEDS
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		1	NEDS
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Macrochantin	2	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	Macrobid	2	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>		1	NEDS
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm</i>		4	NEDS
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	Vancocin	4	QL (300 per 30 days); NEDS
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	Vancocin	4	QL (170 per 30 days); NEDS
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		4	NEDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG		5	
ANTIBIÓTICOS B-LACTAM MISCELÁNEOS			
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	Azactam	4	NEDS
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		5	PA
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>		4	NEDS
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg</i>		4	NEDS
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	Primaxin IV	4	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>		2	NEDS
CEFALOSPORINAS			
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>		1	NEDS
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>		2	NEDS
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>		2	NEDS
<i>cefдинir oral capsule 300 mg</i>		2	NEDS
<i>cefдинir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>		4	NEDS
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>		4	NEDS
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>		2	NEDS
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>cefloxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>		4	PA-BvsD; NEDS
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>		1	NEDS
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>		2	NEDS
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm</i>	Tazicef	4	NEDS
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 6 gm</i>		4	NEDS
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	Tazicef	4	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		2	NEDS
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		1	NEDS
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG		5	PA-BvsD
MACRÓLIDOS			
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	Zithromax	2	PA-BvsD; NEDS
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	Zithromax	2	NEDS
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack)</i>	Zithromax	1	NEDS
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>		2	NEDS
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>		2	NEDS
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		4	NEDS
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
DIFICID ORAL TABLET 200 MG		5	ST; QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>		2	NEDS
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>erythromycin base oral tablet delayed release 250 mg</i>	Ery-Tab	2	NEDS
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	E.E.S. 400	2	NEDS
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	Ery-Tab	2	NEDS
PENICILINAS			
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		1	NEDS
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>		1	NEDS
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>		1	NEDS
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>		1	NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>		4	NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 600-42.9 mg/5ml</i>	Augmentin ES-600	2	NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>		2	NEDS
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>		1	NEDS
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	Unasyn	4	NEDS
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i>	Unasyn	4	NEDS
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 900000-300000 UNIT/2ML		4	NEDS
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML		4	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML		4	NEDS
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
<i>naftillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>		4	NEDS
<i>naftillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		4	NEDS
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	Pfizerpen	4	PA-BvsD; NEDS
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>		4	PA-BvsD; NEDS
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		1	NEDS
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2- 0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>		4	NEDS
QUINOLONAS			
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Cipro	1	NEDS
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>		1	NEDS
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>		2	NEDS
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>		2	NEDS
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>		2	NEDS
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 400 MG/250ML		4	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
MOXIFLOXACIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 400 MG/250ML		4	NEDS
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>		2	NEDS
<i>ofloxacin oral tablet 400 mg</i>		2	NEDS
SULFONAMIDAS			
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>		4	NEDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	Sulfatrim Pediatric	2	NEDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i>	Bactrim	1	NEDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i>	Bactrim DS	1	NEDS
TETRACICLINAS			
<i>demeclocycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>		2	NEDS
<i>doxy 100 intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	Doxy 100	4	PA-BvsD; NEDS
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	Doxy 100	2	PA-BvsD; NEDS
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>		2	NEDS
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>		2	NEDS
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i>	Mondoxylene NL	1	NEDS
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i>		1	NEDS
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	NEDS
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		1	NEDS
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg		2	NEDS
TIGECYCLINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG		4	PA-BvsD; NEDS
ANTICONCEPTIVOS			
ANTICONCEPTIVOS			
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg	Aviane	2	MO
balziva oral tablet 0.4-35 mg-mcg	Balziva	2	MO
briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg	Balziva	2	MO
camila oral tablet 0.35 mg	Camila	2	MO
cyred eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MO
eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr	EluRyng	3	MO; FFQL; QL (1 per 28 days)
enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr	EluRyng	3	MO; FFQL; QL (1 per 28 days)
errin oral tablet 0.35 mg	Camila	2	MO
estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg	Estarylla	1	MO
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr	EluRyng	3	MO; FFQL; QL (1 per 28 days)
haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr	EluRyng	3	MO; FFQL; QL (1 per 28 days)
heather oral tablet 0.35 mg	Camila	2	MO
incassia oral tablet 0.35 mg	Camila	2	MO
isibloom oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MO
jasmiel oral tablet 3-0.02 mg		2	MO
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 19.5 MG		4	NEDS
levonest oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg		2	MO
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg	Aviane	2	MO
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-30 mg-mcg	Altavera	2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY		3	NEDS
<i>loryna oral tablet 3-0.02 mg</i>		2	MO
<i>lutra oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	Aviane	2	MO
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
<i>meleya oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	1	MO
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20 MCG/DAY		4	NEDS
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG		3	NEDS
<i>nikki oral tablet 3-0.02 mg</i>		2	MO
<i>nora-be oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	Xulane	2	MO; QL (3 per 28 days)
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	Aurovela FE 1/20	1	MO
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	Tilia Fe	1	MO
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	1	MO
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		1	MO
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		2	MO
<i>nortrel 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>		2	MO
<i>nylia 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		2	MO
<i>nylia 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>		2	MO
<i>orquidea oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
<i>reclipsen oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MO
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 13.5 MG		4	NEDS
sprintec 28 oral tablet 0.25-35 mg-mcg	Estarylla	1	MO
sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg	Aviane	2	MO
tilia fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg	Tilia Fe	1	MO
tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg		1	MO
tri-legest fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg	Tilia Fe	1	MO
tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg		1	MO
tri-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg		1	MO
vestura oral tablet 3-0.02 mg		2	MO
vyfemla oral tablet 0.4-35 mg-mcg	Balziva	2	MO
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr	Xulane	2	MO; QL (3 per 28 days)
zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr	Xulane	2	MO; QL (3 per 28 days)
zovia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg		1	MO

ANTICONVULSIVOS

ANTICONVULSIVOS

BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	PA; QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg	Carbatrol	2	MO
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg	TEGretol-XR	2	MO
carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml	TEGretol	2	MO
carbamazepine oral tablet 200 mg	TEGretol	2	MO
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg, 200 mg		2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Onfi	4	PA; MO; FFQL; QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Onfi	4	PA; MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG		5	PA
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG, 500 MG		5	PA
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>		4	NEDS
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG		3	MO; FFQL
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	Depakote ER	2	MO
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	Depakote Sprinkles	2	MO
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Depakote	1	MO
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML		3	MO; FFQL
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 200 mg, 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	Aptiom	5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	Zarontin	2	MO
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	Zarontin	2	MO
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>		4	MO; FFQL
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	Felbatol	4	MO; FFQL
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML		5	PA
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML		5	PA
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	Neurontin	1	MO; QL (300 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	Neurontin	1	MO; QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	Neurontin	2	MO; QL (2160 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	Neurontin	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	Neurontin	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	Vimpat	4	MO; FFQL; QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Vimpat	4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	LaMICtal XR	2	MO
<i>lamotrigine oral kit 21 x 25 mg & 7 x 50 mg, 25 & 50 & 100 mg, 42 x 50 mg & 14x100 mg</i>	LaMICtal ODT	4	NEDS
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	LaMICtal	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	LaMICtal	2	MO
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	LaMICtal ODT	4	MO; FFQL
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	LaMICtal Starter	2	NEDS
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	LaMICtal Starter	2	NEDS
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	LaMICtal Starter	2	NEDS
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	Keppra XR	2	MO; QL (180 per 30 days)
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	Keppra XR	2	MO; QL (120 per 30 days)
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	Keppra	2	MO
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Keppra	2	MO
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	Celontin	4	MO; FFQL
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML		4	PA; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	Trileptal	4	MO; FFQL
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	Trileptal	2	MO
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	Fycompa	5	
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i>	Fycompa	4	MO; FFQL
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>		2	MO
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>		2	MO
<i>phenytek oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Phenytek	2	MO
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	Dilantin-125	2	MO
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	Dilantin Infatabs	1	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	Dilantin	2	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Phenytek	2	MO
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Lyrica	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 150 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Lyrica	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Lyrica	4	MO; FFQL; QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>		1	MO
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Mysoline	1	MO
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	Banzel	5	PA; QL (2400 per 30 days)
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	Banzel	4	PA; MO; FFQL; QL (240 per 30 days)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	Banzel	5	PA; QL (240 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG, 500 MG		4	MO; FFQL; QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG		4	PA; MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>		4	MO; FFQL
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>		3	MO; FFQL
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	Topamax Sprinkle	2	MO
<i>topiramate oral capsule sprinkle 50 mg</i>		2	MO
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i>	Eprontia	2	MO
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Topamax	1	MO
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>		2	MO
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>		2	MO
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML		5	PA; QL (10 per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 7.5 MG/0.1ML		5	PA; QL (10 per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 10 MG/0.1ML		5	PA; QL (10 per 30 days)
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML		5	PA; QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	Sabril	5	PA; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	Vigadrone	5	PA; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i>	Vigadrone	5	PA; QL (180 per 30 days)
<i>vigpoder oral packet 500 mg</i>	Sabril	5	PA; QL (180 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG		5	PA; QL (56 per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG		5	PA; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG		4	PA; QL (28 per 28 days); NEDS
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG		5	PA; QL (28 per 28 days)
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		4	MO; FFQL
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Zonegran	2	MO
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>		2	MO
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	PA; QL (1100 per 30 days)
ANTIDEPRESIVOS			
ANTIDEPRESIVOS			
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MO
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MO
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Wellbutrin SR	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	Wellbutrin XL	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</i>	Wellbutrin XL	2	MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg</i>		1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 75 mg</i>		1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>		2	PA; MO; HRM
<i>citalopram hydrobromide oral capsule 30 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>		2	MO; QL (600 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg</i>	CeleXA	1	MO; QL (45 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 20 mg</i>	CeleXA	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 40 mg</i>	CeleXA	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Anafranil	2	MO
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	Norpramin	2	MO
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MO
DESVENLAFAXINE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 50 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>	Pristiq	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg</i>	Pristiq	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MO
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>		2	MO
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG		4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG		4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR		5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>		4	MO; FFQL; QL (600 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Lexapro	1	MO; QL (30 per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG		3	ST; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG		3	ST; QL (28 per 28 days); NEDS
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 40 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 20 mg</i>	PROzac	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg</i>		2	MO; QL (4 per 28 days)
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>		2	MO; QL (600 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 20 mg</i>		2	MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 60 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg</i>		2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MO
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>		2	MO
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG		4	MO; FFQL
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	Remeron	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Remeron SolTab	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg</i>		2	MO
NEFAZODONE HCL ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		2	MO
<i>nefazodone hcl tablet 150 mg oral</i>		2	MO
<i>nefazodone hcl tablet 200 mg oral</i>		2	MO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Pamelor	2	MO
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		2	MO
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg</i>	Symbyax	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg</i>	Paxil CR	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 37.5 mg</i>	Paxil CR	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>		2	MO; QL (900 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	Paxil	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 40 mg</i>	Paxil	1	MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>		2	MO
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Nardil	2	MO
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MO
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML		4	PA; MO; FFQL; QL (1200 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	Zoloft	2	MO; QL (300 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg</i>	Zoloft	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Zoloft	1	MO; QL (45 per 30 days)
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Parnate	2	MO
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>		1	MO
<i>trazodone hcl oral tablet 300 mg</i>		2	MO
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MO
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		4	ST; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
VENLAFAXINE BESYLATE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 112.5 MG		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg</i>	Effexor XR	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 75 mg</i>	Effexor XR	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 225 mg, 37.5 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>		2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>		1	MO; QL (90 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Viiibryd	2	MO; QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG		5	PA; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG		5	PA; QL (14 per 14 days)
ANTIFÚNGICOS			
ANTIFÚNGICOS			
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	AmBisome	5	PA-BvsD
<i>casposfungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>		2	NEDS
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>		2	NEDS
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>		2	NEDS
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	Ciclodan	2	NEDS
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>		1	NEDS
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>		2	NEDS
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	Lotrimin AF	1	NEDS
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>		2	NEDS
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>		2	NEDS
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>		2	NEDS
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion 1-0.05 %</i>		2	NEDS
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG		5	PA
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>		2	QL (255 per 30 days); NEDS
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>		2	PA-BvsD; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml</i>		2	NEDS
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	Diflucan	2	NEDS
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>		2	NEDS
<i>fluconazole oral tablet 150 mg</i>	Diflucan	2	NEDS
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Ancobon	5	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>		4	NEDS
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>		2	NEDS
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		2	NEDS
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	Sporanox	4	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>		2	QL (600 per 30 days); NEDS
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>		1	NEDS
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>		2	NEDS
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	Mycamine	2	PA-BvsD; NEDS
MICONAZOLE 3 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG		2	NEDS
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>		1	NEDS
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>		1	NEDS
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	Klayesta	2	NEDS
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>		2	NEDS
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>		2	NEDS
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>		2	NEDS
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>		2	NEDS
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>		5	PA; QL (93 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>ra clotrimazole external cream 1 %</i>	Lotrimin AF	1	NEDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>		1	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	Vfend IV	5	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	Vfend	5	PA; QL (300 per 30 days)
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>		4	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>		4	PA; QL (120 per 30 days); NEDS

