

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS 2 PLATINO



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 \$0 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 Platino Ideal (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Maximo (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Superior (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino 185 (HMO D-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.

H5577_2370725_C



¿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 (lista de medicamentos)?

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

www.mcsclassicare.com

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

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

Podemos realizar estos cambios inmediatos sólo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o agregando 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 una 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 más adelante 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 Platino Ideal (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Maximo (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Superior (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino 185 (HMO D-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 que debe retirarse por razones de seguridad o eficacia, eliminaremos inmediatamente el medicamento de nuestro Formulario y notificaremos a los afiliados que toman el medicamento.
- **Otros cambios:** Podemos realizar otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que se encuentra actualmente en el formulario, o agregar un nuevo biosimilar para reemplazar un producto biológico original que se encuentra actualmente en el formulario, o agregar nuevas restricciones o mover un medicamento que mantenemos en el formulario a un nivel de costo compartido más alto o ambas cosas después de agregar un medicamento correspondiente. Podemos realizar cambios en función de nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada en un medicamento, o movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Alternativamente, cuando un miembro solicita una recarga del medicamento, puede recibir un suministro de 30 días del medicamento y una notificación del cambio.

Si realizamos estos otros cambios, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proveemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Maximo (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Superior (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino 185 (HMO D-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 www.mcsclassicare.com

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento en el formulario:

Condición médica

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

Listado alfabético

Si no está seguro de en qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 124. 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 MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Maximo (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Superior (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino 185 (HMO D-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 Platino Ideal (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Maximo (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Superior (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Total (HMO D-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 a una restricción de cobertura como una autorización previa, una terapia escalonada o un límite de cantidad de 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 o a una restricción de utilización, debe presentarse una declaración de su médico 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 una 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 de MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Maximo (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Superior (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino 185 (HMO D-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 124.

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

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 (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.

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.

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.

MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP)				
Descripción	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Al detal estándar (60 días)	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Orden por correo estándar (30 días)
Medicamento cubierto	\$0	\$0	\$0	\$0

MCS Classicare Platino Maximo (HMO D-SNP)				
Descripción	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Al detal estándar (60 días)	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Orden por correo estándar (30 días)
Medicamento cubierto	\$0	\$0	\$0	\$0

MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP)				
Descripción	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Al detal estándar (60 días)	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Orden por correo estándar (30 días)
Medicamento cubierto	\$0	\$0	\$0	\$0

MCS Classicare Platino Superior (HMO D-SNP)				
Descripción	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Al detal estándar (60 días)	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Orden por correo estándar (30 días)
Medicamento cubierto	\$0	\$0	\$0	\$0

MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP)				
Descripción	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Al detal estándar (60 días)	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Orden por correo estándar (30 días)
Medicamento cubierto	\$0	\$0	\$0	\$0

MCS Classicare Platino 185 (HMO D-SNP)				
Descripción	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Al detal estándar (60 días)	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Orden por correo estándar (30 días)
Medicamento cubierto	\$0	\$0	\$0	\$0

