

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS 2



2026

MCS | Classicare (HMO)

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 26265 número de versión 10

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 Efectivo (HMO), MCS, MCS Classicare Essential (HMO-POS), MCS Classicare Estrella (HMO), MCS Classicare En Tu Hogar (HMO), MCS Classicare Excede (HMO), MCS Classicare Firme (HMO), MCS Classicare Hero (HMO), MCS Classicare IntelliCare (HMO), MCS Classicare MA-PD Group (HMO-POS), MCS Classicare Primero (HMO C-SNP).

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.

¿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.mcscare.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 MCS Classicare Efectivo (HMO), MCS, MCS Classicare Essential (HMO-POS), MCS Classicare Estrella (HMO), MCS Classicare En Tu Hogar (HMO), MCS Classicare Excede (HMO), MCS Classicare Firme (HMO), MCS Classicare Hero (HMO), MCS Classicare InteliCare (HMO), MCS Classicare MA-PD Group (HMO-POS), MCS Classicare Primero (HMO C-SNP)? "

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 determina 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 Efectivo (HMO), MCS, MCS Classicare Essential (HMO-POS), MCS Classicare Estrella (HMO), MCS Classicare En Tu Hogar (HMO), MCS Classicare Excede (HMO), MCS Classicare Firme (HMO), MCS Classicare Hero (HMO), MCS Classicare InteliCare (HMO), MCS Classicare MA-PD Group (HMO-POS), MCS Classicare Primero (HMO C-SNP).? ”

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 <https://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 146. 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 Efectivo (HMO), MCS, MCS Classicare Essential (HMO-POS), MCS Classicare Estrella (HMO), MCS Classicare En Tu Hogar (HMO), MCS Classicare Excede (HMO), MCS Classicare Firme (HMO), MCS Classicare Hero (HMO), MCS Classicare InteliCare (HMO), MCS Classicare MA-PD Group (HMO-POS), MCS Classicare Primero (HMO C-SNP)?" 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 Efectivo (HMO), MCS, MCS Classicare Essential (HMO-POS), MCS Classicare Estrella (HMO), MCS Classicare En Tu Hogar (HMO), MCS Classicare Excede (HMO), MCS Classicare Firme (HMO), MCS Classicare Hero (HMO), MCS Classicare InteliCare (HMO), MCS Classicare MA-PD Group (HMO-POS), MCS Classicare Primero (HMO C-SNP)?

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 Efectivo (HMO), MCS, MCS Classicare Essential (HMO-POS), MCS Classicare Estrella (HMO), MCS Classicare En Tu Hogar (HMO), MCS Classicare Excede (HMO), MCS Classicare Firme (HMO), MCS Classicare Hero (HMO), MCS Classicare IntelliCare (HMO), MCS Classicare MA-PD Group (HMO-POS), MCS Classicare Primero (HMO C-SNP).

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 146.

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 Efectivo (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 estándar (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$5	\$10	\$15	\$10
4	Marca no preferida	\$15	\$30	\$45	\$30
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.

MCS Classicare Essential (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	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
4	Marca no preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
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.

MCS Classicare Estrella (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 estándar (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$4	\$8	\$12	\$8
4	Marca no preferida	\$14	\$28	\$42	\$28
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.

MCS Classicare En Tu Hogar (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 estándar (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$5	\$10	\$15	\$10
4	Marca no preferida	\$15	\$30	\$45	\$30
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.

MCS Classicare Excede (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 estándar (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
4	Marca no preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
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.

MCS Classicare Firme (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 estándar (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
4	Marca no preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
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.

MCS Classicare Hero (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 estándar (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$20	\$40	\$60	\$40
4	Marca no preferida	\$40	\$80	\$120	\$80
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.

MCS Classicare InteliCare (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 estándar (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
4	Marca no preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
5	Nivel especializado	25%	*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.

MCS Classicare MA-PD Grupos (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 Primero (HMO C-SNP)					
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	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
4	Marca no preferida	\$10	\$20	\$30	\$20
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); NEDS
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG		5	PA; NEDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	Arimidex	1	MO
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK ORAL THERAPY PACK 0.8 & 200 MG		5	PA; NEDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	Targretin	5	PA; NEDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	Targretin	5	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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	Casodex	1	NEDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG		5	PA; NEDS
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		5	PA; QL (63 per 28 days); NEDS
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL CAPSULE 25 MG		4	PA-BvsD; NEDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 50 mg</i>		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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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); NEDS
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 50 mg, 70 mg</i>	Phyrago	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>dasatinib oral tablet 140 mg</i>	Phyrago	5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	Phyrago	5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>dasatinib oral tablet 80 mg</i>	Sprycel	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
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); NEDS
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg</i>	Tarceva	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 150 mg</i>		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>		5	PA; 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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG		5	PA; NEDS
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Afinitor	5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>everolimus oral tablet 2.5 mg</i>	Afinitor	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg</i>	Afinitor Disperz	5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	Afinitor Disperz	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<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); NEDS
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); NEDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG		5	PA; QL (84 per 28 days); NEDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG		5	PA; QL (21 per 28 days); NEDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	Iressa	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG		4	NEDS
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG		5	NEDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG		5	PA; QL (224 per 28 days); NEDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG		5	PA; QL (112 per 28 days); NEDS
GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE 1 MG		5	PA; QL (224 per 28 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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<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); NEDS
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA; QL (21 per 28 days); NEDS
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
IDHIFA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<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); NEDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG		5	PA; QL (28 per 28 days); NEDS
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML		5	PA; QL (216 per 27 days); NEDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG		5	PA; QL (28 per 28 days); NEDS
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML		5	PA; QL (280 per 28 days); NEDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG		5	PA; QL (5 per 28 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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG		5	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
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); NEDS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (42 per 28 days); NEDS
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (63 per 28 days); NEDS
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (49 per 28 days); NEDS
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (70 per 28 days); NEDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (91 per 28 days); NEDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG		5	PA; QL (300 per 30 days); NEDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (180 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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	Tykerb	5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG, 80 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<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); NEDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG		5	PA; NEDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG		5	PA; NEDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG		5	PA; NEDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG		5	PA; NEDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG		5	PA; NEDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG		5	PA; NEDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG		5	PA; NEDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG		5	PA; NEDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Femara	1	MO
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		5	PA; NEDS
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); NEDS
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG		5	PA; QL (80 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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG		5	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG		5	PA; QL (1 per 30 days); NEDS
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); NEDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		5	NEDS
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA; QL (150 per 30 days); NEDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; NEDS
<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); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>mercaptopurine oral suspension 2000 mg/100ml</i>	Purixan	5	PA; NEDS
<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); NEDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	Nilandron	5	QL (60 per 30 days); NEDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (3 per 28 days); NEDS
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; NEDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML		5	PA; QL (96 per 28 days); NEDS
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)		5	PA; QL (24 per 28 days); NEDS
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG		5	PA; QL (14 per 28 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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	Votrient	5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (28 per 28 days); NEDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (21 per 28 days); NEDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG		5	PA; QL (8 per 28 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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG		5	PA; QL (360 per 30 days); NEDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA; QL (224 per 28 days); NEDS
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (300 per 30 days); NEDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		5	PA; NEDS
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	NexAVAR	5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (84 per 28 days); NEDS
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Sutent	5	PA; QL (28 per 28 days); NEDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG		5	PA; NEDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG		5	PA; QL (900 per 30 days); NEDS
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
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); NEDS
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	Fareston	5	PA; NEDS
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	NEDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG		5	PA; QL (64 per 28 days); NEDS
TRUQAP ORAL TABLET THERAPY PACK 160 MG		5	PA; QL (64 per 28 days); NEDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
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); NEDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG		5	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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML		5	PA; QL (600 per 30 days); NEDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG		5	PA; NEDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG		5	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML		4	PA-BvsD; NEDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG		5	PA; NEDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA; QL (4 per 28 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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG		5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; QL (24 per 28 days); NEDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; QL (32 per 28 days); NEDS
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
XTANDI ORAL TABLET 80 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		5	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; NEDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
ZYDELIG ORAL TABLET 150 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		5	PA; QL (84 per 28 days); NEDS

AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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
<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			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
<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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
KORLYM ORAL TABLET 300 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<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); NEDS
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
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)
SOLQUA 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			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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 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			
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); NEDS
<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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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
<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
UBRELVIY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		3	PA; QL (16 per 30 days); NEDS

AGENTES ANTINAUSEA

AGENTES ANTINAUSEA

<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>		5	PA-BvsD; QL (8 per 28 days); NEDS
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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); NEDS
<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
<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; NEDS
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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); NEDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		5	PA-BvsD; QL (1 per 26 days); NEDS
<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); NEDS
<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); NEDS
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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); NEDS
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 50-20 & 100-20 MG		5	PA; NEDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML		5	PA; QL (0.75 per 21 days); NEDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML		5	PA; QL (1 per 21 days); NEDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML		5	PA; QL (1.5 per 21 days); NEDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 351 MG/2.25ML		5	PA; QL (2.25 per 21 days); NEDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML		5	PA; QL (0.25 per 21 days); NEDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML		5	PA; QL (0.5 per 21 days); NEDS
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); NEDS
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG		4	PA; 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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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
<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); NEDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML		5	PA; QL (1.5 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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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); NEDS
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>		2	MO
<i>molindone hcl oral tablet 5 mg</i>		5	NEDS
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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); NEDS
OPIPZA ORAL FILM 2 MG, 5 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<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)
<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); NEDS
<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); NEDS
<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); NEDS
<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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<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); NEDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 4.5 MG, 6 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<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 CARDIOVASCULARES