ANTIISTAMÍNICOS

ANTIISTAMÍNICOS

<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	KLS Aller-Tec Childrens	1	NEDS
<i>cetirizine hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	KLS Aller-Tec Childrens	1	NEDS
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>		2	NEDS
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Clarinet	2	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>		1	NEDS
<i>diphenhydramine hcl solution 50 mg/ml injection</i>		1	NEDS
<i>diphenhydramine hcl solution 50 mg/ml injection</i>		1	MO
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>		2	PA; HRM; NEDS
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	PA; HRM; NEDS
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	Xyzal Allergy 24HR Childrens	2	QL (300 per 30 days); NEDS
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	Xyzal Allergy 24HR	1	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>promethazine hcl oral solution 6.25 mg/5ml</i>		2	PA; HRM; NEDS

ANTIMICOBACTERIALES

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ANTIMICOBACTERIALES			
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>		2	MO
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>		2	NEDS
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>		2	MO
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>		1	MO
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG		4	NEDS
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>		4	NEDS
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>		4	NEDS
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	Rifadin	4	NEDS
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		2	NEDS
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG		5	PA
ANTIVIRALES (SITÉMICO)			
ANTIRRETROVIRALES			
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	Ziagen	4	MO; FFQL; QL (900 per 30 days)
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		5	QL (120 per 30 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 200 mg</i>	Reyataz	4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 300 mg</i>	Reyataz	4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG		5	QL (30 per 30 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		5	QL (30 per 30 days)
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	Prezista	4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	Prezista	5	QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		5	QL (30 per 30 days)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG		5	QL (30 per 30 days)
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG		5	QL (30 per 30 days)
EDURANT ORAL TABLET 25 MG		5	QL (30 per 30 days)
EDURANT PED ORAL TABLET SOLUBLE 2.5 MG		5	QL (300 per 30 days)
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg</i>		5	QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 600-300-300 mg</i>	Symfi	5	QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	Emtriva	4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 167-250 mg</i>	Truvada	4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 133-200 mg</i>	Truvada	5	QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	Truvada	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df oral tablet 200-25-300 mg</i>	Complera	5	QL (30 per 30 days)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		4	MO; FFQL; QL (680 per 28 days)
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Intelence	5	QL (120 per 30 days)
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	QL (30 per 30 days)
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>		5	QL (120 per 30 days)
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		5	QL (60 per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG		4	MO; FFQL; QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		5	QL (60 per 30 days)
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG		5	QL (60 per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		5	QL (60 per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG		5	QL (180 per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG		4	MO; FFQL; QL (180 per 30 days)
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG		5	QL (30 per 30 days)
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5ML		4	MO; FFQL; QL (400 per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	Epivir	2	MO; QL (900 per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	Epivir	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	Epivir	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	Kaletra	4	MO; FFQL; QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	Kaletra	4	MO; FFQL; QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg</i>	Selzentry	5	QL (240 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 300 mg</i>	Selzentry	5	QL (120 per 30 days)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>		4	MO; FFQL; QL (1200 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
NORVIR ORAL PACKET 100 MG		4	MO; FFQL; QL (360 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		5	QL (30 per 30 days)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG		5	QL (30 per 30 days)
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG		5	QL (30 per 30 days)
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		5	QL (360 per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG		5	QL (240 per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG		4	MO; FFQL; QL (420 per 30 days)
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG		5	QL (180 per 30 days)
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	Norvir	2	MO; QL (360 per 30 days)
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG		5	QL (60 per 30 days)
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML		5	QL (1800 per 30 days)
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG		5	QL (30 per 30 days)
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG		5	QL (4 per 180 days)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG		5	QL (4 per 180 days)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 5 X 300 MG		5	QL (5 per 180 days)
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG		5	QL (30 per 30 days)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	Viread	2	MO; QL (30 per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG		5	QL (60 per 30 days)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG		5	QL (360 per 30 days)
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		5	QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG		4	MO; FFQL; QL (180 per 30 days)
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (28 per 28 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG		5	QL (300 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG		5	QL (120 per 30 days)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		5	QL (240 per 30 days)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	QL (30 per 30 days)
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	Retrovir	2	MO; QL (180 per 30 days)
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	Retrovir	2	MO; QL (1680 per 28 days)
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
ANTIVIRALES HCV			
<i>ledipasvir-sofosbuvir oral tablet 90-400 mg</i>	Harvoni	5	PA
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG		5	PA; QL (168 per 28 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG		5	PA; QL (84 per 28 days)
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg</i>	Epclusa	5	PA
ANTIVIRALES, VARIOS			
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (336 per 28 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	Tamiflu	2	QL (84 per 30 days); NEDS
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	Tamiflu	2	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	Tamiflu	2	NEDS
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG		1	QL (20 per 5 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PAXLOVID (300/100 & 150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 6 X 150 MG & 5 X 100MG		1	QL (11 per 28 days); NEDS
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG		1	QL (30 per 5 days); NEDS
PREVYMIS ORAL PACKET 120 MG, 20 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG		5	PA; QL (100 per 100 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT		4	NEDS
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		4	NEDS
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG		4	NEDS
INTERFERONES			
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML		5	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML		5	PA
NUCLEÓSIDOS Y NUCLEÓTIDOS			
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>		1	NEDS
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>		1	NEDS
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>		4	PA-BvsD; NEDS
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>		4	PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML		5	PA; QL (600 per 30 days)
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Baraclude	4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>		2	QL (90 per 30 days); NEDS
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>		2	NEDS
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>		2	NEDS
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm</i>	Valtrex	2	QL (90 per 30 days); NEDS
<i>valacyclovir hcl oral tablet 500 mg</i>	Valtrex	2	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	Valcyte	5	
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	Valcyte	3	MO; FFQL