Lista de Medicamentos Cubiertos

Nombre del Medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
AGENTES ANTI CÁNCER		
AGENTES ANTI CÁNCER		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	Abirtega	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	Zytiga	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>abirtega oral tablet 250 mg</i>	Abirtega	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		PA; QL (240 per 30 days); NEDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG		PA; NEDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	Arimidex	MO
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG		PA; QL (240 per 30 days); NEDS
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK ORAL THERAPY PACK 0.8 & 200 MG		PA; NEDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	Targretin	PA; NEDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	Targretin	PA; NEDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	Casodex	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	Requisitos/Límites
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG		PA; QL (180 per 30 days); NEDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		PA; QL (180 per 30 days); NEDS
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG		PA; NEDS
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG		PA; QL (56 per 28 days); NEDS
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		PA; QL (63 per 28 days); NEDS
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL CAPSULE 25 MG		PA-BvsD; NEDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 50 mg</i>		PA-BvsD; NEDS
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg</i>		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	Requisitos/Límites
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG		PA-BvsD; NEDS
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG		PA; QL (112 per 28 days); NEDS
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 50 mg, 70 mg</i>	Phyrago	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>dasatinib oral tablet 140 mg</i>	Phyrago	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	Phyrago	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>dasatinib oral tablet 80 mg</i>	Sprycel	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG		PA; QL (1 per 90 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 30 MG		PA; QL (1 per 120 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 45 MG		PA; QL (1 per 180 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 7.5 MG		PA; QL (1 per 30 days); NEDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg</i>	Tarceva	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 150 mg</i>		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG		PA; NEDS
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Afinitor	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>everolimus oral tablet 2.5 mg</i>	Afinitor	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	Requisitos/Límites
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg</i>	Afinitor Disperz	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	Afinitor Disperz	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	Aromasin	MO
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL		PA; QL (2 per 28 days); NEDS
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG		PA; QL (1 per 28 days); NEDS
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG		PA; QL (21 per 28 days); NEDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG		PA; QL (84 per 28 days); NEDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG		PA; QL (21 per 28 days); NEDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	Iressa	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG		NEDS
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG		NEDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG		PA; QL (224 per 28 days); NEDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG		PA; QL (112 per 28 days); NEDS
GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE 1 MG		PA; QL (224 per 28 days); NEDS
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	Hydrea	NEDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG		PA; QL (21 per 28 days); NEDS
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG		PA; QL (21 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	Requisitos/Límites
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
IDHIFA ORAL TABLET 50 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	Gleevec	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	Gleevec	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG		PA; QL (28 per 28 days); NEDS
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML		PA; QL (216 per 27 days); NEDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG		PA; QL (28 per 28 days); NEDS
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML		PA; QL (280 per 28 days); NEDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG		PA; QL (180 per 30 days); NEDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG		PA; QL (5 per 28 days); NEDS
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG		PA; QL (240 per 30 days); NEDS

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

Nombre del Medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML		PA-BvsD; NEDS
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		PA; QL (21 per 28 days); NEDS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		PA; QL (42 per 28 days); NEDS
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		PA; QL (63 per 28 days); NEDS
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		PA; QL (49 per 28 days); NEDS
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		PA; QL (70 per 28 days); NEDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		PA; QL (91 per 28 days); NEDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG		PA; QL (300 per 30 days); NEDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG		PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	Tykerb	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG, 80 MG		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	PA; QL (28 per 28 days); NEDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG		PA; NEDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG		PA; NEDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG		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	Requisitos/Límites
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG		PA; NEDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG		PA; NEDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG		PA; NEDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG		PA; NEDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG		PA; NEDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Femara	MO
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		PA; NEDS
LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH) INTRAMUSCULAR INJECTABLE 22.5 MG		PA; QL (1 per 90 days)