AGENTES ALFA- ADRENÉRGICOS

<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>		1	MO
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr</i>	Catapres-TTS-1	2	MO; QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24hr</i>	Catapres-TTS-2	2	MO; QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr</i>	Catapres-TTS-3	2	MO; QL (8 per 28 days)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Cardura	1	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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	Nothera	4	PA; NEDS
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Nothera	5	PA; NEDS
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	NEDS
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>		1	MO
AGENTES ANTIARRITMICOS			
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Pacerone	2	MO
<i>amiodarone hcl oral tablet 400 mg</i>		2	MO
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	Tikosyn	4	MO; FFQL
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>		2	MO
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>		2	MO
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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
<i>tiadyt er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>		2	MO
<i>tiadyt er oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	Tiadyt 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); NEDS
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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); NEDS
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	Firazyr	5	PA; QL (18 per 30 days); NEDS
<i>ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Corlanor	2	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	Demser	5	NEDS
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
<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>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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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); NEDS
<i>tolvaptan oral tablet 30 mg</i>	Jynarque	5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<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); NEDS
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>torsemide oral tablet 20 mg</i>	Soaanz	1	MO
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>		1	MO
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 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 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	Accuretic	2	MO
<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>	Inspira	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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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; NEDS
<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	NEDS
<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: 26265 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: 26265 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; NEDS
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML		5	PA; QL (1.7 per 28 days); NEDS
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>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); NEDS
<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)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>		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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 6 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 24 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG		5	PA; QL (28 per 28 days); NEDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 6 & 12 & 24 MG		5	PA; QL (42 per 28 days); NEDS
<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); NEDS
<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); NEDS
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 & 240 mg</i>	Tecfidera	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML		5	PA; NEDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Copaxone	5	PA; 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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Intuniv	2	PA; MO; HRM
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML		5	PA; QL (1.2 per 28 days); NEDS
<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)
<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); NEDS
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>		4	PA; 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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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); NEDS
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 231 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
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; NEDS
<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; NEDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 30 MG/ML		5	PA; NEDS
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; NEDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG		5	PA; NEDS
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		5	PA; NEDS
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG		5	PA; NEDS
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		5	PA; NEDS
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	Esbriet	5	PA; NEDS
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg</i>	Esbriet	5	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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>		5	PA; NEDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML		5	PA-BvsD; NEDS
<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		5	PA; QL (84 per 28 days); NEDS
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 2 X 45 MG, 2 X 60 MG, 45 MG, 60 MG		5	PA; QL (1 per 21 days); NEDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML		5	PA; NEDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML		5	PA; NEDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		5	PA; NEDS
ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOESTEROIDES INHALADOS			
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		3	MO; FFQL; QL (26 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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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>breylna 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 inhnb 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)
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
<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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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			
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	Evoxac	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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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-Smoothe/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-Smoothe/FS Scalp	2	NEDS
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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; NEDS
<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; NEDS
<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); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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			
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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			
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	Carbaglu	5	PA; NEDS
<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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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; NEDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>		2	NEDS
<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); NEDS
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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
<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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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>trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/ MODIFICADOR			
AGENTES TIROIDEOS Y ANTITIROIDES			
<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; NEDS
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			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM		3	MO; FFQL
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	Evista	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>yuvafer vaginal tablet 10 mcg</i>	Yuvafer	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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
PREDNISONA 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
<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; NEDS
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG		5	PA; QL (1 per 30 days); NEDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG		5	PA; QL (1 per 90 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; NEDS
<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; NEDS
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 10 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML		5	PA; NEDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML		5	PA; 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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 25 MG, 30 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML		5	PA; NEDS
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; Only NDCs starting with 00597; QL (4 per 28 days); NEDS
<i>adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 10 mg/0.2ml, 20 mg/0.4ml</i>	Cyltezo (2 Syringe)	5	PA; Only NDCs starting with 00597; QL (2 per 28 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: 26265 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 40 mg/0.4ml, 40 mg/0.8ml</i>	Cyltezo (2 Syringe)	5	PA; Only NDCs starting with 00597; QL (6 per 28 days); NEDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG		5	PA-BvsD; NEDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	Imuran	2	PA-BvsD; MO
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		5	PA; NEDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		5	PA; NEDS
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML		5	PA; NEDS
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR 150 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML		5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR 300 MG/2ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
<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
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML		5	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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML		5	PA; NEDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
ENVARUS 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; NEDS
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML		5	PA-BvsD; NEDS
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM		5	PA-BvsD; NEDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML		5	PA-BvsD; NEDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML		5	PA-BvsD; NEDS
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 per 28 days); NEDS
HADLIMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 per 28 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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML		5	PA; NEDS
<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; NEDS
<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); NEDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML		5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.4ML		5	PA; QL (2 per 28 days); NEDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 87.5 MG/0.7ML		5	PA; QL (3 per 28 days); NEDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG, 4 X 10 & 51 X20 MG		5	PA; QL (55 per 28 days); NEDS
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG		4	PA-BvsD; MO; FFQL
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG		5	PA; NEDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML		5	PA; QL (360 per 30 days); NEDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; 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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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); NEDS
SIMLANDI (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 per 28 days); NEDS
SIMLANDI (1 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 per 28 days); NEDS
SIMLANDI (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML		5	PA; QL (6 per 28 days); NEDS
SIMLANDI (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML		5	PA; QL (2 per 28 days); NEDS
SIMLANDI (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML		5	PA; QL (6 per 28 days); NEDS
<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); NEDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML		5	PA; QL (0.5 per 28 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: 26265 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 90 MG/ML		5	PA; QL (1 per 28 days); NEDS
<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); NEDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML		5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML		5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
<i>ustekinumab subcutaneous solution 45 mg/0.5ml</i>	Stelara	5	PA; QL (1 per 28 days); NEDS
<i>ustekinumab subcutaneous solution prefilled syringe 45 mg/0.5ml</i>	Stelara	5	PA; QL (0.5 per 28 days); NEDS
<i>ustekinumab subcutaneous solution prefilled syringe 90 mg/ml</i>	Stelara	5	PA; QL (1 per 28 days); NEDS
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
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		1	NEDS
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5		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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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
IPOLE INJECTION INJECTABLE		1	NEDS
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION		1	NEDS
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML		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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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
RABAERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		1	PA-BvsD; NEDS
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 40 MCG/0.8ML		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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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
<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)
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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 OPTHALMIC SOLUTION 0.25 %		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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>		2	NEDS
XIIDRA OPHTHALMIC 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)
AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS			
AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS			
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML		5	PA-BvsD; NEDS
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	NEDS
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG		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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2ML		5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; QL (2 per 28 days); NEDS
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML		5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (112 per 28 days); NEDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; QL (224 per 28 days); NEDS
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; NEDS
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 200 & 50 MG, 50 MG		5	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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
VOWST ORAL CAPSULE		5	PA; QL (12 per 30 days); NEDS
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); NEDS
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Letairis	5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	Tracleer	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>bosentan oral tablet soluble 32 mg</i>	Tracleer	5	PA; QL (112 per 28 days); NEDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<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); NEDS
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG		5	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG		5	PA; NEDS
<i>varденаfil hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		2	EXCL; QL (7 per 30 days)
ANALGÉSICOS			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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
<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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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>		2	PA; HRM; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>butalbital-apap-cafeine 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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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			
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; NEDS
<i>deferiprone oral tablet 1000 mg</i>	Ferriprox	5	PA; NEDS
<i>deferiprone oral tablet 500 mg</i>		5	PA; NEDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Depen Titratabs	5	PA; NEDS
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	Syprine	5	PA; NEDS
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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML		5	PA; NEDS
<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
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>		2	NEDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG		5	PA; QL (224 per 28 days); NEDS
<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
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	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>		5	NEDS
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gm</i>		2	NEDS
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	Zyvox	4	PA-BvsD; NEDS
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	Zyvox	5	PA; QL (1800 per 30 days); NEDS
<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	NEDS
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; NEDS
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>		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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg</i>		4	NEDS
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	Primaxin IV	4	NEDS
<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>cefdinir oral capsule 300 mg</i>		2	NEDS
<i>cefdinir 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>cefoxitin 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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 6 gm</i>		4	NEDS
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	Tazicef	4	NEDS
<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; NEDS
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); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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 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: 26265 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>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>		4	NEDS
<i>nafcillin 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: 26265 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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
TIGECYCLINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG		4	PA-BvsD; NEDS
ANTICONCEPTIVOS			
ANTICONCEPTIVOS			
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	Aviane	2	MO
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	Vyfemla	2	MO
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
<i>cyred eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MO
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	EluRyng	3	MO; FFQL; QL (1 per 28 days)
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	EluRyng	3	MO; FFQL; QL (1 per 28 days)
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	1	MO
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	EluRyng	3	MO; FFQL; QL (1 per 28 days)
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	EluRyng	3	MO; FFQL; QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
<i>isibloom oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MO
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 19.5 MG		4	NEDS
<i>levonest oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>		2	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	Aviane	2	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	Altavera	2	MO
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY		3	NEDS
<i>luteru oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	Aviane	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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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>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
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 13.5 MG		4	NEDS
<i>sprintec 28 oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	1	MO
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>		1	MO
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>		1	MO
<i>tri-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>vyfemla oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	Vyfemla	2	MO
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	Xulane	2	MO; QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	Xulane	2	MO; QL (3 per 28 days)
<i>zovia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		1	MO
ANTICONVULSIVOS			
ANTICONVULSIVOS			
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	PA; QL (600 per 30 days); NEDS
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Carbatrol	2	MO
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	TEGretol-XR	2	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	TEGretol	2	MO
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	TEGretol	2	MO
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg, 200 mg</i>		2	MO
<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; NEDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG, 500 MG		5	PA; NEDS
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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; NEDS
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); NEDS
<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; NEDS
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML		5	PA; NEDS
<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)
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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	NEDS
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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); NEDS
<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); NEDS
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG, 500 MG		4	MO; FFQL; QL (120 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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); NEDS
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 7.5 MG/0.1ML		5	PA; QL (10 per 30 days); NEDS
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 10 MG/0.1ML		5	PA; QL (10 per 30 days); NEDS
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML		5	PA; QL (10 per 30 days); NEDS
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	Sabril	5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	Vigadrone	5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i>	Vigadrone	5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>vigpoder oral packet 500 mg</i>	Sabril	5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
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); NEDS
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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	PA; QL (1100 per 30 days); NEDS
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); NEDS
<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)
<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>chlorthalidone-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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
<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); NEDS
<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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
<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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
<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>tranlycypromine 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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Viibryd	2	MO; QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG		5	PA; QL (28 per 14 days); NEDS
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG		5	PA; QL (14 per 14 days); NEDS

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; NEDS
<i>caspofungin 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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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; NEDS
<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
<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	NEDS
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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); NEDS
<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; NEDS
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	Vfend	5	PA; QL (300 per 30 days); NEDS
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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

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; NEDS

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); NEDS
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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); NEDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
<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); NEDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
EDURANT PED ORAL TABLET SOLUBLE 2.5 MG		5	QL (300 per 30 days); NEDS
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir 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); NEDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 600-300-300 mg</i>	Symfi	5	QL (30 per 30 days); NEDS
<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); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	Truvada	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine-rilpivir-tenofovir df oral tablet 200-25-300 mg</i>	Complera	5	QL (30 per 30 days); NEDS
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); NEDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>		5	QL (120 per 30 days); NEDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		5	QL (60 per 30 days); NEDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG		4	MO; FFQL; QL (120 per 30 days)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		5	QL (60 per 30 days); NEDS
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG		5	QL (60 per 30 days); NEDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		5	QL (60 per 30 days); NEDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG		5	QL (180 per 30 days); NEDS
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); NEDS
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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); NEDS
<i>maraviroc oral tablet 300 mg</i>	Selzentry	5	QL (120 per 30 days); NEDS
<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)
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		5	QL (360 per 30 days); NEDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG		5	QL (240 per 30 days); NEDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG		4	MO; FFQL; QL (420 per 30 days)
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG		5	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	Norvir	2	MO; 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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG		5	QL (60 per 30 days); NEDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML		5	QL (1800 per 30 days); NEDS
<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); NEDS
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); NEDS
<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); NEDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG		5	QL (360 per 30 days); NEDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
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); NEDS
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG		5	QL (300 per 30 days); NEDS
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG		5	QL (120 per 30 days); NEDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		5	QL (240 per 30 days); NEDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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; NEDS
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG		5	PA; QL (84 per 28 days); NEDS
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg</i>	Epclusa	5	PA; NEDS
ANTIVIRALES, VARIOS			
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (336 per 28 days); NEDS
<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
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT		4	NEDS
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		4	NEDS
INTERFERONES			
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML		5	PA; NEDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML		5	PA; NEDS
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); NEDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Baraclude	4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<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	NEDS
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	Valcyte	3	MO; FFQL
DISPOSITIVOS			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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	
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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	
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	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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	
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 6 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
RELION MINI PEN NEEDLES 31G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
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: 26265 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	
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)
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES 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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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 SAFEPAK 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 SAFEPAK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPAK 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)
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
ZEVRX STERILE ALCOHOL PREP PAD PAD 70 %		3	