DISPOSITIVOS

DISPOSITIVOS

ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8 MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 29G X 12.7MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ALCOHOL PREP PAD		3	
ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %		3	
ALCOHOL SWABS PAD		3	
AQ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
AQINJECT PEN NEEDLE 31G X 5 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
AUM ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %		3	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE 31G X 4 MM , 31G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 32G X 8 MM , 33G X 4 MM , 33G X 5 MM , 33G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
AUM PEN NEEDLE 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 33G X 4 MM , 33G X 5 MM , 33G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
AUM SAFETY PEN NEEDLE 31G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
BD AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
BD ECLIPSE SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE 25G X 1" 1 ML, 25G X 5/8" 1 ML, 26G X 1/2" 1 ML, 27G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, U-100 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML		3	QL (120 per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 27G X 5/8" 1 ML, 28G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
BD PEN NEEDLE MICRO ULTRAFINE 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE 31G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO ULTRAFINE 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
BD PEN NEEDLE ORIG ULTRAFINE 29G X 12.7MM		3	QL (120 per 30 days)
BD PEN NEEDLE SHORT ULTRAFINE 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
BD SAFETYGLIDE SYRINGE/NEEDLE 27G X 5/8" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
BD SWABS SINGLE USE BUTTERFLY PAD		3	
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT 31G X 15/64" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
CAREFINE PEN NEEDLES 29G X 12MM , 30G X 8 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
CAREONE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 70 %		3	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 5/16" 1 ML, 29G X 5/16" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
CARETOUCH PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 29G X 12MM , 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 32G X 8 MM , 33G X 4 MM , 33G X 5 MM , 33G X 6 MM , 33G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 30G X 8 MM , 31G X 4 MM , 31G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 4 MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 32G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
CURITY ALL PURPOSE SPONGES PAD 2"X2"		3	
CURITY GAUZE PAD 2"X2"		3	
CURITY GAUZE SPONGE PAD 2"X2"		3	
CURITY SPONGES PAD 2"X2"		3	
CVS GAUZE PAD 2"X2"		3	
CVS GAUZE STERILE PAD 2"X2"		3	
DERMACEA GAUZE SPONGE PAD 2"X2"		3	
DERMACEA IV DRAIN SPONGES PAD 2"X2"		3	
DERMACEA NON-WOVEN SPONGES PAD 2"X2"		3	
DERMACEA TYPE VII GAUZE PAD 2"X2"		3	
DIATHRIVE PEN NEEDLE 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 15/64" 0.3 ML, 30G X 15/64" 0.5 ML, 30G X 15/64" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM		3	QL (120 per 30 days)
DROPLET PEN NEEDLES 29G X 10MM , 29G X 12MM , 30G X 8 MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 32G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
DROPSAFE ALCOHOL PREP PAD 70 %		3	
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 29G X 1/2" 1 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
DRUG MART UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
EASY COMFORT ALCOHOL PADS PAD		3	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 0.5 ML, 29G X 5/16" 1 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 1/2" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML, 32G X 5/16" 0.5 ML, 32G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29G X 4MM , 29G X 5MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 33G X 4 MM , 33G X 5 MM , 33G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
EASY GLIDE PEN NEEDLES 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
EASY TOUCH FLIPLOCK SAFETY SYR 27G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 30G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 0.5 ML, 27G X 1/2" 1 ML, 27G X 5/8" 1 ML, 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
EASY TOUCH PEN NEEDLES 29G X 12MM , 30G X 5 MM , 30G X 6 MM , 30G X 8 MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 29G X 5MM , 29G X 8MM , 30G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" 1 ML, 28G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 29G X 12.7MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
EMBRACE PEN NEEDLES 29G X 12MM , 30G X 5 MM , 30G X 8 MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
EQL ALCOHOL SWABS PAD 70 %		3	
EQL GAUZE PAD 2"X2"		3	
EQL INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM		3	QL (120 per 30 days)
GAUZE PADS PAD 2"X2"		3	
GAUZE TYPE VII MEDI-PAK PAD 2"X2"		3	
GLOBAL ALCOHOL PREP EASE PAD 70 %		3	
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 30G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
GNP INSULIN SYRINGES 30G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES 30GX5/16" 30G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16" 31G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
GNP PEN NEEDLES 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
GNP STERILE GAUZE PAD 2"X2"		3	
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
GOODSENSE ALCOHOL SWABS PAD 70 %		3	
GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE 31G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
H-E-B INCONTROL ALCOHOL PAD		3	
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
HM STERILE ALCOHOL PREP PAD		3	
HM STERILE PADS PAD 2"X2"		3	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 27G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 27G X 1/2" 0.5 ML, 27G X 1/2" 1 ML, 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 1/4" 0.3 ML, 31G X 1/4" 0.5 ML, 31G X 1/4" 1 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
INSUPEN PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
INSUPEN SENSITIVE 32G X 6 MM , 32G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
INSUPEN ULTRAFIN 29G X 12MM , 30G X 8 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
J & J GAUZE PAD 2"X2"		3	
KENDALL HYDROPHILIC FOAM DRESS PAD 2"X2"		3	
KENDALL HYDROPHILIC FOAM PLUS PAD 2"X2"		3	
KINRAY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G U-100 1 ML		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G U-100 0.3 ML, U-100 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
KROGER INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
KROGER PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
LEADER INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
LEADER UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 5 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
LITETOUCH PEN NEEDLES 29G X 12.7MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29G X 5MM , 29G X 8MM		3	QL (120 per 30 days)
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" 27G X 1/2" 0.5 ML, 27G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
MEDIC INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
MEDPURA ALCOHOL PADS EXTERNAL 70 %		3	
MEIJER ALCOHOL SWABS PAD 70 %		3	
MEIJER PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
MICRODOT PEN NEEDLE 31G X 6 MM , 32G X 4 MM , 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
MIRASORB SPONGES 2"X2"		3	QL (120 per 30 days)
MM PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 25G X 5/8" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML (OTC)		3	QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (RX)		3	QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (OTC)		3	QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (RX)		3	QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (RX)		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (RX)		3	QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML (RX)		3	QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE U-100 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
MS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
NOVOFINE AUTOCOVER 30G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
NOVOFINE PEN NEEDLE 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
NOVOTWIST PEN NEEDLE 32G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
PEN NEEDLES 30G X 5 MM , 30G X 8 MM , 32G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
PENTIPS 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 6 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PIP PEN NEEDLES 31G X 5MM 31G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
PIP PEN NEEDLES 32G X 4MM 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM		3	QL (120 per 30 days)
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
PRO COMFORT ALCOHOL PAD 70 %		3	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 32G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
PRODIGY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
PURE COMFORT ALCOHOL PREP PAD		3	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 32G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PX SHORTLENGTH PEN NEEDLES 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
QC ALCOHOL SWABS PAD 70 %		3	
QC BORDER ISLAND GAUZE PAD 2"X2"		3	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 29G X 12.7MM , 31G X 4 MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 32G X 8 MM , 33G X 4 MM , 33G X 5 MM , 33G X 6 MM , 33G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
RA ALCOHOL SWABS PAD 70 %		3	
RA INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
RA PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
RA STERILE PAD 2"X2"		3	
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G X 12MM , 31G X 4 MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
REALITY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
REALITY SWABS PAD		3	
RELION ALCOHOL SWABS PAD		3	
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
RELION MINI PEN NEEDLES 31G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
RELION PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
RESTORE CONTACT LAYER PAD 2"X2"		3	
SAFETY INSULIN SYRINGES 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
SAFETY PEN NEEDLES 30G X 5 MM , 30G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
SB ALCOHOL PREP PAD 70 %		3	
SB INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
SM ALCOHOL PREP EXTERNAL PAD 6-70 %		3	
SM ALCOHOL PREP PAD		3	
SM GAUZE PAD 2"X2"		3	
STERILE GAUZE PAD 2"X2"		3	
STERILE PAD 2"X2"		3	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PAD 70 %		3	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 1/4" 0.3 ML, 31G X 1/4" 0.5 ML, 31G X 1/4" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SURE COMFORT PEN NEEDLES 29G X 12.7MM , 30G X 8 MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
SURE-PREP ALCOHOL PREP PAD 70 %		3	
SURGICAL GAUZE SPONGE PAD 2"X2"		3	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
TECHLITE PEN NEEDLES 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
TERUMO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
THERAGAUZE PAD 2"X2"		3	QL (120 per 30 days)
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES 29G X 12MM		3	QL (120 per 30 days)
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
TRUE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %		3	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML, 32G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PREP PAD 70 %		3	
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML, 32G X 5/16" 0.5 ML, 32G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 33G X 4 MM , 33G X 5 MM , 33G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 29G X 12.7MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
TRUEPLUS PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTICARE INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 1/4" 0.3 ML, 31G X 1/4" 0.5 ML, 31G X 1/4" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 30G X 5 MM , 31G X 6 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTICARE PEN NEEDLES 29G X 12.7MM , 31G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 30G X 8 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 29G X 12.7MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTILET ALCOHOL SWABS PAD		3	
ULTILET PEN NEEDLE 29G X 12.7MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTRA THIN PEN NEEDLES 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTRACARE PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTRA-COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE 31G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES 29G X 12.7MM		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
UNIFINE PEN NEEDLES 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
UNIFINE PENTIPS PLUS 29G X 12MM , 31G X 6 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 5 MM , 30G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 30G X 5 MM , 30G X 8 MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML, 30G X 3/16" 0.5 ML, 30G X 3/16" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
VERIFINE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
VP INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE PAD 70 %		3	
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ZEV RX STERILE ALCOHOL PREP PAD PAD 70 %		3	
PREPARACIONES DE REEMPLAZO			
PREPARACIONES DE REEMPLAZO			
<i>dextrose-nacl intravenous solution 5-0.9 %</i>		2	NEDS
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10-0.2 %, 10-0.45 %		2	PA-BvsD; NEDS
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 2.5-0.45 %		2	NEDS
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>		2	NEDS
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	NEDS
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION		4	PA-BvsD; NEDS
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION		4	PA-BvsD; NEDS
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%</i>		2	NEDS
KCL IN DEXTROSE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-5-0.45 MEQ/L-%-%, 20-5-0.9 MEQ/L-%-%, 40-5-0.9 MEQ/L-%-%		2	NEDS
KCL-LACTATED RINGERS-D5W INTRAVENOUS SOLUTION 20 MEQ/L		2	NEDS
MAGNESIUM SULFATE INJECTION SOLUTION 50 %		1	NEDS
<i>magnesium sulfate injection solution 50 % (10ml syringe)</i>		1	NEDS
<i>multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution</i>	Plasma-Lyte 148	2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution</i>	Plasma-Lyte A	2	NEDS
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION		4	PA-BvsD; NEDS
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq</i>	Klor-Con M10	1	MO
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 15 meq</i>	Klor-Con M15	1	MO
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 20 meq</i>	Klor-Con M20	1	MO
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>		2	MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq</i>	Klor-Con 10	1	MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 20 meq</i>		1	MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 8 meq</i>	Klor-Con	1	MO
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-%, 20-0.9 MEQ/L-%, 40-0.9 MEQ/L-%		2	NEDS
POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MEQ/100ML, 20 MEQ/100ML		2	NEDS
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)</i>		2	NEDS
POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 40 MEQ/100ML		3	NEDS
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	Klor-Con	2	MO
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>		2	MO
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg)</i>	Urocit-K 10	2	NEDS
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 15 meq (1620 mg)</i>	Urocit-K 15	2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>		2	NEDS
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% INTRAVENOUS SOLUTION 20 MEQ/L		3	PA-BvsD; NEDS
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %</i>		4	NEDS
<i>sodium chloride intravenous solution 0.9 %</i>		2	NEDS
<i>sodium chloride intravenous solution 3 %, 5 %</i>		3	NEDS
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE		2	PA-BvsD; NEDS
PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN			
AGENTES HEMATOLÓGICOS, VARIOS			
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	Agrylin	4	MO; FFQL
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>		4	MO; FFQL
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>		2	NEDS
ANTICOAGULANTES			
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Pradaxa	2	MO; QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG		3	QL (74 per 30 days); NEDS
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG		3	MO; FFQL; QL (90 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	Lovenox	4	QL (30 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml</i>	Lovenox	4	QL (24 per 30 days); NEDS
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 30 mg/0.3ml</i>	Lovenox	4	QL (9 per 30 days); NEDS
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i>	Lovenox	4	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 60 mg/0.6ml</i>	Lovenox	4	QL (18 per 30 days); NEDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	Arixtra	5	QL (14 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	Arixtra	2	QL (24 per 30 days); NEDS
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	Jantoven	1	MO
<i>rivaroxaban oral suspension reconstituted 1 mg/ml</i>	Xarelto	2	MO; QL (900 per 30 days)
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i>	Xarelto	2	MO; QL (120 per 30 days)
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	Jantoven	1	MO
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML		3	MO; FFQL; QL (900 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG		3	MO; FFQL; QL (120 per 30 days)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG		3	QL (51 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
INHIBIDORES DE AGREGACIÓN DE PLAQUETAS			
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>		1	MO
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	Plavix	1	MO
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MO
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>		1	MO
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	Brilinta	2	MO; QL (60 per 30 days)
MODIFICADORES DE FORMACIÓN DE SANGRE			
FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML		5	PA
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG		5	PA
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG		5	PA; QL (360 per 30 days)
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML(1ML), 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML		4	PA; QL (12 per 28 days); NEDS
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		5	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML		5	PA
REEMPLAZO/MODIFICADOR ES DE ENZIMA			
REEMPLAZO/MODIFICADOR ES DE ENZIMA			
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT		3	MO; FFQL
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	Yargesa	5	PA
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML		5	PA-BvsD
REVCОВI INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5ML		5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	Javygtor	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	Javygtor	5	PA
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT		3	MO; FFQL
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 60000-189600 UNIT		5	
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS			
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS			
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	PA; HRM; NEDS
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 50 mg</i>		2	NEDS
<i>dantrolene sodium oral capsule 25 mg</i>	Dantrium	2	NEDS
<i>metaxalone oral tablet 400 mg, 800 mg</i>		2	NEDS
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>		1	NEDS
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>		2	PA; HRM; NEDS
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>		2	NEDS
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>		1	NEDS
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i>	Zanaflex	1	NEDS
SOLUCIONES IRRIGANTES			
SOLUCIONES IRRIGANTES			
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	Argyle Sterile Saline	3	NEDS
VITAMINAS Y MINERALES			
VITAMINAS Y MINERALES			
C-NATE DHA ORAL CAPSULE 28-1-200 MG		2	NEDS
COMPLETENATE ORAL TABLET CHEWABLE 29-1 MG		2	NEDS
<i>fluoritab oral solution 0.275 (0.125 f) mg/drop</i>		2	MO
FOLIVANE-OB ORAL CAPSULE 85-1 MG		2	NEDS
KOSHER PRENATAL PLUS IRON ORAL TABLET 30-1 MG		2	NEDS
M-NATAL PLUS ORAL TABLET 27-1 MG		2	NEDS
<i>nafrinse drops oral solution 0.275 (0.125 f) mg/drop</i>		2	MO
NIVA-PLUS ORAL TABLET 27-1 MG		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
OBSTETRIX DHA ORAL 29-1 & 350 MG		2	NEDS
PNV 27-CA/FE/FA ORAL TABLET 60-1 MG		2	NEDS
PNV TABS 29-1 ORAL TABLET 29-1 MG		2	NEDS
PNV-DHA+DOCUSATE ORAL CAPSULE 27-1.25-300 MG		2	NEDS
PNV-OMEGA ORAL CAPSULE 28-0.6-0.4-340 MG		2	NEDS
PRENA 1 TRUE ORAL 30-1.4 & 300 MG		2	NEDS
PRENAISSANCE ORAL CAPSULE 29-1.25-325 MG		2	NEDS
PRENAISSANCE PLUS ORAL CAPSULE 28-1-250 MG		2	NEDS
PRENATABS FA ORAL TABLET 29-1 MG		2	NEDS
PRENATAL ORAL TABLET 27-1 MG		2	NEDS
PRENATAL-U ORAL CAPSULE 106.5-1 MG		2	NEDS
PREPLUS ORAL TABLET 27-1 MG		2	NEDS
PRETAB ORAL TABLET 29-1 MG		2	NEDS
SELECT-OB ORAL TABLET CHEWABLE 29-0.6-0.4 MG, 29-1 MG		2	NEDS
SE-NATAL 19 ORAL TABLET CHEWABLE 29-1 MG		2	NEDS
<i>sodium fluoride oral solution 1.1 (0.5 f) mg/ml</i>	SoluVita	2	MO
<i>sodium fluoride oral tablet 1.1 (0.5 f) mg</i>		2	MO
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>		2	MO
<i>sodium fluoride oral tablet chewable 1.1 (0.5 f) mg, 2.2 (1 f) mg</i>		2	MO
TARON-C DHA ORAL CAPSULE 35-1 MG		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TARON-PREX ORAL CAPSULE 30-1.2-265 MG		2	NEDS
VIRT-C DHA ORAL CAPSULE 53.5-38-1 MG		2	NEDS
VIRT-NATE DHA ORAL CAPSULE 28-1-200 MG		2	NEDS
VIRT-PN DHA ORAL CAPSULE 27-0.6-0.4-300 MG		2	NEDS
VIRT-PN PLUS ORAL CAPSULE 28-0.6-0.4-340 MG		2	NEDS
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE 3.33-0.333-34.8 MG		2	NEDS
VITAFOL-OB+DHA ORAL 65-1 & 250 MG		2	NEDS
VP-PNV-DHA ORAL CAPSULE 28-1-215.8 MG		2	NEDS
ZATEAN-PN DHA ORAL CAPSULE 27-0.6-0.4-300 MG		2	NEDS
ZATEAN-PN PLUS ORAL CAPSULE 28-0.6-0.4-340 MG		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26262 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Listado alfabético