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>		PA; NEDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG		PA; QL (100 per 28 days); NEDS
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG		PA; QL (80 per 30 days); NEDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG		PA; QL (240 per 30 days); NEDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG		PA; QL (1 per 30 days); NEDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 22.5 MG		PA; QL (1 per 90 days)
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG		PA; QL (1 per 120 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	Requisitos/Límites
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG		PA; QL (1 per 180 days)
LUTRATE DEPOT INTRAMUSCULAR INJECTABLE 22.5 MG		PA; QL (1 per 90 days); NEDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		NEDS
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		PA; QL (150 per 30 days); NEDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG		PA; NEDS
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>		PA; HRM; NEDS
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML		PA; QL (1260 per 30 days); NEDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG		PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>mercaptopurine oral suspension 2000 mg/100ml</i>	Purixan	PA; NEDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>		NEDS
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>		PA-BvsD; NEDS
METHOTREXATE SODIUM INJECTION SOLUTION 50 MG/2ML		PA-BvsD; NEDS
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>		NEDS
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG		PA; QL (20 per 28 days); NEDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG		PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	Nilandron	QL (60 per 30 days); NEDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG		PA; QL (3 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	Requisitos/Límites
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG		PA; NEDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		PA; QL (56 per 28 days); NEDS
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG		PA; QL (180 per 30 days); NEDS
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML		PA; QL (96 per 28 days); NEDS
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)		PA; QL (24 per 28 days); NEDS
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG		PA; QL (14 per 28 days); NEDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	Votrient	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		PA; QL (28 per 28 days); NEDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG		PA; QL (56 per 28 days); NEDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG		PA; QL (56 per 28 days); NEDS
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		PA; QL (21 per 28 days); NEDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG		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	Requisitos/Límites
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG		PA; QL (240 per 30 days); NEDS
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG		PA; QL (8 per 28 days); NEDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG		PA; QL (180 per 30 days); NEDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG		PA; QL (360 per 30 days); NEDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG		PA; QL (224 per 28 days); NEDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG		PA; QL (300 per 30 days); NEDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		PA; NEDS
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	NexAVAR	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG		PA; QL (84 per 28 days); NEDS
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Sutent	PA; QL (28 per 28 days); NEDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG		PA; NEDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		PA; 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	Requisitos/Límites
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG		PA; QL (900 per 30 days); NEDS
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		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		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		MO
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG		PA; QL (240 per 30 days); NEDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	Fareston	PA; NEDS
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG		PA; QL (1 per 84 days)
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 22.5 MG		PA; QL (1 per 168 days)
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 3.75 MG		PA; QL (1 per 28 days); NEDS
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>		NEDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG		PA; QL (64 per 28 days); NEDS
TRUQAP ORAL TABLET THERAPY PACK 160 MG		PA; QL (64 per 28 days); NEDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG		PA; QL (56 per 28 days); NEDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG		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	Requisitos/Límites
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG		PA; QL (180 per 30 days); NEDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG		PA; NEDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		PA; QL (56 per 28 days); NEDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML		PA; QL (600 per 30 days); NEDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG		PA; NEDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG		PA; QL (180 per 30 days); NEDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG		PA; QL (240 per 30 days); NEDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML		PA-BvsD; NEDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG		PA; QL (8 per 28 days); NEDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG		PA; NEDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		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	Requisitos/Límites
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		PA; QL (8 per 28 days); NEDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG		PA; QL (4 per 28 days); NEDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		PA; QL (24 per 28 days); NEDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		PA; QL (8 per 28 days); NEDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		PA; QL (32 per 28 days); NEDS
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
XTANDI ORAL TABLET 80 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		PA; QL (240 per 30 days); NEDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		PA; NEDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
ZYDELIG ORAL TABLET 150 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		PA; QL (84 per 28 days); NEDS
AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS		
AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>		MO; FFQL