PREPARACIONES DE REEMPLAZO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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
<i>multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution</i>	Plasma-Lyte A	2	NEDS
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq</i>	Klor-Con M10	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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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 NA CL 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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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); NEDS
<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
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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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; NEDS
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG		5	PA; QL (360 per 30 days); NEDS
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
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; NEDS
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; NEDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML		5	PA-BvsD; NEDS
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5ML		5	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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	Javygtor	5	PA; NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	Javygtor	5	PA; NEDS
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	NEDS
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS			
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS			
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>		2	NEDS
<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>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			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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
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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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
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: 26265 Última Actualización: 10/15/2025 Fecha de Efectividad: 01/01/2026

Listado Alfabético

A

<i>abacavir sulfate</i>	110	ALECENSA	1	<i>asenapine maleate</i>	29
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	110	<i>alendronate sodium</i>	46	ASMANEX (120 METERED	
<i>abigale</i>	65	<i>alfuzosin hcl er</i>	63	DOSES)	51
<i>abigale lo</i>	65	<i>aliskiren fumarate</i>	44	ASMANEX (30 METERED	
ABILIFY ASIMTUFII	29	<i>allopurinol</i>	24	DOSES)	51
ABILIFY MAINTENA	29	<i>alosetron hcl</i>	45	ASMANEX (60 METERED	
<i>abiraterone acetate</i>	1	<i>alprazolam</i>	16	DOSES)	51
<i>abirtega</i>	1	ALUNBRIG.....	1	ASMANEX HFA.....	51
ABOUTTIME PEN NEEDLE		<i>amantadine hcl</i>	27	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	141
.....	117	<i>ambrisentan</i>	83	ASSURE ID DUO PRO PEN	
ABRYSVO	73	<i>amikacin sulfate</i>	88	NEEDLES	117
<i>acamprosate calcium</i>	15	<i>amiloride hcl</i>	42	ASSURE ID INSULIN	
<i>acarbose</i>	18	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>		SAFETY SYR	117
<i>accutane</i>	58	.....	42	ASSURE ID PRO PEN	
<i>acebutolol hcl</i>	35	<i>amiodarone hcl</i>	35	NEEDLES	117
<i>acetaminophen-codeine</i>	85	<i>amitriptyline hcl</i>	103	<i>atazanavir sulfate</i>	110, 111
<i>acetazolamide</i>	77	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>		<i>atenolol</i>	35
<i>acetazolamide er</i>	77	.....	39	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	35
<i>acetic acid</i>	78	<i>amlodipine besylate</i>	39	<i>atomoxetine hcl</i>	47
<i>acetylcysteine</i>	50	<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	39	<i>atorvastatin calcium</i>	40
<i>acitretin</i>	58	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	40	<i>atovaquone</i>	26
ACTHIB	73	<i>amlodipine-olmesartan</i>	40	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	26
ACTIMMUNE	81	<i>ammonium lactate</i>	58	<i>atropine sulfate</i>	81
<i>acyclovir</i>	58, 116	<i>amoxapine</i>	103	ATROVENT HFA.....	53
<i>acyclovir sodium</i>	116	<i>amoxicillin</i>	93	AUGTYRO.....	1
ADACEL.....	73	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	93	AUM ALCOHOL PREP PADS	
<i>adalimumab-adbm (2 pen)</i>	68	<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	93	.....	117
<i>adalimumab-adbm (2 syringe)</i>		<i>amphetamine-</i>		AUM INSULIN SAFETY PEN	
.....	68, 69	<i>dextroamphetamine</i>	47	NEEDLE.....	117
<i>adapalene</i>	60	<i>amphotericin b</i>	107	AUM MINI INSULIN PEN	
<i>adefovir dipivoxil</i>	116	<i>amphotericin b liposome</i>	107	NEEDLE.....	118
ADEMPAS	83	<i>ampicillin</i>	93	AUM PEN NEEDLE	118
ADVOCATE INSULIN PEN		<i>ampicillin sodium</i>	93	AUM READYGARD DUO	
NEEDLE	117	<i>ampicillin-sulbactam sodium</i> .	93	PEN NEEDLE	118
ADVOCATE INSULIN PEN		<i>anagrelide hcl</i>	140	AUM SAFETY PEN NEEDLE	
NEEDLES	117	<i>anastrozole</i>	1	.....	118
ADVOCATE INSULIN		<i>apraclonidine hcl</i>	81	AUSTEDO.....	48
SYRINGE.....	117	<i>aprepitant</i>	25	AUSTEDO XR	48
AKEEGA.....	1	APRIZIO PAK II.....	87	AUSTEDO XR PATIENT	
<i>albendazole</i>	26	APTIVUS	110	TITRATION	48
<i>albuterol sulfate</i>	53	AQ INSULIN SYRINGE	117	AUVELITY	103
<i>albuterol sulfate hfa</i>	52, 53	AQINJECT PEN NEEDLE ..	117	<i>aviane</i>	96
<i>alclometasone dipropionate</i> ..	54,	ARCALYST	69	AVMAPKI FAKZYNJA CO-	
55		AREXVY	73	PACK.....	1
ALCOHOL PREP	117	ARIKAYCE.....	89	AYVAKIT	1
ALCOHOL PREP PADS	117	<i>aripiprazole</i>	29	AZASITE.....	78
ALCOHOL SWABS	117	<i>armodafinil</i>	47	<i>azathioprine</i>	69
		ARNUITY ELLIPTA	51	<i>azelastine hcl</i>	81

<i>azelastine-fluticasone</i>	81	BD VEO INSULIN SYRINGE		<i>buprenorphine hcl</i>	15
<i>azithromycin</i>	92	U/F	119	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	
B		BELSOMRA	47	.....	15
<i>bacitracin</i>	78	<i>benazepril hcl</i>	43	<i>bupropion hcl</i>	103
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	78	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>		<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>		.....	43	.....	15
.....	78	BENLYSTA	69	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	103
<i>baclofen</i>	143	<i>benztropine mesylate</i>	27	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	103
<i>balsalazide disodium</i>	45	BESREMI.....	69	<i>buspirone hcl</i>	81
BALVERSA	1	<i>betamethasone dipropionate</i> ...	55	<i>butalbital-acetaminophen</i>	85
BAQSIMI ONE PACK	81	<i>betamethasone dipropionate aug</i>		<i>butalbital-apap-cafeine</i>	85
BAQSIMI TWO PACK.....	81	.....	55	C	
BARACLUDE.....	116	<i>betamethasone valerate</i>	55	<i>cabergoline</i>	27
BCG VACCINE	73	BETAMETHASONE		CABOMETYX.....	2
BD AUTOSHIELD DUO.....	118	VALERATE	55	<i>calcipotriene</i>	58
BD ECLIPSE SYRINGE	118	<i>betaxolol hcl</i>	35, 77	<i>calcitonin (salmon)</i>	46
BD INSULIN SYR		<i>bethanechol chloride</i>	63	<i>calcitriol</i>	46
ULTRAFINE II	118	<i>bexarotene</i>	1	CALQUENCE	2
BD INSULIN SYRINGE	118	BEXSERO	73	<i>camila</i>	96
BD INSULIN SYRINGE		<i>bicalutamide</i>	2	CAMZYOS.....	37
HALF-UNIT	118	BICILLIN C-R	93	<i>candesartan cilexetil</i>	38
BD INSULIN SYRINGE		BICILLIN L-A	94	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	38
MICROFINE	118	BIKTARVY.....	111	CAPLYTA	29
BD INSULIN SYRINGE		<i>bimatoprost</i>	77	CAPRELSA.....	2
ULTRAFINE	118	<i>bisoprolol fumarate</i>	35	<i>captopril</i>	43
BD PEN NEEDLE MICRO		<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>		<i>carbamazepine</i>	98
ULTRAFINE	118	.....	35	<i>carbamazepine er</i>	98
BD PEN NEEDLE MINI U/F		BOOSTRIX	73, 74	<i>carbidopa</i>	27
.....	118	<i>bosentan</i>	83	<i>carbidopa-levodopa</i>	27, 28
BD PEN NEEDLE MINI		BOSULIF.....	2	<i>carbidopa-levodopa er</i>	27
ULTRAFINE	118	BRAFTOVI	2	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	
BD PEN NEEDLE NANO 2ND		BREO ELLIPTA	52	.....	28
GEN.....	118	<i>breyana</i>	52	CAREFINE PEN NEEDLES	
BD PEN NEEDLE NANO		BREZTRI AEROSPHERE.....	53	.....	119
ULTRAFINE	119	<i>briellyn</i>	96	CAREONE INSULIN	
BD PEN NEEDLE ORIG		<i>brimonidine tartrate</i>	77	SYRINGE.....	119
ULTRAFINE	119	<i>brimonidine tartrate-timolol</i> ...	77	CARETOUCH ALCOHOL	
BD PEN NEEDLE SHORT		<i>brinzolamide</i>	77	PREP	119
ULTRAFINE	119	BRIVIACT	98	CARETOUCH INSULIN	
BD SAFETYGLIDE INSULIN		<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>		SYRINGE.....	119
SYRINGE.....	119	.....	80	CARETOUCH PEN NEEDLES	
BD SAFETYGLIDE		<i>bromocriptine mesylate</i>	27	.....	120
SYRINGE/NEEDLE	119	BRONCHITOL TOLERANCE		<i>carglumic acid</i>	61
BD SWABS SINGLE USE		TEST.....	50	<i>carteolol hcl</i>	77
BUTTERFLY	119	BRUKINSA.....	2	<i>cartia xt</i>	37
BD VEO INSULIN SYR U/F		<i>budesonide</i>	45, 52	<i>carvedilol</i>	36
1/2UNIT	119	<i>budesonide er</i>	45	<i>carvedilol phosphate er</i>	36
BD VEO INSULIN SYR		<i>budesonide-formoterol fumarate</i>		<i>casprofungin acetate</i>	107
ULTRAFINE	119	.....	52	<i>ceftazidime</i>	92
		<i>bumetanide</i>	42	<i>ceftriaxone sodium</i>	92