A		
<i>abacavir sulfate</i>	115	
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	115	
<i>abigale</i>	68	
<i>abigale lo</i>	68	
ABILIFY ASIMTUFII	29	
ABILIFY MAINTENA	29, 30	
<i>abiraterone acetate</i>	1	
<i>abirtega</i>	1	
ABOUTTIME PEN NEEDLE	121	
ABRYSVO	76	
<i>acamprosate calcium</i>	15	
<i>acarbose</i>	18	
<i>accutane</i>	60	
<i>acebutolol hcl</i>	37	
<i>acetaminophen-codeine</i>	89	
<i>acetazolamide</i>	80	
<i>acetazolamide er</i>	80	
<i>acetic acid</i>	81	
<i>acetylcysteine</i>	52	
<i>acitretin</i>	60	
ACTHIB	76	
ACTIMMUNE	85	
<i>acyclovir</i>	60, 120	
<i>acyclovir sodium</i>	120	
ADACEL	76	
<i>adalimumab-adbm (2 pen)</i>	71	
<i>adalimumab-adbm (2 syringe)</i>	72	
<i>adapalene</i>	62	
<i>adefovir dipivoxil</i>	120	
ADEMPAS	86	
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	121	
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES	121	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE.....	121	
AKEEGA.....	1	
<i>albendazole</i>	27	
<i>albuterol sulfate</i>	55	
<i>albuterol sulfate hfa</i>	55	
<i>alclometasone dipropionate</i>	57	
ALCOHOL PREP	121	
ALCOHOL PREP PADS	121	
ALCOHOL SWABS	121	
ALECENSA	1	
<i>alendronate sodium</i>	48	
<i>alfuzosin hcl er</i>	65	
<i>aliskiren fumarate</i>	46	
<i>allopurinol</i>	25	
<i>alosetron hcl</i>	47	
<i>alprazolam</i>	16	
ALUNBRIG.....	1	
<i>amantadine hcl</i>	28	
<i>ambrisentan</i>	86	
<i>amikacin sulfate</i>	92	
<i>amiloride hcl</i>	44	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	44	
<i>amiodarone hcl</i>	36	
<i>amitriptyline hcl</i>	107	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	41	
<i>amlodipine besylate</i>	41	
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	41	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	42	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	41	
<i>ammonium lactate</i>	60	
<i>amoxapine</i>	107	
<i>amoxicillin</i>	97	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	97	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	97	
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	49	
<i>amphotericin b</i>	112	
<i>amphotericin b liposome</i>	112	
<i>ampicillin</i>	97	
<i>ampicillin sodium</i>	97	
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i> .	97	
<i>anagrelide hcl</i>	145	
<i>anastrozole</i>	1	
<i>apraclonidine hcl</i>	84	
<i>aprepitant</i>	26	
APRIZIO PAK II.....	91	
APTIVUS	115	
AQ INSULIN SYRINGE	121	
AQINJECT PEN NEEDLE ..	121	
ARCALYST	72	
AREXVY	76	
ARIKAYCE.....	92	
<i>aripiprazole</i>	30	
<i>armodafinil</i>	49	
ARNUITY ELLIPTA	54	
<i>asenapine maleate</i>	30	
ASMANEX (120 METERED DOSES)	54	
ASMANEX (30 METERED DOSES)	54	
ASMANEX (60 METERED DOSES)	54	
ASMANEX HFA.....	54	
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	147	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	121	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR	122	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	122	
<i>atazanavir sulfate</i>	115	
<i>atenolol</i>	37	
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	37	
<i>atomoxetine hcl</i>	49, 50	
<i>atorvastatin calcium</i>	42	
<i>atovaquone</i>	27	
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	27	
<i>atropine sulfate</i>	84	
ATROVENT HFA.....	55	
AUGTYRO.....	1	
AUM ALCOHOL PREP PADS	122	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE.....	122	
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE.....	122	
AUM PEN NEEDLE.....	122	
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE	122	
AUM SAFETY PEN NEEDLE	122	
AUSTEDO.....	50	
AUSTEDO XR	50	
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	50	
AUVELITY	107	
<i>aviane</i>	100	
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK.....	1	
AYVAKIT	1	
AZASITE.....	81	
<i>azathioprine</i>	72	
<i>azelastine hcl</i>	84	
<i>azelastine-fluticasone</i>	84	

<i>azithromycin</i>	96
AZOPT	80
<i>aztreonam</i>	94
B	
<i>bacitracin</i>	81
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	81
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	82
<i>baclofen</i>	148
<i>balsalazide disodium</i>	47
BALVERSA	1
<i>balziva</i>	100
BAQSIMI ONE PACK	85
BAQSIMI TWO PACK.....	85
BARACLUDE.....	120
BCG VACCINE	76
BD AUTOSHIELD DUO.....	122
BD ECLIPSE SYRINGE	122
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II	122
BD INSULIN SYRINGE	122
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT	122
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE	123
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	123
BD PEN NEEDLE MICRO ULTRAFINE	123
BD PEN NEEDLE MINI U/F	123
BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE	123
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN.....	123
BD PEN NEEDLE NANO ULTRAFINE	123
BD PEN NEEDLE ORIG ULTRAFINE	123
BD PEN NEEDLE SHORT ULTRAFINE	123
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE.....	123
BD SAFETYGLIDE SYRINGE/NEEDLE	123
BD SWABS SINGLE USE BUTTERFLY	123
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT	123

BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE	123
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F.....	123
BELSOMRA	49
<i>benazepril hcl</i>	45
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	45
BENLYSTA	72
<i>benztropine mesylate</i>	28
BESREMI.....	72
<i>betamethasone dipropionate</i> ...57	
<i>betamethasone dipropionate aug</i>	57
<i>betamethasone valerate</i> ....57, 58	
BETAMETHASONE VALERATE	57
<i>betaxolol hcl</i>	37, 80
<i>bethanechol chloride</i>	66
<i>bexarotene</i>	1, 2
BEXSERO	77
<i>bicalutamide</i>	2
BICILLIN C-R	97
BICILLIN C-R 900/300	97
BICILLIN L-A	98
BIKTARVY.....	115
<i>bimatoprost</i>	80
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin</i>	64
<i>bisoprolol fumarate</i>	37
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	37
BOOSTRIX	77
<i>bosentan</i>	86, 87
BOSULIF.....	2
BRAFTOVI	2
BREO ELLIPTA	54
<i>breyana</i>	54
BREZTRI AEROSPHERE.....	55
<i>briellyn</i>	100
<i>brimonidine tartrate</i>	80
<i>brimonidine tartrate-timolol</i> ...80	
<i>brinzolamide</i>	80
BRIVIACT	102
<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	83
<i>bromocriptine mesylate</i>	28
BRONCHITOL TOLERANCE TEST.....	52
BRUKINSA.....	2

<i>budesonide</i>	47, 54
<i>budesonide er</i>	47
<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	54
<i>bumetanide</i>	44
<i>buprenorphine hcl</i>	15
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	15
<i>bupropion hcl</i>	108
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	15
<i>bupropion hcl er (sr)</i>	107
<i>bupropion hcl er (xl)</i>	107
<i>buspirone hcl</i>	85
<i>butalbital-acetaminophen</i>	89
<i>butalbital-apap-cafeine</i>	89
C	
<i>cabergoline</i>	28
CABOMETYX	2
<i>calcipotriene</i>	60
<i>calcitonin (salmon)</i>	48
<i>calcitriol</i>	48
CALQUENCE	2
<i>camila</i>	100
CAMZYOS.....	39
<i>candesartan cilexetil</i>	40
<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	40
CAPLYTA.....	30
CAPRELSA.....	2
<i>captopril</i>	45
<i>carbamazepine</i>	102
<i>carbamazepine er</i>	102
<i>carbidopa</i>	28
<i>carbidopa-levodopa</i>	28
<i>carbidopa-levodopa er</i>	28
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	28
CAREFINE PEN NEEDLES	124
CAREONE INSULIN SYRINGE.....	124
CARETOUCH ALCOHOL PREP.....	124
CARETOUCH INSULIN SYRINGE	124
CARETOUCH PEN NEEDLES	124
<i>carglumic acid</i>	64
<i>carteolol hcl</i>	80
<i>cartia xt</i>	38

carvedilol 37
carvedilol phosphate er 37
caspofungin acetate 112
CAYSTON 94
cefaclor 95
cefadroxil 95
cefazolin sodium 95
cefdinir 95
cefepime hcl 95
cefixime 95
cefoxitin sodium 95
cefpodoxime proxetil 95
cefprozil 95
ceftazidime 95
ceftriaxone sodium 96
cefuroxime axetil 96
cefuroxime sodium 96
celecoxib 87
cephalexin 96
cetirizine hcl 114
cevimeline hcl 57
chlordiazepoxide hcl 16
chlordiazepoxide-amitriptyline
..... 108
chlordiazepoxide-clidinium 17
chlorhexidine gluconate 57
chloroquine phosphate 27
chlorpromazine hcl 30
chlorthalidone 44
cholestyramine 42
cholestyramine light 42
ciclopirox 112
ciclopirox olamine 112
cilostazol 147
CIMDUO 115
cimetidine 63
cinacalcet hcl 48
ciprofloxacin hcl 82, 98
ciprofloxacin in d5w 98
ciprofloxacin-dexamethasone 82
citalopram hydrobromide 108
claravis 61
clarithromycin 96
clarithromycin er 96
CLEVER CHOICE COMFORT
EZ 124
CLICKFINE PEN NEEDLES
..... 124
clindamycin hcl 93
clindamycin palmitate hcl 93

clindamycin phos (once-daily) 61
clindamycin phosphate 61, 92,
93
clindamycin phosphate in d5w 93
CLINDAMYCIN PHOSPHATE
IN D5W 93
CLINDAMYCIN PHOSPHATE
IN NAACL 93
CLINIMIX/DEXTROSE
(4.25/5) 35
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)
..... 35
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)
..... 35
clobazam 103
clobetasol propionate 58
clobetasol propionate e 58
clomipramine hcl 108
clonazepam 16
clonidine 36
clonidine hcl 36
clonidine hcl er 50
clopidogrel bisulfate 147
clorazepate dipotassium 16
clotrimazole 112
clotrimazole-betamethasone 112
clozapine 30
C-NATE DHA 149
COARTEM 27
COBENFY 30
COBENFY STARTER PACK
..... 31
CODEINE SULFATE 89
colchicine 25
colchicine-probenecid 25
colesevelam hcl 42
colestipol hcl 42
colistimethate sodium (cba) 93
COMBIVENT RESPIMAT 55
COMETRIQ (100 MG DAILY
DOSE) 2
COMETRIQ (140 MG DAILY
DOSE) 2
COMETRIQ (60 MG DAILY
DOSE) 2
COMFORT ASSIST INSULIN
SYRINGE 124
COMFORT EZ INSULIN
SYRINGE 124

COMFORT EZ PEN NEEDLES
..... 125
COMFORT EZ PRO PEN
NEEDLES 125
COMFORT TOUCH INSULIN
PEN NEED 125
COMPLETENATE 149
constulose 64
COPIKTRA 2
CORLANOR 39
COSENTYX 72
COSENTYX (300 MG DOSE)
..... 72
COSENTYX SENSOREADY
(300 MG) 72
COSENTYX UNOREADY 72
COTELLIC 2
CREON 148
CRESEMBA 112
cromolyn sodium 52, 64, 84
CURITY ALL PURPOSE
SPONGES 125
CURITY GAUZE 125
CURITY GAUZE SPONGE 125
CURITY SPONGES 125
CVS GAUZE 125
CVS GAUZE STERILE 125
cyclobenzaprine hcl 149
cyclophosphamide 3
CYCLOPHOSPHAMIDE 3
cyclosporine 72, 83
cyclosporine modified 72
cyproheptadine hcl 114
cyred eq 100
CYSTAGON 65
D
dabigatran etexilate mesylate
..... 145
dalfampridine er 50
danazol 67
dantrolene sodium 149
DANZITEN 3
dapagliflozin propanediol 18
dapsone 115
DAPTACEL 77
daptomycin 93
DAPTOMYCIN 93
darifenacin hydrobromide er 66
darunavir 115
dasatinib 3