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

Nombre del Medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>		NEDS
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	Suboxone	NEDS
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>		QL (120 per 30 days); NEDS
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>		QL (60 per 30 days); NEDS
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		MO
KLOXXADO NASAL LIQUID 8 MG/0.1ML		QL (4 per 30 days); NEDS
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml</i>		NEDS
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>		NEDS
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml</i>		NEDS
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>		NEDS
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	Narcan	NEDS
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>		NEDS
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML		NEDS
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>		QL (53 per 28 days); NEDS
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg</i>		QL (56 per 28 days); NEDS
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg, 1 mg (56 pack)</i>	Chantix	QL (56 per 28 days); NEDS
AGENTES ANTIANSIEDAD		
BENZODIACEPINAS		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	Xanax	PA; HRM; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	Xanax	PA; HRM; QL (150 per 30 days); NEDS
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>		PA; HRM; NEDS
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	KlonoPIN	PA; HRM; QL (90 per 30 days); NEDS

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

Nombre del Medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	KlonoPIN	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>		PA; HRM; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>		PA; HRM; QL (300 per 30 days); NEDS
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>		PA; HRM; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>		PA; HRM; QL (240 per 30 days); NEDS
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>		PA; HRM; QL (1200 per 30 days); NEDS
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Valium	PA; HRM; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		PA; HRM; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i>	LORazepam Intensol	PA; HRM; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	LORazepam Intensol	PA; HRM; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Ativan	PA; HRM; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>		NEDS
<i>midazolam hcl (pf) injection solution 10 mg/2ml, 2 mg/2ml, 5 mg/5ml, 5 mg/ml</i>		NEDS
<i>midazolam hcl injection solution 10 mg/2ml, 2 mg/2ml</i>		NEDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Restoril	PA; HRM; QL (30 per 30 days); NEDS
AGENTES ANTICOLINÉRGICOS		
ANTIMUSCARÍNICOS/ANTIESPAS MÓDICOS		
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Librax	PA; HRM; NEDS
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5ml</i>	Cuvposa	MO
AGENTES ANTIDEMENCIA		
AGENTES ANTIDEMENCIA		