<i>cefuroxime axetil</i>	92	<i>clonidine hcl er</i>	48	CURITY GAUZE SPONGE	120
<i>cefuroxime sodium</i>	92	<i>clopidogrel bisulfate</i>	141	CURITY SPONGES	121
<i>celecoxib</i>	84	<i>clorazepate dipotassium</i>	16	CVS GAUZE	121
<i>cephalexin</i>	92	<i>clotrimazole</i>	107	CVS GAUZE STERILE	121
<i>cetirizine hcl</i>	109	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	108	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	143
<i>cevimeline hcl</i>	54	<i>clozapine</i>	29, 30	<i>cyclophosphamide</i>	2, 3
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	16	C-NATE DHA	144	CYCLOPHOSPHAMIDE	2, 3
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i>	103	COARTEM	26	<i>cyclosporine</i>	69, 80
<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>	17	COBENFY	30	<i>cyclosporine modified</i>	69
<i>chlorhexidine gluconate</i>	54	COBENFY STARTER PACK	30	<i>cyproheptadine hcl</i>	109
<i>chloroquine phosphate</i>	26	CODEINE SULFATE	85	<i>cyred eq</i>	96
<i>chlorpromazine hcl</i>	29	<i>colchicine</i>	24	CYSTAGON	63
<i>chlorthalidone</i>	42	<i>colchicine-probenecid</i>	24	D	
<i>cholestyramine</i>	40	<i>colesevelam hcl</i>	40	<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	140
<i>cholestyramine light</i>	40	<i>colestipol hcl</i>	40	<i>dalfampridine er</i>	48
<i>ciclopirox</i>	107	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	89	<i>danazol</i>	65
<i>ciclopirox olamine</i>	107	COMBIVENT RESPIMAT	53	<i>dantrolene sodium</i>	143
<i>cilostazol</i>	141	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	2	DANZITEN	3
CIMDUO	111	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	2	<i>dapagliflozin propanediol</i>	18
<i>cimetidine</i>	60	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	2	<i>dapsone</i>	110
<i>cinacalcet hcl</i>	46	COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE	120	DAPTACEL	74
<i>ciprofloxacin hcl</i>	78, 94	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	120	<i>daptomycin</i>	90
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	94	COMFORT EZ PEN NEEDLES	120	DAPTOMYCIN	89
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	78	COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES	120	<i>darifenacin hydrobromide er</i>	63
<i>citalopram hydrobromide</i>	103	COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED	120	<i>darunavir</i>	111
<i>claravis</i>	58	COMPLETENATE	144	<i>dasatinib</i>	3
<i>clarithromycin</i>	92	<i>constulose</i>	61	DAURISMO	3
<i>clarithromycin er</i>	92	COPIKTRA	2	DAYBUE	48
CLEVER CHOICE COMFORT EZ	120	COSENTYX	69	<i>deferasirox</i>	88
CLICKFINE PEN NEEDLES	120	COSENTYX (300 MG DOSE)	69	<i>deferiprone</i>	88
<i>clindamycin hcl</i>	89	COSENTYX SENSOREADY (300 MG)	69	DELSTRIGO	111
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	89	COSENTYX UNOREADY	69	<i>demeclocycline hcl</i>	95
<i>clindamycin phos (once-daily)</i>	59	COTELLIC	2	DEPO-SUBQ PROVERA	104
<i>clindamycin phosphate</i>	59, 88, 89	CREON	142	.....	68
<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	89	CRESEMBA	108	DERMACEA GAUZE SPONGE	121
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN D5W	89	<i>cromolyn sodium</i>	50, 61, 81	DERMACEA IV DRAIN SPONGES	121
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL	89	CURITY ALL PURPOSE SPONGES	120	DERMACEA NON-WOVEN SPONGES	121
<i>clobazam</i>	98	CURITY GAUZE	120	DERMACEA TYPE VII GAUZE	121
<i>clobetasol propionate</i>	55			DESCOVY	111
<i>clobetasol propionate e</i>	55			<i>desipramine hcl</i>	103
<i>clomipramine hcl</i>	103			<i>desloratadine</i>	109
<i>clonazepam</i>	16			<i>desmopressin ace spray refrig</i>	67
<i>clonidine</i>	34			<i>desmopressin acetate</i>	67
<i>clonidine hcl</i>	34			<i>desmopressin acetate spray</i>	67
				<i>desonide</i>	55, 56

desoximetasone 56
 DESVENLAFAXINE ER 104
desvenlafaxine succinate er.. 104
dexamethasone..... 66
dexamethasone sodium phosphate..... 80
dexlansoprazole 60
dexmethylphenidate hcl 48
dextroamphetamine sulfate..... 48
dextrose-nacl..... 138
dextrose-sodium chloride 138
 DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE 138
 DIACOMIT 98
 DIATHRIVE PEN NEEDLE 121
diazepam..... 16, 98
diazepam intensol 16
diazoxide..... 81
diclofenac epolamine..... 84
diclofenac potassium 84
diclofenac sodium..... 80, 84
diclofenac sodium er 84
diclofenac-misoprostol..... 84
dicloxacillin sodium..... 94
dicyclomine hcl..... 61
 DIFICID 92
diflunisal 84
difluprednate..... 80
digoxin 37, 38
 DIGOXIN 37
dihydroergotamine mesylate .. 24
 DILANTIN 98
diltiazem hcl..... 37
diltiazem hcl er 37
diltiazem hcl er beads 37
diltiazem hcl er coated beads .37
dilt-xr 37
dimethyl fumarate 48
dimethyl fumarate starter pack 48
diphenhydramine hcl 109
diphenoxylate-atropine 61
dipyridamole..... 141
disulfiram..... 15
divalproex sodium 98, 99
divalproex sodium er..... 98
dofetilide 35
donepezil hcl..... 17
dorzolamide hcl..... 77
dorzolamide hcl-timolol mal.. 77

dorzolamide hcl-timolol mal pf 77
 DOVATO 111
doxazosin mesylate 34
doxepin hcl..... 47, 104
doxy 100..... 95
doxycycline hyclate..... 95
doxycycline monohydrate 95
 DRIZALMA SPRINKLE 104
dronabinol..... 25
 DROPLET INSULIN SYRINGE..... 121
 DROPLET MICRON 121
 DROPLET PEN NEEDLES.121
 DROPSAFE ALCOHOL PREP 121
 DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 121
 DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 122
droxidopa..... 35
 DRUG MART ULTRA COMFORT SYR..... 122
 DRUG MART UNIFINE PENTIPS 122
duloxetine hcl..... 104
 DUPIXENT 69, 70
dutasteride 63
dutasteride-tamsulosin hcl..... 63
E
 EASY COMFORT ALCOHOL PADS 122
 EASY COMFORT INSULIN SYRINGE..... 122
 EASY COMFORT PEN NEEDLES 122
 EASY GLIDE PEN NEEDLES 122
 EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 122
 EASY TOUCH FLIPLOCK SAFETY SYR 122
 EASY TOUCH INSULIN BARRELS 122
 EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 122, 123
 EASY TOUCH INSULIN SYRINGE..... 123
 EASY TOUCH PEN NEEDLES 123

EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 123
 EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 123
econazole nitrate..... 108
 EDURANT 111
 EDURANT PED..... 111
efavirenz..... 111
efavirenz-emtricitab-tenofo df 111
efavirenz-lamivudine-tenofovir 111
eletriptan hydrobromide 24
 ELIGARD..... 3
 ELIQUIS..... 140
 ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK..... 140
 ELMIRON 81
eluryng 96
 EMBECTA AUTOSHIELD DUO..... 123
 EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT..... 123
 EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 123
 EMBECTA INSULIN SYRINGE 123
 EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 123
 EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 124
 EMBECTA PEN NEEDLE NANO..... 124
 EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 124
 EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 124
 EMBRACE PEN NEEDLES 124
 EMGALITY 24, 25
 EMGALITY (300 MG DOSE) 24
 EMPRICAIN-II 87
 EMSAM..... 104
emtricitabine 111
emtricitabine-tenofovir df.... 111, 112
emtricitab-rilpivir-tenofov df 112
 EMTRIVA 112
enalapril maleate..... 43

enalapril-hydrochlorothiazide 43
 ENBREL 70
 ENBREL MINI 70
 ENBREL SURECLICK 70
endocet 85, 86
 ENGERIX-B 74
enilloring 96
enoxaparin sodium 140
 ENSPRYNG 48
entacapone 28
entecavir 116
 ENTRESTO 38
enulose 61
 ENVARUS XR 70
 EPIDIOLEX 99
epinastine hcl 81
epinephrine 38
eplerenone 44
 EPRONTIA 99
 EQL ALCOHOL SWABS... 124
 EQL GAUZE 124
 EQL INSULIN SYRINGE ... 124
ergotamine-caffeine 25
 ERIVEDGE 3
 ERLEADA 3
erlotinib hcl 3
errin 96
 ERY 59
erythromycin 59, 78, 93
erythromycin base 93
erythromycin ethylsuccinate ... 93
 ERZOFRI 30
escitalopram oxalate 104
eslicarbazepine acetate 99
esomeprazole magnesium 60
estarylla 96
estazolam 16
estradiol 65
estradiol-norethindrone acet... 66
ethambutol hcl 110
ethosuximide 99
etodolac 84
etodolac er 84
etonogestrel-ethinyl estradiol. 96
etravirine 112
 EUCRISA 56
 EULEXIN 4
everolimus 4, 70
 EVOTAZ 112