DAURISMO	3	<i>diflunisal</i>	88	<i>duloxetine hcl</i>	109
DAYBUE	50	<i>difluprednate</i>	83	DUPIXENT	73
<i>deferasirox</i>	92	<i>digoxin</i>	39	<i>dutasteride</i>	65
<i>deferiprone</i>	92	DIGOXIN	39	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	65
DELSTRIGO	116	<i>dihydroergotamine mesylate</i> ...25		E	
<i>demeclocycline hcl</i>	99	DILANTIN	103	EASY COMFORT ALCOHOL	
DEPO-SUBQ PROVERA 104		<i>diltiazem hcl</i>	38	PADS	126
.....	71	<i>diltiazem hcl er</i>	38	EASY COMFORT INSULIN	
DERMACEA GAUZE		<i>diltiazem hcl er beads</i>	38	SYRINGE	127
SPONGE	125	<i>diltiazem hcl er coated beads</i> .38		EASY COMFORT PEN	
DERMACEA IV DRAIN		<i>dilt-xr</i>	38	NEEDLES	127
SPONGES	125	<i>dimethyl fumarate</i>	50	EASY GLIDE PEN NEEDLES	
DERMACEA NON-WOVEN		<i>dimethyl fumarate starter pack</i>		.....	127
SPONGES	125	.....	50	EASY TOUCH FLIPLOCK	
DERMACEA TYPE VII		<i>diphenhydramine hcl</i>	114	INSULIN SY	127
GAUZE	125	<i>diphenoxylate-atropine</i>	64	EASY TOUCH FLIPLOCK	
DESCOVY	116	<i>dipyridamole</i>	147	SAFETY SYR	127
<i>desipramine hcl</i>	108	<i>disulfiram</i>	15	EASY TOUCH INSULIN	
<i>desloratadine</i>	114	<i>divalproex sodium</i>	103	BARRELS	127
<i>desmopressin ace spray refrig</i> 70		<i>divalproex sodium er</i>	103	EASY TOUCH INSULIN	
<i>desmopressin acetate</i>	70	<i>dofetilide</i>	36	SAFETY SYR	127
<i>desmopressin acetate spray</i>	70	<i>donepezil hcl</i>	17	EASY TOUCH INSULIN	
<i>desonide</i>	58	<i>dorzolamide hcl</i>	80	SYRINGE	127
<i>desoximetasone</i>	58	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> ...80		EASY TOUCH PEN NEEDLES	
DESVENLAFAXINE ER	108	<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i>		.....	128
<i>desvenlafaxine succinate er</i> ..	108	.....	80	EASY TOUCH SAFETY PEN	
<i>dexamethasone</i>	69	DOVATO	116	NEEDLES	128
<i>dexamethasone sodium</i>		<i>doxazosin mesylate</i>	36	EASY TOUCH	
<i>phosphate</i>	83	<i>doxepin hcl</i>	49, 108	SHEATHLOCK SYRINGE	
<i>dexlansoprazole</i>	63	<i>doxy 100</i>	99	.....	128
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	50	<i>doxycycline hyclate</i>	99	<i>econazole nitrate</i>	112
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	50	<i>doxycycline monohydrate</i>	99	EDURANT	116
<i>dextrose</i>	35	DRIZALMA SPRINKLE	108	EDURANT PED.....	116
<i>dextrose-nacl</i>	143	<i>dronabinol</i>	26	<i>efavirenz</i>	116
<i>dextrose-sodium chloride</i>	143	DROPLET INSULIN		<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	
DEXTROSE-SODIUM		SYRINGE.....	126	.....	116
CHLORIDE	143	DROPLET MICRON	126	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	
DIACOMIT	103	DROPLET PEN NEEDLES.126		.....	116
DIATHRIVE PEN NEEDLE125		DROPSAFE ALCOHOL PREP		<i>eletriptan hydrobromide</i>	25
<i>diazepam</i>	16, 103	.....	126	ELIGARD.....	3
<i>diazepam intensol</i>	16	DROPSAFE SAFETY PEN		ELIQUIS.....	145
<i>diazoxide</i>	85	NEEDLES	126	ELIQUIS DVT/PE STARTER	
<i>diclofenac epolamine</i>	87	DROPSAFE SAFETY		PACK.....	145
<i>diclofenac potassium</i>	87	SYRINGE/NEEDLE	126	ELMIRON	85
<i>diclofenac sodium</i>	83, 87, 88	<i>droxidopa</i>	36	<i>eluryng</i>	100
<i>diclofenac sodium er</i>	87	DRUG MART ULTRA		EMBECTA AUTOSHIELD	
<i>diclofenac-misoprostol</i>	88	COMFORT SYR.....	126	DUO.....	128
<i>dicloxacillin sodium</i>	98	DRUG MART UNIFINE		EMBECTA INS SYR U/F 1/2	
<i>dicyclomine hcl</i>	64	PENTIPS	126	UNIT.....	128
DIFICID	96	DUAVEE.....	68		

EMBECTA INSULIN SYR		<i>erlotinib hcl</i>.....3, 4	<i>fenofibric acid</i>.....43
ULTRAFINE	128	<i>errin</i>	100
EMBECTA INSULIN		<i>ertapenem sodium</i>.....94	<i>fentanyl</i>
SYRINGE.....	128	ERY	61
EMBECTA INSULIN		<i>erythromycin</i>	61, 82, 97
SYRINGE U-100	128	<i>erythromycin base</i>	96, 97
EMBECTA INSULIN		<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...	97
SYRINGE U-500	128	ERZOFRI.....	31
EMBECTA PEN NEEDLE		<i>escitalopram oxalate</i>	109
NANO.....	128	<i>eslicarbazepine acetate</i>	103
EMBECTA PEN NEEDLE		<i>esomeprazole magnesium</i>	63
NANO 2 GEN	128	<i>estarylla</i>	100
EMBECTA PEN NEEDLE		<i>estazolam</i>	17
ULTRAFINE	128	<i>estradiol</i>	68
EMBRACE PEN NEEDLES	129	<i>estradiol-norethindrone acet</i> ..	68
EMGALITY	25	<i>eszopiclone</i>	49
EMGALITY (300 MG DOSE)		<i>ethambutol hcl</i>	115
.....	25	<i>ethosuximide</i>	103
EMPRICAINE-II	91	<i>etodolac</i>	88
EMSAM	109	<i>etodolac er</i>	88
<i>emtricitabine</i>	116	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	116	.....	100
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df</i>	116	<i>etravirine</i>	116
EMTRIVA.....	116	EUCRISA	58
<i>enalapril maleate</i>	45	EULEXIN	4
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	45	<i>everolimus</i>	4, 73
ENBREL	73	EVOTAZ	116
ENBREL MINI	73	EXEL COMFORT POINT PEN	
ENBREL SURECLICK	73	NEEDLE.....	129
<i>endocet</i>	89	<i>exemestane</i>	4
ENGERIX-B.....	77	<i>ezetimibe</i>	42
<i>enilloring</i>	100	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	42
<i>enoxaparin sodium</i>	145, 146	F	
ENSPRYNG	50	<i>famciclovir</i>	121
<i>entacapone</i>	28	<i>famotidine</i>	63
<i>entecavir</i>	120	FANAPT.....	31
ENTRESTO.....	40	FANAPT TITRATION PACK	
<i>enulose</i>	64	A	31
ENVARUSUS XR	73	FANAPT TITRATION PACK	
EPIDIOLEX	103	B	31
<i>epinastine hcl</i>	84	FANAPT TITRATION PACK	
<i>epinephrine</i>	39	C	31
<i>eplerenone</i>	46	FARXIGA	18
EPRONTIA	103	FASENRA	52
EQL ALCOHOL SWABS....	129	FASENRA PEN	52
EQL GAUZE.....	129	<i>febuxostat</i>	25
EQL INSULIN SYRINGE ...	129	<i>felbamate</i>	103
<i>ergotamine-caffeine</i>	25	<i>felodipine er</i>	41
ERIVEDGE	3	<i>fenofibrate</i>	42
ERLEADA	3	<i>fenofibrate micronized</i>	42