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	Requisitos/Límites
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Aricept	MO; QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet 23 mg</i>	Aricept	MO; QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>		MO; QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>		MO; QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>		MO; FFQL; QL (180 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>		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>		MO; QL (30 per 30 days)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>		MO; FFQL; QL (300 per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	Namenda Titration Pak	QL (49 per 28 days); NEDS
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	Exelon	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
AGENTES ANTIDIABETICO		
AGENTES ANTIDIABETICOS, VARIOS		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		MO; QL (90 per 30 days)
<i>dapagliflozin propanediol oral tablet 10 mg</i>	Farxiga	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>dapagliflozin propanediol oral tablet 5 mg</i>	Farxiga	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG		MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 5 MG		MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG		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	Requisitos/Límites
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG		MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG		MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG		MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG		MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG		MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
KORLYM ORAL TABLET 300 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>		MO; QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral solution 500 mg/5ml</i>	Riomet	MO; QL (765 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>		MO; QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 750 mg</i>		MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>		MO; QL (90 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	Korlym	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		PA; MO; FFQL; QL (2 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 2.5 MG/0.5ML		PA; QL (2 per 28 days); NEDS
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>		MO; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 2 MG/3ML		PA; MO; FFQL; QL (3 per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML		PA; MO; FFQL; QL (6 per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML		PA; MO; FFQL; QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Actos	MO; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	Duetact	MO; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg</i>		MO; QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-850 mg</i>	Actoplus Met	MO; QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>		MO; QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>		MO; QL (240 per 30 days)
RYBELSUS (FORMULATION R2) ORAL TABLET 1.5 MG, 4 MG, 9 MG		PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG		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		MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 25-1000 MG		MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG, 5-1000 MG		MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG		MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG		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		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		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	Requisitos/Límites
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG		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		MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
INSULINAS		
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMALOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (50-50) 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (50-50) 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (75-25) 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (75-25) 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMALOG TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (45 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMULIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
<i>insulin glargine max solostar subcutaneous solution pen-injector 300 unit/ml</i>	Toujeo Max SoloStar	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
INSULIN GLARGINE SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
<i>insulin glargine solostar subcutaneous solution pen-injector 300 unit/ml</i>	Toujeo SoloStar	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
INSULIN GLARGINE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
<i>insulin lispro (1 unit dial) subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	HumaLOG KwikPen	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
<i>insulin lispro injection solution 100 unit/ml</i>	HumaLOG	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
<i>insulin lispro junior kwikpen subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	HumaLOG Junior KwikPen	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	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (45 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML		ST; MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML		MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
SULFONILUREAS		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 5 mg</i>	Glucotrol XL	MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		MO; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		MO; QL (120 per 30 days)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		MO
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		MO
AGENTES ANTIGOTA		
AGENTES ANTIGOTA, OTROS		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>		MO
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	Mitigare	NEDS
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>		NEDS
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>		MO
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Uloric	PA; MO
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>		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	Requisitos/Límites
AGENTES ANTIMIGRAÑA		
AGENTES ANTIMIGRAÑA		
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>		QL (24 per 28 days); NEDS
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Relpax	QL (12 per 30 days); NEDS
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML		PA; MO; FFQL; QL (3 per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML		PA; MO; FFQL; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML		PA; MO; FFQL; QL (2 per 30 days)
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>		QL (40 per 28 days); NEDS
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>		QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg</i>	Maxalt	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 5 mg</i>		QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg</i>	Maxalt-MLT	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 5 mg</i>		QL (12 per 30 days); NEDS
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Imitrex	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>		QL (8 per 30 days); NEDS
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		PA; QL (16 per 30 days); NEDS
AGENTES ANTINAUSEA		
AGENTES ANTINAUSEA		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>		PA-BvsD; QL (8 per 28 days); NEDS
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>		PA-BvsD; QL (8 per 28 days); NEDS
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	Emend TriPack	PA-BvsD; QL (12 per 28 days); NEDS
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	Emend BiPack	PA-BvsD; 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	Requisitos/Límites
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 5 mg</i>		PA-BvsD; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>dronabinol oral capsule 2.5 mg</i>	Marinol	PA-BvsD; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>		PA-BvsD; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg</i>		NEDS
<i>meclizine hcl oral tablet 25 mg</i>	Dramamine	NEDS
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>		PA-BvsD; QL (450 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg</i>		PA-BvsD; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron hcl oral tablet 8 mg</i>		PA-BvsD; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg</i>		PA-BvsD; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron oral tablet dispersible 8 mg</i>		PA-BvsD; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		MO
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	Compro	NEDS
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		PA; HRM; NEDS
<i>promethazine hcl rectal suppository 25 mg</i>	Promethegan	PA; HRM; NEDS
<i>promethegan rectal suppository 25 mg</i>	Promethegan	PA; HRM; NEDS
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>		NEDS
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule 300 mg</i>		NEDS
AGENTES ANTIPARASITARIOS		
AGENTES ANTIPARASITARIOS		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>		NEDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	Mepron	NEDS
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	Malarone	NEDS
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		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	Requisitos/Límites
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		NEDS
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg, 400 mg</i>		MO
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	Plaquenil	MO
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 300 mg</i>	Sovuna	MO
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG		PA; QL (84 per 28 days); NEDS
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	Stromectol	PA; NEDS
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>		PA; NEDS
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>		MO
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>		QL (6 per 30 days); NEDS
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	Nebupent	PA-BvsD; NEDS
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	Pentam	PA-BvsD; NEDS
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	Biltricide	NEDS
PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET 26.3 (15 BASE) MG		NEDS
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	Daraprim	PA; NEDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>		PA; NEDS
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		NEDS
AGENTES ANTIPARKINSON		
AGENTES ANTIPARKINSON		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>		MO
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>		MO
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		MO
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		MO
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	Parlodel	MO
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	Parlodel	MO
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>		NEDS
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	Lodosyn	MO
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>		MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i>	Sinemet	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	Requisitos/Límites
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i>	Dhivy	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>		MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>		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>		MO
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>		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		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>		MO
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Azilect	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>		MO
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>		MO
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 48.75-195 MG		ST; MO; FFQL; QL (360 per 30 days)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 36.25-145 MG		ST; MO; FFQL; QL (270 per 30 days)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 61.25-245 MG		ST; MO; FFQL; QL (300 per 30 days)
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>		MO
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>		MO
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>		MO
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>		MO