EXEL COMFORT POINT PEN
 NEEDLE 124
exemestane 4
ezetimibe 40
ezetimibe-simvastatin 40
F
famciclovir 116
famotidine 60
 FANAPT 30
 FANAPT TITRATION PACK
 A 30
 FANAPT TITRATION PACK
 B 31
 FANAPT TITRATION PACK
 C 31
 FARXIGA 18
 FASENRA 50
 FASENRA PEN 50
febuxostat 24
felbamate 99
felodipine er 40
fenofibrate 41
fenofibrate micronized 40
fenofibric acid 41
fentanyl 86
 FETZIMA 104
 FETZIMA TITRATION 104
 FIASP 21
 FIASP FLEXTOUCH 21
 FIASP PENFILL 21
finasteride 63
 FINTEPLA 99
 FIRMAGON 4
 FIRMAGON (240 MG DOSE) 4
flavoxate hcl 63
flecainide acetate 35
fluconazole 108
fluconazole in sodium chloride
 108
flucytosine 108
fludrocortisone acetate 66
flunisolide 80
fluocinolone acetonide 56, 80
fluocinolone acetonide body... 56
fluocinolone acetonide scalp .. 56
fluocinonide 56
fluocinonide emulsified base... 56
fluoritab 144
fluorometholone 80
fluorouracil 58

fluoxetine hcl 104, 105
fluphenazine decanoate 31
fluphenazine hcl 31
flurbiprofen 84
flurbiprofen sodium 80
fluticasone propionate 56, 80
fluticasone propionate hfa 52
fluticasone-salmeterol 52
fluvastatin sodium 41
fluvastatin sodium er 41
fluvoxamine maleate 105
fluvoxamine maleate er 105
 FOLIVANE-OB 144
fondaparinux sodium 141
fosamprenavir calcium 112
fosfomycin tromethamine 90
fosinopril sodium 43
fosinopril sodium-hctz 43
 FOTIVDA 4
 FRUZAQLA 4
 FULPHILA 142
furosemide 42
fyavolv 66
 FYCOMPA 99
G
gabapentin 99
galantamine hydrobromide 17
galantamine hydrobromide er 17
gallifrey 68
 GAMMAGARD 70
 GAMMAGARD S/D LESS IGA
 70
 GAMMAPLEX 70
 GAMUNEX-C 70
 GARDASIL 9 74
gatifloxacin 79
 GAUZE PADS 124
 GAUZE TYPE VII MEDI-PAK
 124
 GAVILYTE-C 62
gavilyte-g 62
gavilyte-n with flavor pack 62
 GAVRETO 4
gefitinib 4
gemfibrozil 41
generlac 61
gentamicin in saline 89
gentamicin sulfate 59, 79, 89
 GENVOYA 112
 GILOTRIF 4

<i>glatiramer acetate</i>	48	<i>haloette</i>	96	<i>hydrochlorothiazide</i>	42
GLEOSTINE	4	<i>haloperidol</i>	31	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> ..	86
<i>glimepiride</i>	24	<i>haloperidol decanoate</i>	31	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	86
<i>glipizide</i>	24	<i>haloperidol lactate</i>	31	<i>hydrocortisone</i>	45, 57, 66
<i>glipizide er</i>	24	HAVRIX.....	74	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	56
<i>glipizide-metformin hcl</i>	24	HEALTHWISE INSULIN		<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>	
GLOBAL ALCOHOL PREP		SYR/NEEDLE.....	125	.....	57
EASE	124	HEALTHWISE MICRON PEN		<i>hydrocortisone butyrate</i>	57
GLOBAL EASE INJECT PEN		NEEDLES	125	<i>hydrocortisone valerate</i>	57
NEEDLES	124	HEALTHWISE SHORT PEN		<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	79
GLOBAL EASY GLIDE		NEEDLES	125	<i>hydromorphone hcl</i>	86
INSULIN SYR	124	HEALTHY ACCENTS		<i>hydroxychloroquine sulfate</i> ...	26,
GLOBAL INJECT EASE		UNIFINE PENTIP.....	125	27	
INSULIN SYR	124	<i>heather</i>	96	<i>hydroxyurea</i>	5
<i>glucagon emergency</i>	82	H-E-B INCONTROL		<i>hydroxyzine hcl</i>	109, 110
GLUCOPRO INSULIN		ALCOHOL	125	<i>hydroxyzine pamoate</i>	82
SYRINGE.....	124	H-E-B INCONTROL PEN		HYFTOR	58
<i>glyburide</i>	24	NEEDLES	126	I	
<i>glyburide-metformin</i>	24	<i>heparin sodium (porcine)</i>	141	<i>ibandronate sodium</i>	46
<i>glycopyrrolate</i>	17, 61	HEPLISAV-B	74	IBRANCE.....	5
GLYXAMBI.....	18	HERNEXEOS	5	IBTROZI	5
GNP CLICKFINE PEN		HIBERIX	74	<i>ibu</i>	84
NEEDLES	125	HM STERILE ALCOHOL		<i>ibuprofen</i>	84
GNP INSULIN SYRINGE... 125		PREP.....	126	<i>icatibant acetate</i>	38
GNP INSULIN SYRINGES 125		HM STERILE PADS.....	126	ICLUSIG	5
GNP INSULIN SYRINGES		HM ULTICARE INSULIN		<i>icosapent ethyl</i>	41
29GX1/2	125	SYRINGE.....	126	IDHIFA.....	5
GNP INSULIN SYRINGES		HM ULTICARE SHORT PEN		ILEVRO.....	80
30GX5/16	125	NEEDLES	126	<i>imatinib mesylate</i>	5
GNP INSULIN SYRINGES		HUMALOG.....	21, 22	IMBRUVICA	5
31GX5/16	125	HUMALOG JUNIOR		<i>imipramine hcl</i>	105
GNP PEN NEEDLES	125	KWIKPEN.....	21	<i>imipramine pamoate</i>	105
GNP STERILE GAUZE.....	125	HUMALOG KWIKPEN	21	<i>imiquimod</i>	58
GNP ULTRA COM INSULIN		HUMALOG MIX 50/50.....	21	IMKELDI	5
SYRINGE.....	125	HUMALOG MIX 50/50		IMOVAX RABIES.....	74
GOMEKLI.....	4	KWIKPEN.....	21	IMPAVIDO	27
GOODSENSE ALCOHOL		HUMALOG MIX 75/25.....	21	<i>incassia</i>	96
SWABS	125	HUMALOG MIX 75/25		INCONTROL ULTICARE PEN	
GOODSENSE CLICKFINE		KWIKPEN.....	21	NEEDLES	126
PEN NEEDLE.....	125	HUMALOG TEMPO PEN.....	22	INCRELEX.....	67
GOODSENSE PEN NEEDLE		HUMULIN 70/30	22	<i>indapamide</i>	42
PENFINE.....	125	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	22	<i>indomethacin</i>	84
<i>granisetron hcl</i>	25	HUMULIN N	22	<i>indomethacin er</i>	84
<i>griseofulvin microsize</i>	108	HUMULIN N KWIKPEN	22	INFANRIX	74
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> ...	108	HUMULIN R.....	22	INLYTA	5
<i>guanfacine hcl er</i>	49	HUMULIN R U-500		INQOVI.....	5
H		(CONCENTRATED).....	22	INREBIC	6
HADLIMA	70	HUMULIN R U-500		INSULIN GLARGINE	22
HADLIMA PUSHTOUCH	70	KWIKPEN.....	22	<i>insulin glargine max solostar</i> ..	22
<i>halobetasol propionate</i>	56	<i>hydralazine hcl</i>	38	<i>insulin glargine solostar</i>	22

INSULIN GLARGINE	JAYPIRCA	6	KROGER PEN NEEDLES ..	127
SOLOSTAR	JENTADUETO.....	18	KYLEENA	96
<i>insulin lispro</i>	JENTADUETO XR.....	18	L	
<i>insulin lispro (1 unit dial)</i>	<i>jinteli</i>	66	<i>labetalol hcl</i>	36
<i>insulin lispro junior kwikpen</i> ..	JOURNAVX.....	86	<i>lacosamide</i>	99
<i>insulin lispro prot & lispro</i>	JULUCA.....	112	<i>lactulose</i>	61
INSULIN SYRINGE.....	JYLAMVO	6	<i>lamivudine</i>	112, 113
INSULIN SYRINGE/NEEDLE	JYNNEOS	74	<i>lamivudine-zidovudine</i>	113
.....	K		<i>lamotrigine</i>	99, 100
INSULIN SYRINGE-NEEDLE	KALETRA.....	112	<i>lamotrigine er</i>	99
U-100.....	KALYDECO	50	<i>lamotrigine starter kit-blue</i> ...	100
INSUPEN PEN NEEDLES..	<i>kcl in dextrose-nacl</i>	138	<i>lamotrigine starter kit-green</i>	100
INSUPEN SENSITIVE	KCL IN DEXTROSE-NACL		<i>lamotrigine starter kit-orange</i>	
INSUPEN ULTRAFIN .....	.....	138	.....	100
INSUPEN32G EXTR3ME ...	KCL-LACTATED RINGERS-		<i>lansoprazole</i>	60
INTELENCE	D5W	138	LANTUS	23
INVEGA HAFYERA.....	KENDALL HYDROPHILIC		LANTUS SOLOSTAR.....	23
INVEGA SUSTENNA.....	FOAM DRESS	126	<i>lapatinib ditosylate</i>	7
INVEGA TRINZA	KENDALL HYDROPHILIC		<i>latanoprost</i>	77
IPOL	FOAM PLUS.....	127	LAZCLUZE.....	7
<i>ipratropium bromide</i>	KERENDIA.....	44	LEADER INSULIN SYRINGE	
<i>ipratropium-albuterol</i>	KESIMPTA	49	.....	127
<i>irbesartan</i>	<i>ketoconazole</i>	108	LEADER UNIFINE PENTIPS	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	<i>ketorolac tromethamine</i> ...	80, 84	.....	127
.....	KINERET	71	LEADER UNIFINE PENTIPS	
ISENTRESS	KINRAY INSULIN SYRINGE		PLUS.....	127
ISENTRESS HD .....	.....	127	<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	115
<i>isibloom</i>	KINRIX	75	<i>leflunomide</i>	71
ISOLYTE-P IN D5W	<i>kionex</i>	61	<i>lenalidomide</i>	7
ISOLYTE-S.....	KISQALI (200 MG DOSE).....	6	LENVIMA (10 MG DAILY	
ISOLYTE-S PH 7.4.....	KISQALI (400 MG DOSE).....	6	DOSE)	7
<i>isoniazid</i>	KISQALI (600 MG DOSE).....	6	LENVIMA (12 MG DAILY	
<i>isosorbide dinitrate</i>	KISQALI FEMARA (200 MG		DOSE)	7
<i>isosorbide mononitrate</i>	DOSE)	6	LENVIMA (14 MG DAILY	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	KISQALI FEMARA (400 MG		DOSE)	7
<i>isotretinoin</i>	DOSE)	6	LENVIMA (18 MG DAILY	
ITOVEBI	KISQALI FEMARA (600 MG		DOSE)	7
<i>itraconazole</i>	DOSE)	6	LENVIMA (20 MG DAILY	
<i>ivabradine hcl</i>	KLOXXADO.....	15	DOSE)	7
<i>ivermectin</i>	KMART VALU INSULIN		LENVIMA (24 MG DAILY	
IWILFIN.....	SYRINGE 29G.....	127	DOSE)	7
IXIARO	KMART VALU INSULIN		LENVIMA (4 MG DAILY	
J	SYRINGE 30G	127	DOSE)	7
J & J GAUZE	KORLYM.....	19	LENVIMA (8 MG DAILY	
JAKAFI	KOSELUGO.....	6	DOSE)	7
<i>jantoven</i>	KOSHER PRENATAL PLUS		<i>letrozole</i>	7
JANUMET	IRON	144	<i>leucovorin calcium</i>	82
JANUMET XR.....	KRAZATI.....	6	LEUKERAN.....	7
JANUVIA.....	KROGER INSULIN SYRINGE		<i>leuprolide acetate</i>	7
JARDIANCE.....	.....	127		

LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH)	7
<i>levalbuterol hcl</i>	53
<i>levalbuterol tartrate</i>	53
<i>levetiracetam</i>	100
<i>levetiracetam er</i>	100
<i>levobunolol hcl</i>	77
<i>levocarnitine</i>	82
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	110
<i>levofloxacin</i>	94
<i>levofloxacin in d5w</i>	94
<i>levonest</i>	96
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	96
<i>levothyroxine sodium</i>	64
<i>levoxyl</i>	64
<i>l-glutamine</i>	82
<i>lidocaine</i>	87
<i>lidocaine hcl</i>	87
<i>lidocaine viscous hcl</i>	88
<i>lidocaine-prilocaine</i>	88
LILETTA (52 MG)	96
<i>linezolid</i>	90
LINZESS	61
<i>lisinopril</i>	43
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	43
LITETOUCH INSULIN SYRINGE	127
LITETOUCH PEN NEEDLES	127
<i>lithium</i>	49
<i>lithium carbonate</i>	49
LITHIUM CARBONATE	49
<i>lithium carbonate er</i>	49
LIVTENCITY	115
LOKELMA	62
LONSURF	7
<i>loperamide hcl</i>	62
<i>lopinavir-ritonavir</i>	113
<i>lorazepam</i>	16
<i>lorazepam intensol</i>	16
LORBRENA	8
<i>losartan potassium</i>	39
<i>losartan potassium-hctz</i>	39
<i>loteprednol etabonate</i>	80
<i>lovastatin</i>	41
<i>loxapine succinate</i>	32
<i>lubiprostone</i>	62
LUMAKRAS	8
LUMIGAN	77

LUPRON DEPOT (1-MONTH)	8, 67
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	8, 67
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	8
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	8
<i>lurasidone hcl</i>	32
<i>lutea</i>	96
LUTRATE DEPOT	8
LYBALVI	32
<i>lyleq</i>	97
LYNPARZA	8
LYSODREN	8
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	8
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	8
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	8
<i>lyza</i>	97
M	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR	127, 128
<i>magnesium sulfate</i>	138
MAGNESIUM SULFATE ...	138
<i>malathion</i>	59
<i>maraviroc</i>	113
MARPLAN	105
MATULANE	8
MAVYRET	115
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE	128
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE	128
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	128
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2	128
<i>meclizine hcl</i>	26
MEDIC INSULIN SYRINGE	128
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES	128
MEDPURA ALCOHOL PADS	128
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	68
<i>mefloquine hcl</i>	27
<i>megestrol acetate</i>	8, 68

MEIJER ALCOHOL SWABS	128
MEIJER PEN NEEDLES	128
MEKINIST	8, 9
MEKTOVI	9
<i>meleya</i>	97
<i>meloxicam</i>	84
<i>memantine hcl</i>	17
<i>memantine hcl er</i>	17
MENQUADFI	75
MENVEO	75
<i>meprobamate</i>	16
<i>mercaptopurine</i>	9
<i>mesalamine</i>	45
<i>mesalamine er</i>	45
<i>mesna</i>	82
<i>metformin hcl</i>	19
<i>metformin hcl er</i>	19
<i>methadone hcl</i>	86
METHADONE HCL	86
<i>methazolamide</i>	77
<i>methenamine hippurate</i>	90
<i>methimazole</i>	64
<i>methotrexate sodium</i>	9
METHOTREXATE SODIUM	9
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	9
<i>methsuximide</i>	100
<i>methylphenidate hcl</i>	49
<i>methylphenidate hcl er</i>	49
<i>methylphenidate hcl er (osm)</i>	49
<i>methylprednisolone</i>	66
<i>metoclopramide hcl</i>	62
<i>metolazone</i>	42
<i>metoprolol succinate er</i>	36
<i>metoprolol tartrate</i>	36
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	36
<i>metronidazole</i>	59, 88, 90
<i>metryrosine</i>	38
<i>mexiletine hcl</i>	35
<i>micafungin sodium</i>	108
MICONAZOLE 3	108
MICRODOT PEN NEEDLE	128
<i>midazolam hcl</i>	16
<i>midazolam hcl (pf)</i>	16
<i>midodrine hcl</i>	35
<i>mifepristone</i>	19
<i>miglustat</i>	142
<i>mili</i>	97
<i>minocycline hcl</i>	95

<i>minoxidil</i>	44	<i>nateglinide</i>	19	NOVOFINE PLUS PEN	
MIRASORB SPONGES	128	NAYZILAM.....	100	NEEDLE.....	129
MIRENA (52 MG)	97	<i>nebivolol hcl</i>	36	NOVOLIN R FLEXPEN.....	23
<i>mirtazapine</i>	105	<i>nefazodone hcl</i>	105	NOVOLOG	23
<i>misoprostol</i>	60	NEFAZODONE HCL	105	NOVOLOG FLEXPEN.....	23
MM PEN NEEDLES.....	128	<i>neomycin sulfate</i>	89	NOVOLOG MIX 70/30.....	23
M-M-R II.....	75	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>		NOVOLOG MIX 70/30	
M-NATAL PLUS	144	.....	79	FLEXPEN.....	23
<i>modafinil</i>	47	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>		NOVOLOG PENFILL.....	23
MODEYSO	9	.....	79	NOVOTWIST PEN NEEDLE	
<i>moexipril hcl</i>	43	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>		.....	129
<i>molindone hcl</i>	32	.....	79	NUBEQA.....	9
<i>mometasone furoate</i>	57, 80	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	79	NUEDEXTA.....	49
MONOJECT INSULIN		NERLYNX	9	NUPLAZID	32
SYRINGE.....	128, 129	NEUPRO	28	NUVAKAAN-II	88
MONOJECT ULTRA		<i>nevirapine</i>	113	<i>nylia 1/35</i>	97
COMFORT SYRINGE	129	<i>nevirapine er</i>	113	<i>nylia 7/7/7</i>	97
<i>montelukast sodium</i>	52	NEXLETOL	41	<i>nystatin</i>	108, 109
MORPHINE SULFATE...86, 87		NEXLIZET	41	<i>nystatin-triamcinolone</i>	109
<i>morphine sulfate (concentrate)</i>		NEXPLANON.....	97	O	
.....	86	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	41	OBSTETRIX DHA.....	144
<i>morphine sulfate er</i>	86	<i>nicardipine hcl</i>	40	<i>octreotide acetate</i>	67
MOUNJARO.....	19	NICOTROL NS.....	15	ODEFSEY	113
MOVANTIK	62	<i>nifedipine er</i>	40	ODOMZO.....	9
<i>moxifloxacin hcl</i>	79, 95	<i>nifedipine er osmotic release</i>	40	OFEV	50
MOXIFLOXACIN HCL	95	<i>nikki</i>	97	<i>ofloxacin</i>	79, 95
MOXIFLOXACIN HCL IN		<i>nilutamide</i>	9	OGSIVEO.....	9
NACL	94	NINLARO	9	OJEMDA	9
MRESVIA	75	<i>nisoldipine er</i>	40	OJJAARA.....	9
MS INSULIN SYRINGE	129	<i>nitazoxanide</i>	27	<i>olanzapine</i>	32, 33
MULTAQ.....	35	NITRO-BID	44	<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>	105,
<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i>	138	NITRO-DUR	44	106	
<i>multiple electro type 1 ph 7.4</i>	138	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ...	90	<i>olmesartan medoxomil</i>	39
<i>mupirocin</i>	59	<i>nitroglycerin</i>	44, 45, 82	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	39
<i>mupirocin calcium</i>	59	NIVA-PLUS	144	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	39
<i>mycophenolate mofetil</i>	71	<i>nizatidine</i>	61	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	41
<i>mycophenolate sodium</i>	71	<i>norelgestromin-eth estradiol</i> ..	97	<i>omeprazole</i>	61
MYRBETRIQ.....	63	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	97	OMNITROPE	67
N		<i>norethindrone</i>	97	<i>ondansetron</i>	26
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	62	<i>norethindrone acetate</i>	68	<i>ondansetron hcl</i>	26
<i>nabumetone</i>	85	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	66	ONUREG.....	9
<i>nadolol</i>	36	<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	97	OPIPZA	33
<i>nafcillin sodium</i>	94	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	97	OPSUMIT	83
<i>nafrinse drops</i>	144	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	97	ORENCIA	71
<i>naloxone hcl</i>	15	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	97	ORENCIA CLICKJECT	71
<i>naltrexone hcl</i>	15	<i>nortrel 7/7/7</i>	97	ORGOVYX	67
<i>naproxen</i>	85	<i>nortriptyline hcl</i>	105	ORKAMBI	50
<i>naproxen dr</i>	85	NORVIR.....	113	<i>orphenadrine citrate er</i>	143
<i>naproxen sodium</i>	85	NOVOFINE AUTOCOVER	129	<i>orquidea</i>	97
<i>naratriptan hcl</i>	25	NOVOFINE PEN NEEDLE	129	ORSERDU.....	10