FYCOMPA..... 103

G

gabapentin 103, 104

galantamine hydrobromide.... 17, 18

galantamine hydrobromide er 17

gallifrey..... 71

GAMMAGARD 73

GAMMAGARD S/D LESS IGA
..... 73

GAMMAPLEX 73

GAMUNEX-C..... 73

GARDASIL 9..... 77

gatifloxacin 82

GAUZE PADS 129

GAUZE TYPE VII MEDI-PAK
..... 129

GAVILYTE-C 65

gavilyte-g 65

gavilyte-n with flavor pack 65

GAVRETO 4

gefitinib..... 4

gemfibrozil..... 43

generlac 64

gentamicin in saline..... 92

gentamicin sulfate..... 61, 82, 92

GENVOYA 116

GILOTRIF 4

glatiramer acetate 51

GLEOSTINE 4

glimepiride..... 24

glipizide 24

glipizide er..... 24

glipizide-metformin hcl..... 24

GLOBAL ALCOHOL PREP
EASE 129

GLOBAL EASE INJECT PEN
NEEDLES 129

GLOBAL EASY GLIDE
INSULIN SYR 129

GLOBAL INJECT EASE
INSULIN SYR 129

glucagon emergency..... 85

GLUCOPRO INSULIN
SYRINGE 129

glyburide..... 24

glyburide micronized 24

glyburide-metformin 24

glycopyrrolate..... 17, 64

GLYXAMBI..... 18

GNP CLICKFINE PEN

NEEDLES 129

GNP INSULIN SYRINGE ... 129

GNP INSULIN SYRINGES 130

GNP INSULIN SYRINGES
29GX1/2 129

GNP INSULIN SYRINGES
30GX5/16 130

GNP INSULIN SYRINGES
31GX5/16 130

GNP PEN NEEDLES 130

GNP STERILE GAUZE..... 130

GNP ULTRA COM INSULIN
SYRINGE..... 130

GOMEKLI..... 4, 5

GOODSENSE ALCOHOL
SWABS 130

GOODSENSE CLICKFINE
PEN NEEDLE 130

GOODSENSE PEN NEEDLE
PENFINE..... 130

granisetron hcl..... 26

griseofulvin microsize..... 113

griseofulvin ultramicrosize ... 113

guanfacine hcl er 51

H

HADLIMA 74

HADLIMA PUSHTOUCH ... 73

halobetasol propionate 59

haloette 100

haloperidol..... 32

haloperidol decanoate 32

haloperidol lactate..... 32

HAVRIX..... 77

HEALTHWISE INSULIN
SYR/NEEDLE 130

HEALTHWISE MICRON PEN
NEEDLES 130

HEALTHWISE SHORT PEN
NEEDLES 130

HEALTHY ACCENTS
UNIFINE PENTIP 130

heather 100

H-E-B INCONTROL
ALCOHOL 130

H-E-B INCONTROL PEN
NEEDLES 130

heparin sodium (porcine) 146

HEPLISAV-B..... 77

HERNEXEOS 5

HIBERIX 77

HM STERILE ALCOHOL
PREP..... 130

HM STERILE PADS..... 130

HM ULTICARE INSULIN
SYRINGE 131

HM ULTICARE SHORT PEN
NEEDLES 131

HUMALOG..... 21, 22

HUMALOG JUNIOR

KWIKPEN..... 21

HUMALOG KWIKPEN 22

HUMALOG MIX 50/50..... 22

HUMALOG MIX 50/50

KWIKPEN..... 22

HUMALOG MIX 75/25..... 22

HUMALOG MIX 75/25

KWIKPEN..... 22

HUMALOG TEMPO PEN..... 22

HUMULIN 70/30 22

HUMULIN 70/30 KWIKPEN..... 22

HUMULIN N 22

HUMULIN N KWIKPEN 22

HUMULIN R..... 22

HUMULIN R U-500
(CONCENTRATED)..... 22

HUMULIN R U-500
KWIKPEN..... 23

hydralazine hcl..... 39

hydrochlorothiazide 44

hydrocodone-acetaminophen 89,
90

hydrocodone-ibuprofen 90

hydrocortisone 47, 59, 69

hydrocortisone (perianal)..... 59

hydrocortisone ace-pramoxine
..... 59

hydrocortisone butyrate..... 59

hydrocortisone valerate 59

hydrocortisone-acetic acid 82

hydromorphone hcl..... 90

hydroxychloroquine sulfate 27

hydroxyurea 5

hydroxyzine hcl 114

hydroxyzine pamoate 85

HYFTOR 61

I

ibandronate sodium 48

IBRANCE..... 5

IBTROZI 5

<i>ibu</i>	88	<i>ipratropium bromide</i>	55, 84	KENDALL HYDROPHILIC	
<i>ibuprofen</i>	88	<i>ipratropium-albuterol</i>	56	FOAM PLUS	131
<i>icatibant acetate</i>	39, 40	<i>irbesartan</i>	40	KERENDIA	46
ICLUSIG	5	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>		KESIMPTA	51
<i>icosapent ethyl</i>	43	.....	40	<i>ketoconazole</i>	113
IDHIFA	5	ISENTRESS	117	<i>ketorolac tromethamine</i> ...	83, 84, 88
ILEVRO	83	ISENTRESS HD.....	117	KINERET	74
<i>imatinib mesylate</i>	5	<i>isibloom</i>	100	KINRAY INSULIN SYRINGE	
IMBRUVICA	5	ISOLYTE-P IN D5W	143	.....	131
<i>imipenem-cilastatin</i>	94	ISOLYTE-S	143	KINRIX	78
<i>imipramine hcl</i>	110	ISOLYTE-S PH 7.4.....	143	<i>kionex</i>	64
<i>imipramine pamoate</i>	110	<i>isoniazid</i>	115	KISQALI (200 MG DOSE).....	6
<i>imiquimod</i>	61	<i>isosorbide dinitrate</i>	46	KISQALI (400 MG DOSE).....	6
IMKELDI	5	<i>isosorbide mononitrate</i>	46	KISQALI (600 MG DOSE).....	6
IMOVAX RABIES	77	<i>isosorbide mononitrate er</i>	46	KISQALI FEMARA (200 MG	
IMPAVIDO	27	<i>isotretinoin</i>	61	DOSE)	6
<i>incassia</i>	100	ITOVEBI	6	KISQALI FEMARA (400 MG	
INCONTROL ULTICARE PEN		<i>itraconazole</i>	113	DOSE)	6
NEEDLES	131	<i>ivabradine hcl</i>	40	KISQALI FEMARA (600 MG	
INCRELEX	70	<i>ivermectin</i>	27	DOSE)	6
<i>indapamide</i>	44	IWILFIN	6	KLOXXADO.....	15
<i>indomethacin</i>	88	IXIARO	78	KMART VALU INSULIN	
<i>indomethacin er</i>	88	J		SYRINGE 29G.....	131
INFANRIX	77	J & J GAUZE	131	KMART VALU INSULIN	
INLYTA	6	JAKAFI	6	SYRINGE 30G	132
INQOVI.....	6	<i>jantoven</i>	146	KORLYM.....	19
INREBIC	6	JANUMET.....	18	KOSELUGO.....	7
INSULIN GLARGINE.....	23	JANUMET XR.....	18, 19	KOSHER PRENATAL PLUS	
<i>insulin glargine max solostar</i>	23	JANUVIA.....	19	IRON.....	149
<i>insulin glargine solostar</i>	23	JARDIANCE	19	KRAZATI.....	7
INSULIN GLARGINE		<i>jasmiel</i>	100	KROGER INSULIN SYRINGE	
SOLOSTAR	23	JAYPIRCA	6	.....	132
<i>insulin lispro</i>	23	JENTADUETO.....	19	KROGER PEN NEEDLES..	132
<i>insulin lispro (1 unit dial)</i>	23	JENTADUETO XR.....	19	KYLEENA	100
<i>insulin lispro junior kwikpen</i> ..	23	<i>jinteli</i>	68	L	
<i>insulin lispro prot & lispro</i>	23	JOENJA.....	51	<i>labetalol hcl</i>	37
INSULIN SYRINGE	131	JOURNAVX.....	90	<i>lacosamide</i>	104
INSULIN SYRINGE/NEEDLE		JULUCA.....	117	<i>lactulose</i>	64
.....	131	JYLAMVO	6	<i>lamivudine</i>	117
INSULIN SYRINGE-NEEDLE		JYNNEOS	78	<i>lamivudine-zidovudine</i>	117
U-100.....	131	K		<i>lamotrigine</i>	104
INSUPEN PEN NEEDLES..	131	KALETRA.....	117	<i>lamotrigine er</i>	104
INSUPEN SENSITIVE	131	KALYDECO	52	<i>lamotrigine starter kit-blue</i> ...	104
INSUPEN ULTRAFIN	131	<i>kcl in dextrose-nacl</i>	143	<i>lamotrigine starter kit-green</i>	104
INSUPEN32G EXTR3ME ...	131	KCL IN DEXTROSE-NACL		<i>lamotrigine starter kit-orange</i>	
INTELENCE	116	.....	143	.....	104
INVEGA HAFYERA.....	32	KCL-LACTATED RINGERS-		<i>lansoprazole</i>	63
INVEGA SUSTENNA	32	D5W	143	LANTUS	23
INVEGA TRINZA	32, 33	KENDALL HYDROPHILIC		LANTUS SOLOSTAR.....	23
IPOL	77	FOAM DRESS	131		

<i>lapatinib ditosylate</i>	7	<i>lidocaine</i>	91	LUTRATE DEPOT	8
<i>latanoprost</i>	80	<i>lidocaine hcl</i>	91	LYBALVI.....	33
LAZCLUZE	7	<i>lidocaine viscous hcl</i>	91	<i>lyleq</i>	101
LEADER INSULIN SYRINGE	132	<i>lidocaine-prilocaine</i>	91	LYNPARZA	8
LEADER UNIFINE PENTIPS	132	LILETTA (52 MG).....	101	LYSODREN	8
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS	132	<i>linezolid</i>	93, 94	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	8
<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	119	LINZESS	64	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	8
<i>leflunomide</i>	74	<i>lisinopril</i>	45	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	9
<i>lenalidomide</i>	7	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	45	<i>lyza</i>	101
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	7	LITETOUCH INSULIN SYRINGE.....	132	M	
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	7	LITETOUCH PEN NEEDLES	132	MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR	132
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	7	<i>lithium</i>	51	<i>magnesium sulfate</i>	143
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	7	<i>lithium carbonate</i>	51	MAGNESIUM SULFATE ...	143
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	7	LITHIUM CARBONATE	51	<i>malathion</i>	62
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	7	<i>lithium carbonate er</i>	51	<i>maraviroc</i>	117
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	7	LIVTENCITY.....	119	MARPLAN.....	110
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	7	LOKELMA.....	64	MATULANE.....	9
<i>letrozole</i>	7	LONSURF	8	MAVYRET	119
<i>leucovorin calcium</i>	85	<i>loperamide hcl</i>	64	MAXICOMFORT II PEN NEEDLE.....	132
LEUKERAN.....	7	<i>lopinavir-ritonavir</i>	117	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE	133
LEUKINE	147	<i>lorazepam</i>	17	MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	133
<i>leuprolide acetate</i>	8	<i>lorazepam intensol</i>	17	MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2	133
LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH)	8	LORBRENA.....	8	<i>meclizine hcl</i>	26
<i>levalbuterol hcl</i>	56	<i>loryna</i>	101	MEDIC INSULIN SYRINGE	133
<i>levalbuterol tartrate</i>	56	<i>losartan potassium</i>	40	MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES	133
<i>levetiracetam</i>	104	<i>losartan potassium-hctz</i>	40	MEDPURA ALCOHOL PADS	133
<i>levetiracetam er</i>	104	<i>loteprednol etabonate</i>	84	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	71
<i>levobunolol hcl</i>	81	<i>lovastatin</i>	43	<i>mefloquine hcl</i>	27
<i>levocarnitine</i>	85	<i>loxapine succinate</i>	33	<i>megestrol acetate</i>	9, 71
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	114	<i>lubiprostone</i>	64	MEIJER ALCOHOL SWABS	133
<i>levofloxacin</i>	98	LUMAKRAS.....	8	MEIJER PEN NEEDLES	133
<i>levofloxacin in d5w</i>	98	LUMIGAN	81	MEKINIST	9
<i>levonest</i>	100	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	8, 70	MEKTOVI.....	9
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	100	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	8, 70	<i>meleya</i>	101
<i>levothyroxine sodium</i>	67	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	8	<i>meloxicam</i>	88
<i>levoxyl</i>	67	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	8	<i>memantine hcl</i>	18
<i>l-glutamine</i>	85	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	70	<i>memantine hcl er</i>	18
		LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	70	MENQUADFI	78
		LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	70		
		<i>lurasidone hcl</i>	33		
		<i>lutra</i>	101		

MENVEO	78	M-NATAL PLUS	149	neomycin-bacitracin zn-polymyx	
meprobamate	17	modafinil	49	.....	82
mercaptapurine	9	MODEYSO	9	neomycin-polymyxin-dexameth	
meropenem	95	moexipril hcl	45	.....	82
mesalamine	47	molindone hcl	33	neomycin-polymyxin-gramicidin	
mesalamine er	47	mometasone furoate	59, 60, 84	.....	82
mesna	85	MONOJECT INSULIN		neomycin-polymyxin-hc	82
metaxalone	149	SYRINGE	133, 134	NERLYNX	9
metformin hcl	19	MONOJECT ULTRA		NEUPRO	29
metformin hcl er	19	COMFORT SYRINGE	134	nevirapine	117
methadone hcl	90	montelukast sodium	55	nevirapine er	117
METHADONE HCL	90	MORPHINE SULFATE	90	NEXLETOL	43
methazolamide	81	morphine sulfate (concentrate)		NEXLIZET	43
methenamine hippurate	94	.....	90	NEXPLANON	101
methimazole	67	morphine sulfate er	90	niacin er (antihyperlipidemic)	43
methocarbamol	149	MOUNJARO	20	nicardipine hcl	41
methotrexate sodium	9	MOVANTIK	64	NICOTROL NS	16
METHOTREXATE SODIUM	9	moxifloxacin hcl	82, 99	nifedipine er	41
methotrexate sodium (pf)	9	MOXIFLOXACIN HCL	99	nifedipine er osmotic release	42
methsuximide	104	MOXIFLOXACIN HCL IN		nikki	101
methylphenidate hcl	51, 52	NACL	98	nilutamide	9
methylphenidate hcl er	51	MRESVIA	78	NINLARO	9
methylphenidate hcl er (osm)	51	MS INSULIN SYRINGE	134	nisoldipine er	42
methylprednisolone	69	MULTAQ	36	nitazoxanide	27
metoclopramide hcl	64	multiple electro type 1 ph 5.1	143	NITRO-BID	46
metolazone	44	multiple electro type 1 ph 7.4	144	NITRO-DUR	46
metoprolol succinate er	37	mupirocin	62	nitrofurantoin	94
metoprolol tartrate	37	mupirocin calcium	62	nitrofurantoin macrocrystal	94
metoprolol-hydrochlorothiazide		mycophenolate mofetil	74	nitrofurantoin monohyd macro	
.....	37	mycophenolate sodium	74	.....	94
metronidazole	62, 92, 94	MYRBETRIQ	66	nitroglycerin	46, 47, 85
metyrosine	40	N		NIVA-PLUS	149
mexiletine hcl	36	na sulfate-k sulfate-mg sulf	65	nizatidine	63
micafungin sodium	113	nabumetone	88	nora-be	101
MICONAZOLE 3	113	nadolol	37	norelgestromin-eth estradiol	101
MICRODOT PEN NEEDLE	133	nafcillin sodium	98	norethin ace-eth estrad-fe	101
midazolam hcl	17	nafrinse drops	149	norethindrone	101
midazolam hcl (pf)	17	naloxone hcl	15, 16	norethindrone acetate	71
midodrine hcl	36	naltrexone hcl	16	norethindrone-eth estradiol	68
mifepristone	19	naproxen	88	norethindron-ethinyl estrad-fe	
miglustat	148	naproxen dr	88	.....	101
mili	101	naproxen sodium	88	norgestimate-eth estradiol	101
minocycline hcl	99	naratriptan hcl	25	nortrel 1/35 (21)	101
minoxidil	46	nateglinide	20	nortrel 1/35 (28)	101
MIRASORB SPONGES	133	NAYZILAM	104	nortrel 7/7/7	101
MIRENA (52 MG)	101	nebivolol hcl	38	nortriptyline hcl	110
mirtazapine	110	nefazodone hcl	110	NORVIR	117
misoprostol	63	NEFAZODONE HCL	110	NOVOFINE AUTOCOVER	134
MM PEN NEEDLES	133	neomycin sulfate	92	NOVOFINE PEN NEEDLE	134
M-M-R II	78				

NOVOFINE PLUS PEN			
NEEDLE	134		
NOVOLIN R FLEXPEN.....	23		
NOVOLOG	23		
NOVOLOG FLEXPEN.....	23		
NOVOLOG MIX 70/30	24		
NOVOLOG MIX 70/30			
FLEXPEN.....	24		
NOVOLOG PENFILL	24		
NOVOTWIST PEN NEEDLE			
.....	134		
NUBEQA	9		
NUEDEXTA	52		
NUPLAZID	33		
NUTRILIPID.....	35		
NUVAKAAN-II	91		
nylia 1/35.....	101		
nylia 7/7/7.....	101		
nystatin	113		
nystatin-triamcinolone	113		
O			
OBSTETRIX DHA	150		
octreotide acetate	70		
ODEFSEY	118		
ODOMZO	9		
OFEV	53		
ofloxacin	82, 99		
OGSIVEO.....	9		
OJEMDA.....	10		
OJJAARA.....	10		
olanzapine.....	33		
olanzapine-fluoxetine hcl.....	110		
olmesartan medoxomil.....	40		
olmesartan medoxomil-hctz....	40		
olmesartan-amlodipine-hctz....	41		
omega-3-acid ethyl esters.....	43		
omeprazole.....	63		
OMNITROPE	70		
ondansetron	26		
ondansetron hcl	26		
ONUREG	10		
OPIPZA	33		
OPSUMIT.....	87		
ORENCIA	74		
ORENCIA CLICKJECT	74		
ORGOVYX	70		
ORKAMBI	53		
orphenadrine citrate er.....	149		
orquidea.....	101		
ORSERDU	10		
oseltamivir phosphate.....	119		
OTEZLA.....	74		
oxaprozin	88		
oxcarbazepine	105		
oxybutynin chloride	66		
oxybutynin chloride er	66		
oxycodone hcl	90, 91		
oxycodone-acetaminophen.....	91		
OZEMPIC (0.25 OR 0.5			
MG/DOSE).....	20		
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	20		
OZEMPIC (2 MG/DOSE)	20		
P			
paliperidone er	33, 34		
PANRETIN	61		
pantoprazole sodium.....	63		
paricalcitol.....	48		
paroxetine hcl	110		
paroxetine hcl er.....	110		
PAXLOVID (150/100)	119		
PAXLOVID (300/100 &			
150/100).....	120		
PAXLOVID (300/100)	120		
pazopanib hcl.....	10		
PC UNIFINE PENTIPS.....	134		
PEDIARIX.....	78		
PEDVAX HIB	78		
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl...65			
peg-3350/electrolytes	65		
PEGASYS	120		
PEMAZYRE.....	10		
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP			
.....	134		
PEN NEEDLES.....	134		
PENBRAYA.....	78		
penicillamine.....	92		
penicillin g potassium.....	98		
penicillin g sodium.....	98		
penicillin v potassium	98		
PENMENVY	78		
PENTACEL.....	78		
pentamidine isethionate	28		
PENTIPS	134		
PENTIPS GENERIC PEN			
NEEDLES	134		
pentoxifylline er	147		
perampanel	105		
perindopril erbumine	45		
periogard	57		
permethrin.....	62		
perphenazine	34		
perphenazine-amitriptyline ...	111		
PERSERIS	34		
phenelzine sulfate.....	111		
phenobarbital.....	105		
phenytek	105		
phenytoin.....	105		
phenytoin sodium extended...105			
PIFELTRO.....	118		
pilocarpine hcl.....	57, 81		
pimecrolimus.....	60		
pimozide.....	34		
pindolol	38		
pioglitazone hcl.....	20		
pioglitazone hcl-glimepiride ...20			
pioglitazone hcl-metformin hcl			
.....	20		
PIP PEN NEEDLES 31G X			
5MM	135		
PIP PEN NEEDLES 32G X			
4MM	135		
piperacillin sod-tazobactam so			
.....	98		
PIQRAY (200 MG DAILY			
DOSE)	10		
PIQRAY (250 MG DAILY			
DOSE)	10		
PIQRAY (300 MG DAILY			
DOSE)	10		
pirfenidone	53		
piroxicam	89		
pitavastatin calcium.....	43		
PLASMA-LYTE A.....	144		
PNV 27-CA/FE/FA	150		
PNV TABS 29-1.....	150		
PNV-DHA+DOCUSATE	150		
PNV-OMEGA	150		
podofilox	61		
polymyxin b-trimethoprim.....	82		
POMALYST.....	10		
posaconazole.....	113		
potassium chloride.....	144		
POTASSIUM CHLORIDE ..	144		
potassium chloride crys er....	144		
potassium chloride er	144		
POTASSIUM CHLORIDE IN			
NACL	144		
potassium citrate er	144, 145		
POTASSIUM CL IN			
DEXTROSE 5%.....	145		

<i>pramipexole dihydrochloride</i> .29	<i>prochlorperazine</i>.....27	<i>ra clotrimazole</i> 114
<i>pravastatin sodium</i> .....43	<i>prochlorperazine maleate</i>.....27	RA INSULIN SYRINGE 136
<i>praziquantel</i> .....28	<i>procto-med hc</i>.....60	RA PEN NEEDLES 136
<i>prazosin hcl</i> .....36	<i>proctosol hc</i> .....60	RA STERILE..... 136
PRECISION SURE-DOSE	<i>proctozone-hc</i>.....60	RABAVERT 78
SYRINGE..... 135	PRODIGY INSULIN	RALDESY 111
<i>prednisolone</i> 69	SYRINGE..... 135	<i>raloxifene hcl</i> 69
<i>prednisolone acetate</i> 84	<i>progesterone</i> .....71	<i>ramelteon</i> .....49
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	PROGRAF .....74	<i>ramipril</i>.....46
.....69, 84	PROLASTIN-C .....53	<i>ranolazine er</i>.....40
<i>prednisone</i> 69, 70	PROLIA.....48	<i>rasagiline mesylate</i> 29
PREDNISON INTENSOL...69	PROMACTA .....147	RAVICTI .....64
PREFERRED PLUS INSULIN	<i>promethazine hcl</i> 27, 114	RAYA SURE PEN NEEDLE
SYRINGE..... 135	<i>promethegan</i> .....27	 136
PREFERRED PLUS UNIFINE	<i>propafenone hcl</i> .....37	REALITY INSULIN SYRINGE
PENTIPS 135	<i>propranolol hcl</i>.....38	 136
<i>pregabalin</i> 105	<i>propranolol hcl er</i>.....38	REALITY SWABS 136
PREMARIN .....68, 69	<i>propylthiouracil</i> .....67	<i>reclipsen</i> 101
PREMPHASE.....69	PROQUAD .....78	RECOMBIVAX HB..... 79
PREMPRO .....69	<i>protriptyline hcl</i> 111	RELENZA DISKHALER 120
PRENA 1 TRUE..... 150	PULMOZYME..... 148	RELION ALCOHOL SWABS
PRENAISSANCE 150	PURE COMFORT ALCOHOL	 136
PRENAISSANCE PLUS..... 150	PREP..... 135	RELION INSULIN SYRINGE
PRENATABS FA..... 150	PURE COMFORT PEN	 136
PRENATAL 150	NEEDLE..... 135	RELI-ON INSULIN SYRINGE
PRENATAL-U 150	PURE COMFORT SAFETY	 136
PREPLUS 150	PEN NEEDLE..... 135	RELION MINI PEN NEEDLES
PRETAB..... 150	PX SHORTLENGTH PEN	 136
<i>prevalite</i>.....43	NEEDLES 136	RELION PEN NEEDLES 137
PREVENT DROPSAFE PEN	<i>pyrazinamide</i> 115	<i>repaglinide</i> 20
NEEDLES 135	<i>pyridostigmine bromide</i> .....85	REPATHA.....43
PREVENT SAFETY PEN	<i>pyridostigmine bromide er</i>.....85	REPATHA SURECLICK.....43
NEEDLES 135	<i>pyrimethamine</i> 28	RESTASIS.....84
PREVYMIS..... 120	Q	RESTASIS MULTIDOSE.....84
PREZCOBIX..... 118	QC ALCOHOL SWABS 136	RESTORE CONTACT LAYER
PREZISTA 118	QC BORDER ISLAND	 137
PRIFTIN..... 115	GAUZE..... 136	RETACRIT..... 147
PRIMAQUINE PHOSPHATE	QINLOCK 10	RETEVMO 10
..... 28	QUADRACEL..... 78	REVCovi 148
<i>primidone</i> 105	<i>quetiapine fumarate</i> 34	REVUFORJ 10, 11
PRIORIX 78	<i>quetiapine fumarate er</i> 34	REXULTI 34
PRIZOPAK II.....91	QUICK TOUCH INSULIN	REYATAZ..... 118
PRO COMFORT ALCOHOL	PEN NEEDLE 136	REZDIFFRA..... 67
..... 135	<i>quinapril hcl</i> .....45	REZLIDHIA 11
PRO COMFORT INSULIN	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	REZUROCK..... 74
SYRINGE..... 135	45, 46	RHOPRESSA 81
PRO COMFORT PEN	<i>quinidine sulfate</i> .....37	<i>ribavirin</i> 121
NEEDLES 135	<i>quinine sulfate</i>.....28	<i>rifabutin</i> 115
PROAIR RESPICLICK.....56	R	<i>rifampin</i> 115
<i>probenecid</i> 25	RA ALCOHOL SWABS 136	<i>riluzole</i> 52