<i>oseltamivir phosphate</i>	115	<i>perphenazine</i>	33	<i>pravastatin sodium</i>	41
OTEZLA	71	<i>perphenazine-amitriptyline</i> ...	106	<i>praziquantel</i>	27
<i>oxaprozin</i>	85	PERSERIS	33	<i>prazosin hcl</i>	35
<i>oxcarbazepine</i>	100	<i>phenelzine sulfate</i>	106	PRECISION SURE-DOSE	
<i>oxybutynin chloride</i>	64	<i>phenobarbital</i>	100	SYRINGE	130
<i>oxybutynin chloride er</i>	63	<i>phenytek</i>	100	<i>prednisolone</i>	66
<i>oxycodone hcl</i>	87	<i>phenytoin</i>	100	<i>prednisolone acetate</i>	80
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	87	<i>phenytoin sodium extended</i> ...	101	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5		PIFELTRO.....	113	.....	66, 81
MG/DOSE).....	19	<i>pilocarpine hcl</i>	54, 77	<i>prednisone</i>	67
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	19	<i>pimecrolimus</i>	57	PREDNISONE INTENSOL...67	
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	19	<i>pimozide</i>	33	PREFERRED PLUS INSULIN	
P		<i>pindolol</i>	36	SYRINGE	130
<i>paliperidone er</i>	33	<i>pioglitazone hcl</i>	20	PREFERRED PLUS UNIFINE	
PANRETIN	58	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i> ...20		PENTIPS	130
<i>pantoprazole sodium</i>	61	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>		<i>pregabalin</i>	101
<i>paricalcitol</i>	46	.....	20	PREMARIN.....	66
<i>paroxetine hcl</i>	106	PIP PEN NEEDLES 31G X		PRENA 1 TRUE.....	144
<i>paroxetine hcl er</i>	106	5MM	130	PRENAISSANCE.....	144
PAXLOVID (150/100).....	115	PIP PEN NEEDLES 32G X		PRENAISSANCE PLUS.....	144
PAXLOVID (300/100 &		4MM	130	PRENATABS FA.....	144
150/100).....	115	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>		PRENATAL	144
PAXLOVID (300/100).....	115	.....	94	PRENATAL-U	144
<i>pazopanib hcl</i>	10	PIQRAY (200 MG DAILY		PREPLUS	144
PC UNIFINE PENTIPS	129	DOSE)	10	PRETAB.....	145
PEDIARIX	75	PIQRAY (250 MG DAILY		<i>prevalite</i>	41
PEDVAX HIB	75	DOSE)	10	PREVENT DROPSAFE PEN	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> ..62		PIQRAY (300 MG DAILY		NEEDLES	130
<i>peg-3350/electrolytes</i>	62	DOSE)	10	PREVENT SAFETY PEN	
PEGASYS	116	<i>pirfenidone</i>	50, 51	NEEDLES	130
PEMAZYRE.....	10	<i>piroxicam</i>	85	PREVYMIS	115
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP		PNV 27-CA/FE/FA	144	PREZCOBIX	113
.....	129	PNV TABS 29-1.....	144	PREZISTA.....	113
PEN NEEDLES.....	129	PNV-DHA+DOCUSATE.....	144	PRIFTIN	110
PENBRAYA.....	75	PNV-OMEGA	144	PRIMAQUINE PHOSPHATE	
<i>penicillamine</i>	88	<i>podofilox</i>	58	.....	27
<i>penicillin g potassium</i>	94	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>.....79		<i>primidone</i>	101
<i>penicillin g sodium</i>	94	POMALYST.....	10	PRIORIX	75
<i>penicillin v potassium</i>	94	<i>posaconazole</i>	109	PRIZOPAK II	88
PENMENVY	75	<i>potassium chloride</i>	139	PRO COMFORT ALCOHOL	
PENTACEL.....	75	POTASSIUM CHLORIDE ..	139	.....	130
<i>pentamidine isethionate</i>	27	<i>potassium chloride crys er</i> ..138,		PRO COMFORT INSULIN	
PENTIPS	129	139		SYRINGE	130
PENTIPS GENERIC PEN		<i>potassium chloride er</i>	139	PRO COMFORT PEN	
NEEDLES	130	POTASSIUM CHLORIDE IN		NEEDLES	130
<i>pentoxifylline er</i>	142	NACL	139	PROAIR RESPICLICK.....	53
<i>perampanel</i>	100	<i>potassium citrate er</i>	139	<i>probenecid</i>	24
<i>perindopril erbumine</i>	43	POTASSIUM CL IN		<i>prochlorperazine</i>	26
<i>periogard</i>	54	DEXTROSE 5%.....	139	<i>prochlorperazine maleate</i>.....26	
<i>permethrin</i>	59	<i>pramipexole dihydrochloride</i> .28		<i>procto-med hc</i>	57

<i>proctosol hc</i>	57	RABAVERT.....	75	<i>rivaroxaban</i>	141
<i>proctozone-hc</i>	57	RALDESY.....	106	<i>rivastigmine</i>	18
PRODIGY INSULIN		<i>raloxifene hcl</i>	66	<i>rivastigmine tartrate</i>	17
SYRINGE.....	130	<i>ramelteon</i>	47	<i>rizatriptan benzoate</i>	25
<i>progesterone</i>	68	<i>ramipril</i>	44	ROCKLATAN.....	78
PROGRAF.....	71	<i>ranolazine er</i>	38	<i>roflumilast</i>	51
PROLASTIN-C.....	51	<i>rasagiline mesylate</i>	28	ROMVIMZA.....	10
PROLIA.....	46	RAVICTI.....	62	<i>ropinirole hcl</i>	28
PROMACTA.....	142	RAYA SURE PEN NEEDLE		<i>ropinirole hcl er</i>	28
<i>promethazine hcl</i>	26, 110	.....	131	<i>rosuvastatin calcium</i>	42
<i>promethegan</i>	26	REALITY INSULIN SYRINGE		ROTARIX.....	76
<i>propafenone hcl</i>	35	.....	131	ROTATEQ.....	76
<i>propranolol hcl</i>	36	REALITY SWABS.....	131	ROZLYTREK.....	11
<i>propranolol hcl er</i>	36	RECOMBIVAX HB.....	75, 76	RUBRACA.....	11
<i>propylthiouracil</i>	64	RELENZA DISKHALER ...	116	<i>rufinamide</i>	101
PROQUAD.....	75	RELION ALCOHOL SWABS		RUKOBIA.....	114
<i>protriptyline hcl</i>	106	.....	131	RYBELSUS.....	20
PULMOZYME.....	142	RELION INSULIN SYRINGE		RYBELSUS (FORMULATION	
PURE COMFORT ALCOHOL		.....	131	R2).....	20
PREP.....	130	RELI-ON INSULIN SYRINGE		RYDAPT.....	11
PURE COMFORT PEN		.....	131	RYTARY.....	28
NEEDLE.....	130	RELION MINI PEN NEEDLES		S	
PURE COMFORT SAFETY		.....	132	<i>sacubitril-valsartan</i>	39
PEN NEEDLE.....	131	RELION PEN NEEDLES ...	132	SAFETY INSULIN SYRINGES	
PX SHORTLENGTH PEN		<i>repaglinide</i>	20	.....	132
NEEDLES.....	131	REPATHA.....	41	SAFETY PEN NEEDLES...	132
<i>pyrazinamide</i>	110	REPATHA SURECLICK.....	41	SANTYL.....	58
<i>pyridostigmine bromide</i>	82	RESTORE CONTACT LAYER		<i>sapropterin dihydrochloride</i>	143
<i>pyridostigmine bromide er</i>	82	.....	132	SAVELLA.....	50
<i>pyrimethamine</i>	27	RETACRIT.....	142	SAVELLA TITRATION PACK	
Q		RETEVMO.....	10	.....	50
QC ALCOHOL SWABS.....	131	REVCovi.....	142	SB ALCOHOL PREP.....	132
QC BORDER ISLAND		REVUFORJ.....	10	SB INSULIN SYRINGE.....	132
GAUZE.....	131	REXULTI.....	33	SCSEMBLIX.....	11
QINLOCK.....	10	REYATAZ.....	113	<i>scopolamine</i>	26
QUADRACEL.....	75	REZDIFFRA.....	64	SECUADO.....	34
<i>quetiapine fumarate</i>	33	REZLIDHIA.....	10	SECURESAFE INSULIN	
<i>quetiapine fumarate er</i>	33	REZUROCK.....	71	SYRINGE.....	132
QUICK TOUCH INSULIN		RHOPRESSA.....	78	SECURESAFE SAFETY PEN	
PEN NEEDLE.....	131	<i>ribavirin</i>	116	NEEDLES.....	132
<i>quinapril hcl</i>	43	<i>rifabutin</i>	110	SELARSDI.....	72
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	44	<i>rifampin</i>	110	SELECT-OB.....	145
<i>quinidine sulfate</i>	35	<i>riluzole</i>	49	<i>selegiline hcl</i>	28
<i>quinine sulfate</i>	27	<i>rimantadine hcl</i>	116	<i>selenium sulfide</i>	59
R		RINVOQ.....	71	SELZENTRY.....	114
RA ALCOHOL SWABS.....	131	RINVOQ LQ.....	71	SE-NATAL 19.....	145
<i>ra clotrimazole</i>	109	<i>risedronate sodium</i>	46	SEREVENT DISKUS.....	53
RA INSULIN SYRINGE.....	131	<i>risperidone</i>	33, 34	<i>sertraline hcl</i>	106
RA PEN NEEDLES.....	131	<i>risperidone microspheres er</i> ...	33	SHINGRIX.....	76
RA STERILE.....	131	<i>ritonavir</i>	113	SIGNIFOR.....	67

<i>sildenafil citrate</i>	83	<i>sulindac</i>	85	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	114
<i>silodosin</i>	63	<i>sumatriptan succinate</i>	25	TEPMETKO.....	12
<i>silver sulfadiazine</i>	59	<i>sunitinib malate</i>	11	<i>terazosin hcl</i>	63
SIMBRINZA.....	78	SUNLENCA.....	114	<i>terbinafine hcl</i>	109
SIMLANDI (1 PEN).....	72	SURE COMFORT ALCOHOL PREP.....	132	<i>terbutaline sulfate</i>	54
SIMLANDI (1 SYRINGE).....	72	SURE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	132	<i>terconazole</i>	88
SIMLANDI (2 PEN).....	72	SURE COMFORT PEN NEEDLES.....	133	TERUMO INSULIN SYRINGE	133
SIMLANDI (2 SYRINGE).....	72	SURE-JECT INSULIN SYRINGE.....	133	<i>testosterone</i>	65
<i>simvastatin</i>	42	SURE-PREP ALCOHOL PREP	133	<i>testosterone cypionate</i>	65
<i>sirolimus</i>	72	SURGICAL GAUZE SPONGE	133	<i>testosterone enanthate</i>	65
SIRTURO.....	110	SYMPAZAN.....	101	<i>tetrabenazine</i>	50
SKYLA.....	97	SYMTUZA.....	114	<i>tetracycline hcl</i>	96
SKYRIZI.....	72	SYNAREL.....	68	THALOMID.....	82
SKYRIZI PEN.....	72	SYNJARDY.....	20	<i>theophylline</i>	54
SM ALCOHOL PREP.....	132	SYNJARDY XR.....	20	<i>theophylline er</i>	54
SM GAUZE.....	132	SYNTHROID.....	64	THERAGAUZE.....	133
<i>sodium chloride</i>	139, 140, 143	T		<i>thioridazine hcl</i>	34
<i>sodium fluoride</i>	145	TABLOID.....	11	<i>thiothixene</i>	34
<i>sodium oxybate</i>	47	TABRECTA.....	11	<i>tiadylt er</i>	37
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	62	<i>tacrolimus</i>	57, 73	<i>tiagabine hcl</i>	101
<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	115	<i>tadalafil</i>	83	TIBSOVO.....	12
SOLQUA.....	23	TAFINLAR.....	11	<i>ticagrelor</i>	142
SOLTAMOX.....	11	TAGRISSO.....	11	TICOVAC.....	76
SOMAVERT.....	68	TAKHZYRO.....	82	TIGECYCLINE.....	96
<i>sorafenib tosylate</i>	11	TALZENNA.....	11	<i>timolol hemihydrate</i>	78
<i>sotalol hcl</i>	36	<i>tamoxifen citrate</i>	11	<i>timolol maleate</i>	36, 78
<i>sotalol hcl (af)</i>	36	<i>tamsulosin hcl</i>	63	<i>tinidazole</i>	27
SPIRIVA RESPIMAT.....	53	TARON-C DHA.....	145	<i>tiotropium bromide</i> <i>monohydrate</i>	54
<i>spironolactone</i>	42	TARON-PREX.....	145	TIVICAY.....	114
<i>spironolactone-hctz</i>	42	TASIGNA.....	12	TIVICAY PD.....	114
<i>sprintec 28</i>	97	TAVNEOS.....	73	<i>tizanidine hcl</i>	143
SPRITAM.....	101	<i>tazarotene</i>	60	TOBI PODHALER.....	89
<i>sps (sodium polystyrene sulf)</i>	62	TAZVERIK.....	12	<i>tobramycin</i>	79, 89
<i>ssd</i>	59	TDVAX.....	76	<i>tobramycin sulfate</i>	89
<i>stavudine</i>	114	TECHLITE INSULIN SYRINGE.....	133	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	79
STELARA.....	72, 73	TECHLITE PEN NEEDLES.....	133	TODAYS HEALTH PEN NEEDLES.....	133
STERILE.....	132	TEFLARO.....	92	TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE.....	133
STERILE GAUZE.....	132	<i>telmisartan</i>	39	<i>tolterodine tartrate</i>	64
STIOLTO RESPIMAT.....	54	<i>telmisartan-amlodipine</i>	39	<i>tolterodine tartrate er</i>	64
STIVARGA.....	11	<i>telmisartan-hctz</i>	39	<i>tolvaptan</i>	42
<i>streptomycin sulfate</i>	89	<i>temazepam</i>	17	TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES.....	133
STRIBILD.....	114	TENIVAC.....	76	TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR.....	133
<i>sucralfate</i>	61			<i>topiramate</i>	101
<i>sulfacetamide sodium</i>	79				
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	59				
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	79				
<i>sulfadiazine</i>	95				
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	95				
<i>sulfasalazine</i>	45				

<i>topiramate er</i>	101	TRUEPLUS INSULIN		ULTRA-COMFORT INSULIN	
<i>toremifene citrate</i>	12	SYRINGE.....	134	SYRINGE.....	136
<i>torsemide</i>	42, 43	TRUEPLUS PEN NEEDLES		ULTRA-THIN II INS SYR	
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	23	.....	134	SHORT.....	136
TOUJEO SOLOSTAR	23	TRULICITY	20	ULTRA-THIN II INSULIN	
TPN ELECTROLYTES	140	TRUMENBA.....	76	SYRINGE.....	136
TRADJENTA	20	TRUQAP	12	ULTRA-THIN II MINI PEN	
<i>tramadol-acetaminophen</i>	87	TUKYSA	12	NEEDLE.....	136
<i>trandolapril</i>	44	TURALIO.....	12	ULTRA-THIN II PEN	
<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	44	TWINRIX.....	76	NEEDLE SHORT	136
<i>tranexamic acid</i>	140	TYBOST.....	82	ULTRA-THIN II PEN	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	106	TYENNE	73	NEEDLES	136
<i>travoprost (bak free)</i>	78	TYMLOS.....	47	UNIFINE OTC PEN NEEDLES	
<i>trazodone hcl</i>	106	TYPHIM VI.....	76	.....	136
TRELEGY ELLIPTA.....	54	U		UNIFINE PEN NEEDLES ...	136
TRELSTAR MIXJECT	12	UBRELVY	25	UNIFINE PENTIPS.....	137
<i>tretinoin</i>	12, 60	ULTICARE INSULIN		UNIFINE PENTIPS PLUS...	137
<i>triamcinolone acetonide</i> ..54, 57,	58	SAFETY SYR	134	UNIFINE PROTECT PEN	
<i>triamterene-hctz</i>	43	ULTICARE INSULIN		NEEDLE.....	137
<i>trientine hcl</i>	88	SYRINGE.....	134	UNIFINE SAFECONTROL	
<i>tri-estarylla</i>	97	ULTICARE MICRO PEN		PEN NEEDLE.....	137
<i>trifluoperazine hcl</i>	34	NEEDLES	134	UNIFINE ULTRA PEN	
<i>trifluridine</i>	79	ULTICARE MINI PEN		NEEDLE.....	137
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	28	NEEDLES	135	UPTRAVI.....	83
TRIJARDY XR	20	ULTICARE PEN NEEDLES		UPTRAVI TITRATION.....	83
TRIKAFTA	51	.....	135	<i>ursodiol</i>	62
<i>trimethobenzamide hcl</i>	26	ULTICARE SHORT PEN		<i>ustekinumab</i>	73
<i>tri-mili</i>	97	NEEDLES	135	V	
<i>trimipramine maleate</i>	106	ULTIGUARD SAFEPACK		<i>valacyclovir hcl</i>	116
TRINTELLIX.....	106	PEN NEEDLE.....	135	VALCHLOR.....	58
<i>tri-sprintec</i>	97	ULTIGUARD SAFEPACK		<i>valganciclovir hcl</i>	116
TRIUMEQ.....	114	SYR/NEEDLE.....	135	<i>valproic acid</i>	101, 102
TRIUMEQ PD.....	114	ULTILET ALCOHOL SWABS		<i>valsartan</i>	39
<i>tropium chloride</i>	64	.....	135	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	
<i>tropium chloride er</i>	64	ULTILET PEN NEEDLE.....	135	.....	39
TRUE COMFORT ALCOHOL		ULTRA COMFORT INSULIN		VALTOCO 10 MG DOSE ...	102
PREP PADS	133	SYRINGE.....	135	VALTOCO 15 MG DOSE ...	102
TRUE COMFORT INSULIN		ULTRA FLO INSULIN PEN		VALTOCO 20 MG DOSE ...	102
SYRINGE.....	133	NEEDLES	135	VALTOCO 5 MG DOSE	102
TRUE COMFORT PEN		ULTRA FLO INSULIN SYR		VALUE HEALTH INSULIN	
NEEDLES	133	1/2 UNIT	136	SYRINGE.....	137
TRUE COMFORT PRO		ULTRA FLO INSULIN		VANDAZOLE.....	88
ALCOHOL PREP	134	SYRINGE.....	136	VANFLYTA.....	12
TRUE COMFORT PRO		ULTRA THIN PEN NEEDLES		VANISHPOINT INSULIN	
INSULIN SYR.....	134	.....	136	SYRINGE.....	137
TRUE COMFORT PRO PEN		ULTRACARE INSULIN		VAQTA	76
NEEDLES	134	SYRINGE.....	136	<i>varidenafil hcl</i>	83
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN		ULTRACARE PEN NEEDLES		<i>varenicline tartrate</i>	15
NEEDLES	134	.....	136	<i>varenicline tartrate (starter)</i> ...	15
				VARIVAX.....	76

VAXCHORA	76	<i>voriconazole</i>	109	XPOVIO (60 MG ONCE	
VEMLIDY.....	114	VOWST	83	WEEKLY).....	14
VENCLEXTA	12	VP INSULIN SYRINGE.....	137	XPOVIO (60 MG TWICE	
VENCLEXTA STARTING		VP-PNV-DHA.....	145	WEEKLY).....	14
PACK	12	VRAYLAR.....	34	XPOVIO (80 MG ONCE	
VENLAFAXINE BESYLATE		VUMERITY	50	WEEKLY).....	14
ER.....	107	<i>vyfemla</i>	98	XPOVIO (80 MG TWICE	
<i>venlafaxine hcl</i>	107	VYZULTA	78	WEEKLY).....	14
<i>venlafaxine hcl er</i>	107	W		XTANDI.....	14
VEOZAH.....	82	<i>warfarin sodium</i>	141	<i>xulane</i>	98
<i>verapamil hcl</i>	37	WEBCOL ALCOHOL PREP		Y	
<i>verapamil hcl er</i>	37	LARGE.....	137	YF-VAX	77
VERIFINE INSULIN PEN		WEGMANS UNIFINE		YONSA	14
NEEDLE	137	PENTIPS PLUS.....	137	<i>yuvafem</i>	66
VERIFINE INSULIN		WELIREG	13	Z	
SYRINGE.....	137	WINREVAIR	51	<i>zafemy</i>	98
VERIFINE PLUS PEN		<i>wixela inhub</i>	52	<i>zafirlukast</i>	52
NEEDLE	137	X		<i>zaleplon</i>	47
VERQUVO.....	38	XALKORI	13	ZARXIO	142
VERSACLOZ.....	34	XARELTO.....	141	ZATEAN-PN DHA	145
VERZENIO	13	XARELTO STARTER PACK		ZATEAN-PN PLUS	145
<i>vigabatrin</i>	102	.....	141	ZEJULA.....	14
<i>vigadrone</i>	102	XATMEP.....	13	ZELBORAF.....	14
<i>vigpoder</i>	102	XCOPRI	102	<i>zenatane</i>	59
VIJOICE	82	XCOPRI (250 MG DAILY		ZENPEP.....	143
<i>vilazodone hcl</i>	107	DOSE)	102	ZEVRX STERILE ALCOHOL	
VIMKUNYA	76	XCOPRI (350 MG DAILY		PREP PAD.....	137
VIRACEPT.....	114	DOSE)	102	<i>zidovudine</i>	115
VIREAD.....	114	XDEMVY.....	79	<i>ziprasidone hcl</i>	34
VIRT-C DHA	145	XERMELO.....	62	<i>ziprasidone mesylate</i>	34
VIRT-NATE DHA	145	XGEVA	47	ZOLINZA	14
VIRT-PN DHA.....	145	XIGDUO XR.....	21	<i>zolpidem tartrate</i>	47
VIRT-PN PLUS.....	145	XIIDRA	81	ZONISADE	102
VITAFOL GUMMIES	145	XOLAIR	51	<i>zonisamide</i>	102
VITAFOL-OB+DHA	145	XOSPATA.....	13	<i>zovia 1/35 (28)</i>	98
VITRAKVI.....	13	XPOVIO (100 MG ONCE		ZTALMY.....	103
VIVOTIF	77	WEEKLY).....	13	ZURZUVAE.....	107
VIZIMPRO.....	13	XPOVIO (40 MG ONCE		ZYDELIG	14
VONJO	13	WEEKLY).....	13	ZYKADIA	14
VOQUEZNA	61	XPOVIO (40 MG TWICE			
VORANIGO.....	13	WEEKLY).....	14		

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 4:30 p.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.