<i>rimantadine hcl</i>	120	SELECT-OB.....	150	STIVARGA.....	11
RINVOQ.....	75	<i>selegiline hcl</i>	29	<i>streptomycin sulfate</i>	93
RINVOQ LQ.....	74	<i>selenium sulfide</i>	62	STRIBILD.....	118
<i>risedronate sodium</i>	48	SELZENTRY.....	118	<i>sucralfate</i>	63
RISPERDAL CONSTA.....	34	SE-NATAL 19.....	150	<i>sulfacetamide sodium</i>	82
<i>risperidone</i>	34	SEREVENT DISKUS.....	56	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> ..	62
<i>risperidone microspheres er</i> ...	34	<i>sertraline hcl</i>	111	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	83
<i>ritonavir</i>	118	<i>sharobel</i>	101	<i>sulfadiazine</i>	99
<i>rivaroxaban</i>	146	SHINGRIX.....	79	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	99
<i>rivastigmine</i>	18	SIGNIFOR.....	71	.....	99
<i>rivastigmine tartrate</i>	18	<i>sildenafil citrate</i>	87	<i>sulfasalazine</i>	47
RIVFLOZA.....	85, 86	<i>silodosin</i>	66	<i>sulindac</i>	89
<i>rizatriptan benzoate</i>	25	<i>silver sulfadiazine</i>	62	<i>sumatriptan succinate</i>	26
ROCKLATAN.....	81	SIMBRINZA.....	81	<i>sunitinib malate</i>	11
<i>roflumilast</i>	53	SIMLANDI (1 PEN).....	75	SUNLENCA.....	118
ROMVIMZA.....	11	SIMLANDI (1 SYRINGE).....	75	SURE COMFORT ALCOHOL	
<i>ropinirole hcl</i>	29	SIMLANDI (2 PEN).....	75	PREP.....	137
<i>ropinirole hcl er</i>	29	SIMLANDI (2 SYRINGE).....	75	SURE COMFORT INSULIN	
<i>rosuvastatin calcium</i>	43	<i>simvastatin</i>	43, 44	SYRINGE.....	137
ROTARIX.....	79	<i>sirolimus</i>	75	SURE COMFORT PEN	
ROTATEQ.....	79	SIRTURO.....	115	NEEDLES.....	138
ROZLYTREK.....	11	SKYLA.....	102	SURE-JECT INSULIN	
RUBRACA.....	11	SKYRIZI.....	75	SYRINGE.....	138
<i>rufinamide</i>	105	SKYRIZI PEN.....	75	SURE-PREP ALCOHOL PREP	
RUKOBIA.....	118	SM ALCOHOL PREP.....	137	.....	138
RYBELSUS.....	20	SM GAUZE.....	137	SURGICAL GAUZE SPONGE	
RYBELSUS (FORMULATION		<i>sodium chloride</i>	145, 149	.....	138
R2).....	20	<i>sodium fluoride</i>	150	SYMPAZAN.....	106
RYDAPT.....	11	<i>sodium oxybate</i>	49	SYMTUZA.....	118
RYTARY.....	29	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .	64	SYNAREL.....	71
S		<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	119	SYNJARDY.....	20
<i>sacubitril-valsartan</i>	41	SOLQUA.....	24	SYNJARDY XR.....	21
SAFETY INSULIN SYRINGES		SOLTAMOX.....	11	SYNTHROID.....	67
.....	137	SOMAVERT.....	71	T	
SAFETY PEN NEEDLES....	137	<i>sorafenib tosylate</i>	11	TABLOID.....	11
SANTYL.....	61	<i>sotalol hcl</i>	38	TABRECTA.....	11
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	148	<i>sotalol hcl (af)</i>	38	<i>tacrolimus</i>	60, 76
SAVELLA.....	52	SPIRIVA RESPIMAT.....	56	<i>tadalafil</i>	87
SAVELLA TITRATION PACK		<i>spironolactone</i>	44	TAFINLAR.....	12
.....	52	<i>spironolactone-hctz</i>	44	TAGRISO.....	12
SB ALCOHOL PREP.....	137	<i>sprintec 28</i>	102	TAKHZYRO.....	86
SB INSULIN SYRINGE.....	137	SPRITAM.....	105	TALZENNA.....	12
SCSEMBLIX.....	11	<i>sps (sodium polystyrene sulf)</i> .	65	<i>tamoxifen citrate</i>	12
<i>scopolamine</i>	27	<i>sronyx</i>	102	<i>tamsulosin hcl</i>	66
SECUADO.....	35	<i>ssd</i>	62	TARON-C DHA.....	150
SECURESAFE INSULIN		<i>stavudine</i>	118	TARON-PREX.....	151
SYRINGE.....	137	STELARA.....	75, 76	TASIGNA.....	12
SECURESAFE SAFETY PEN		STERILE.....	137	TAVNEOS.....	76
NEEDLES.....	137	STERILE GAUZE.....	137	<i>tazarotene</i>	62
SELARSDI.....	75	STIOLTO RESPIMAT.....	56	TAZVERIK.....	12

TDVAX.....	79	TODAYS HEALTH PEN NEEDLES	138	<i>trosipium chloride er</i>	66
TECHLITE INSULIN SYRINGE.....	138	TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE	138	TRUE COMFORT ALCOHOL PREP PADS.....	138
TECHLITE PEN NEEDLES	138	<i>tolterodine tartrate</i>	66	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	138
TEFLARO	96	<i>tolterodine tartrate er</i>	66	TRUE COMFORT PEN NEEDLES	139
<i>telmisartan</i>	41	<i>tolvaptan</i>	44	TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PREP	139
<i>telmisartan-amlodipine</i>	41	TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES	138	TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR	139
<i>telmisartan-hctz</i>	41	TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR.....	138	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES	139
<i>temazepam</i>	17	<i>topiramate</i>	106	TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES	139
TENIVAC.....	79	<i>topiramate er</i>	106	TRUEPLUS INSULIN SYRINGE	139
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	118	<i>toremifene citrate</i>	12	TRUEPLUS PEN NEEDLES	139
TEPMETKO.....	12	<i>torsemide</i>	44	TRULICITY	21
<i>terazosin hcl</i>	66	TOUJEO MAX SOLOSTAR.	24	TRUMENBA.....	79
<i>terbinafine hcl</i>	114	TOUJEO SOLOSTAR	24	TRUQAP	12
<i>terbutaline sulfate</i>	56	TPN ELECTROLYTES	145	TUKYSA	12
<i>terconazole</i>	92	TRADJENTA	21	TURALIO.....	12
TERUMO INSULIN SYRINGE	138	<i>tramadol-acetaminophen</i>	91	TWINRIX	79
<i>testosterone</i>	67, 68	<i>trandolapril</i>	46	TYBOST.....	86
<i>testosterone cypionate</i>	67	<i>trandolapril-verapamil hcl er</i> .	46	TYENNE	76
<i>testosterone enanthate</i>	67	<i>tranexamic acid</i>	145	TYMLOS.....	49
<i>tetrabenazine</i>	52	<i>tranylcypromine sulfate</i>	111	TYPHIM VI.....	79
<i>tetracycline hcl</i>	100	TRAVASOL	35	U	
THALOMID.....	86	<i>travoprost (bak free)</i>	81	UBRELVY	26
<i>theophylline</i>	56	<i>trazodone hcl</i>	111	ULTICARE INSULIN SAFETY SYR	139
<i>theophylline er</i>	56	TRELEGY ELLIPTA.....	56	ULTICARE INSULIN SYRINGE	139
THERAGAUZE	138	TRELSTAR MIXJECT	12	ULTICARE MICRO PEN NEEDLES	140
<i>thioridazine hcl</i>	35	<i>tretinoin</i>	12, 62	ULTICARE MINI PEN NEEDLES	140
<i>thiothixene</i>	35	<i>triamcinolone acetonide</i> ...	57, 60	ULTICARE PEN NEEDLES	140
<i>tiadylt er</i>	39	<i>triamterene-hctz</i>	44, 45	ULTICARE SHORT PEN NEEDLES	140
<i>tiagabine hcl</i>	106	<i>trientine hcl</i>	92	ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE	140
TIBSOVO.....	12	<i>tri-estarylla</i>	102	ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE	140
<i>ticagrelor</i>	147	<i>trifluoperazine hcl</i>	35	ULTILET ALCOHOL SWABS	140
TICOVAC	79	<i>trifluridine</i>	83	ULTILET PEN NEEDLE.....	140
TIGECYCLINE.....	100	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	29		
<i>tilia fe</i>	102	TRIJARDY XR	21		
<i>timolol hemihydrate</i>	81	TRIKAFTA	53		
<i>timolol maleate</i>	38, 81	<i>tri-legest fe</i>	102		
<i>tinidazole</i>	28	<i>trimethobenzamide hcl</i>	27		
<i>tiotropium bromide</i> <i>monohydrate</i>	56	<i>trimethoprim</i>	94		
TIVICAY.....	118	<i>tri-mili</i>	102		
TIVICAY PD.....	118	<i>trimipramine maleate</i>	111		
<i>tizanidine hcl</i>	149	TRINTELLIX	111		
TOBI PODHALER.....	93	<i>tri-sprintec</i>	102		
<i>tobramycin</i>	83, 93	TRIUMEQ.....	118		
<i>tobramycin sulfate</i>	93	TRIUMEQ PD.....	119		
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	83	TROPHAMINE	36		
		<i>trosipium chloride</i>	66		

ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE.....	140	VALTOCO 15 MG DOSE...106	VITAFOL-OB+DHA.....	151
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES	141	VALTOCO 20 MG DOSE...106	VITRAKVI	13
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT	141	VALTOCO 5 MG DOSE	VIVOTIF	80
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE.....	141	VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE.....	VIZIMPRO	13
ULTRA THIN PEN NEEDLES	141	<i>vancomycin hcl</i>	VONJO	13
ULTRACARE INSULIN SYRINGE.....	141	VANDAZOLE.....	VOQUEZNA	63
ULTRACARE PEN NEEDLES	141	VANFLYTA.....	VORANIGO	13
ULTRA-COMFORT INSULIN SYRINGE.....	141	VANISHPOINT INSULIN SYRINGE.....	<i>voriconazole</i>	114
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT	141	VAQTA	VOTRIENT	13
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE.....	141	<i>varденаfil hcl</i>	VOWST	86
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE	141	<i>varenicline tartrate</i>	VP INSULIN SYRINGE.....	142
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT	141	<i>varenicline tartrate (starter)</i> ... 16	VP-PNV-DHA	151
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES	141	VARIVAX.....	VRAYLAR.....	35
UNIFINE OTC PEN NEEDLES	142	VAXCHORA.....	VUMERITY	52
UNIFINE PEN NEEDLES ...	142	VEMLIDY.....	<i>vyfemla</i>	102
UNIFINE PENTIPS	142	VENCLEXTA	VYZULTA	81
UNIFINE PENTIPS PLUS... 142		VENCLEXTA STARTING PACK.....	W	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE	142	VENLAFAXINE BESYLATE ER.....	<i>warfarin sodium</i>	146
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE.....	142	<i>venlafaxine hcl</i>	WBCOL ALCOHOL PREP LARGE.....	142
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE	142	<i>venlafaxine hcl er</i>	WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS.....	142
UPTRAVI.....	87	VEOZAH.....	WELIREG	13
UPTRAVI TITRATION.....	87	<i>verapamil hcl</i>	WINREVAIR	53
<i>ursodiol</i>	65	<i>verapamil hcl er</i>	<i>wixela inhub</i>	54
<i>ustekinumab</i>	76	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	X	
V		VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	XALKORI	13
<i>valacyclovir hcl</i>	121	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	XARELTO.....	146
VALCHLOR	61	VERQUVO.....	XARELTO STARTER PACK	146
<i>valganciclovir hcl</i>	121	VERSACLOZ.....	XATMEP	14
<i>valproic acid</i>	106	VERZENIO	XCOPRI.....	107
<i>valsartan</i>	41	<i>vestura</i>	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	107
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	41	<i>vigabatrin</i>	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	107
VALTOCO 10 MG DOSE ...	106	<i>vigadrone</i>	XDEMVI.....	83
		<i>vigpoder</i>	XERMELO	65
		VIJOICE	XGEVA	49
		<i>vilazodone hcl</i>	XIFAXAN	94
		VIMKUNYA	XIGDUO XR.....	21
		VIRACEPT.....	XIIDRA	84
		VIREAD	XOFLUZA (80 MG DOSE).120	
		VIRT-C DHA	XOLAIR	53
		VIRT-NATE DHA	XOSPATA.....	14
		VIRT-PN DHA.....	XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	14
		VIRT-PN PLUS.....	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	14
		VITAFOL GUMMIES		

XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	14	<i>yuvafem</i>	69	<i>zidovudine</i>	119
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	14	Z		ZIEXTENZO	148
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	14	<i>zafemy</i>	102	<i>ziprasidone hcl</i>	35
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	14	<i>zafirlukast</i>	55	<i>ziprasidone mesylate</i>	35
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	14	<i>zaleplon</i>	49	ZOLINZA	15
XTANDI.....	14	ZARXIO	147	<i>zolmitriptan</i>	26
<i>xulane</i>	102	ZATEAN-PN DHA	151	<i>zolpidem tartrate</i>	49
Y		ZATEAN-PN PLUS	151	ZONISADE	107
YF-VAX	80	ZEJULA	14	<i>zonisamide</i>	107
YONSA	14	ZELBORAF.....	15	<i>zovia 1/35 (28)</i>	102
		ZEMDRI.....	93	ZTALMY.....	107
		<i>zenatane</i>	61	ZURZUVAE.....	112
		ZENPEP	148	ZYDELIG	15
		ZEVRX STERILE ALCOHOL PREP PAD	143	ZYKADIA	15

MCS Classicare es un plan HMO ofrecido por MCS Advantage, Inc.

Este formulario se actualizó en 10/15/2025. Para información más reciente u otras preguntas, por favor comuníquese con el Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS Classicare al 1-866-627-8183 (libre de costo) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182), lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre., o visite www.mcsclassicare.com.

Salud Completa

MCS Classicare

(HMO)



1.866.627.8183

(Libre de costo)



1.866.627.8182

TTY (Audio impedidos)

Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo.
Nuestro horario del 1 de abril al 30 de septiembre es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.