AGENTES ANTIPSICÓTICOS

AGENTES ANTIPSICÓTICOS

ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML		PA-BvsD; QL (2.4 per 56 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 960 MG/3.2ML		PA-BvsD; QL (3.2 per 56 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG		PA-BvsD; QL (1 per 26 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	Requisitos/Límites
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		PA-BvsD; QL (1 per 26 days); NEDS
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>		MO; FFQL; QL (750 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	Abilify	MO; QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	Abilify	MO; QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg</i>		QL (60 per 30 days); NEDS
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 15 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Saphris	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>		MO; FFQL
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>		MO
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	Clozaril	QL (270 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>		QL (120 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet 25 mg</i>	Clozaril	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet 50 mg</i>		QL (180 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 150 mg, 25 mg</i>		QL (270 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg</i>		QL (90 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>		QL (120 per 30 days); NEDS
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 50-20 & 100-20 MG		PA; NEDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML		PA; QL (0.75 per 21 days); NEDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML		PA; QL (1 per 21 days); NEDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML		PA; QL (1.5 per 21 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	Requisitos/Límites
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 351 MG/2.25ML		PA; QL (2.25 per 21 days); NEDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML		PA; QL (0.25 per 21 days); NEDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML		PA; QL (0.5 per 21 days); NEDS
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 6 MG, 8 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLET 1 & 2 & 6 & 8 MG		PA; QL (14 per 7 days); NEDS
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLET 1 & 2 & 6 MG		PA; QL (8 per 3 days); NEDS
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>		NEDS
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>		NEDS
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>		MO; FFQL
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>		MO; FFQL
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		MO
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>		NEDS
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>		NEDS
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>		MO
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>		MO
<i>haloperidol oral tablet 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>		MO
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML		PA; QL (7 per 365 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML		PA; QL (10 per 365 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	Requisitos/Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 78 MG/0.5ML		PA; QL (1 per 30 days); NEDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML		PA; QL (1.5 per 30 days); NEDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML		PA; QL (1 per 30 days); NEDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML		PA; QL (0.88 per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML		PA; QL (1.32 per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML		PA; QL (1.75 per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML		PA; QL (2.63 per 90 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>		MO
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg</i>	Latuda	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Latuda	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	Latuda	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>		MO
<i>molindone hcl oral tablet 5 mg</i>		NEDS
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	ZyPREXA	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 7.5 mg</i>		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	Requisitos/Límites
<i>olanzapine oral tablet 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	ZyPREXA	MO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>		MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
OPIPZA ORAL FILM 2 MG, 5 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg</i>		MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 3 mg, 9 mg</i>	Invega	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	Invega	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		MO
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG		PA-BvsD; QL (1 per 30 days); NEDS
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		MO
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROquel XR	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	MO; QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 150 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg</i>	RisperDAL Consta	PA-BvsD; QL (2 per 28 days); NEDS
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg, 50 mg</i>	RisperDAL Consta	PA-BvsD; QL (2 per 28 days); NEDS
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	RisperDAL	MO; QL (240 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	RisperDAL	MO; QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>		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	Requisitos/Límites
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		MO
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		MO
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		MO
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		PA; QL (540 per 30 days); NEDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 4.5 MG, 6 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Geodon	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	Geodon	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>		MO
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr</i>	Catapres-TTS-1	MO; QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24hr</i>	Catapres-TTS-2	MO; QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr</i>	Catapres-TTS-3	MO; QL (8 per 28 days)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Cardura	MO; QL (60 per 30 days)
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	Northera	PA; NEDS
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Northera	PA; NEDS
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		NEDS
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>		MO
AGENTES ANTIARRITMICOS		
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Pacerone	MO
<i>amiodarone hcl oral tablet 400 mg</i>		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	Requisitos/Límites
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	Tikosyn	MO; FFQL
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>		MO
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>		MO
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>		MO
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>		MO; FFQL
AGENTES BLOQUEADORES BETA-ADRENÉRGICOS		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>		MO
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tenormin	MO
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i>	Tenoretic 100	MO
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i>	Tenoretic 50	MO
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		MO
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>		MO
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	Coreg	MO
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Coreg CR	MO; QL (30 per 30 days)
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>		MO
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Toprol XL	MO
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Lopressor	MO
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>		MO
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>		MO
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>		MO
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Bystolic	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	Requisitos/Límites
<i>nebivolol hcl oral tablet 20 mg</i>	Bystolic	MO; QL (60 per 30 days)
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		MO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Inderal LA	MO
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>		MO
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>		MO
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	Betapace AF	MO
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	Betapace	MO
<i>sotalol hcl oral tablet 240 mg</i>		MO
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		MO
AGENTES BLOQUEADORES DA CANAL DE CALCIO		
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	Cartia XT	MO
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	Tiadyt ER	MO
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	Cartia XT	MO
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>		MO
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Cardizem	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>		MO
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		MO
<i>tiadyt er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>		MO
<i>tiadyt er oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	Tiadyt ER	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>		MO
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		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	Requisitos/Límites
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>		MO
AGENTES CARDIOVASCULARES, VARIOS		
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
DIGOXIN ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML		PA; MO; FFQL; HRM; QL (255 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 125 mcg</i>	Digox	MO; QL (30 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>	Digox	PA; MO; HRM; QL (30 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg</i>	Lanoxin	MO; QL (30 per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml</i>	EpiPen Jr 2-Pak	QL (2 per 30 days); NEDS
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.3 mg/0.3ml</i>	Auvi-Q	QL (2 per 30 days); NEDS
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		MO
<i>icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml</i>		PA; QL (18 per 30 days); NEDS
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	Firazyr	PA; QL (18 per 30 days); NEDS
<i>ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Corlanor	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>metirosine oral capsule 250 mg</i>	Demser	NEDS
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>		MO; QL (120 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		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	MO
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	Atacand HCT	MO
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG		MO; FFQL; QL (240 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	Requisitos/Límites
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG		MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Avapro	MO
<i>irbesartan oral tablet 75 mg</i>		MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	Avalide	MO
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Cozaar	MO
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	Hyzaar	MO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Benicar	MO
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Benicar HCT	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	MO
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg</i>	Entresto	MO; QL (60 per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg</i>		MO
<i>telmisartan oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Micardis	MO
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>		MO
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	Micardis HCT	MO
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Diovan	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	MO
DIHIDROPIRIDINAS		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i>	Lotrel	MO
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>		MO
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Norvasc	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	Requisitos/Límites
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	Exforge	MO
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Azor	MO
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		MO
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>		MO
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>		MO
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Procardia XL	MO
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 34 mg, 8.5 mg</i>	Sular	MO
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>		MO; QL (30 per 30 days)
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 25.5 mg</i>		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	MO
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>		MO
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Lipitor	MO
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	Prevalite	MO
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	Questran	MO
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	Welchol	MO
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	Welchol	MO; FFQL
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>		MO
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	Colestid	MO
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	Zetia	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	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>		MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate oral capsule 134 mg</i>		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	Requisitos/Límites
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	Tricor	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>		MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>		MO; QL (30 per 30 days)
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i>	Lescol XL	MO
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>		MO
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	Lopid	MO; QL (60 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm</i>	Vascepa	MO; FFQL; QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gm</i>	Vascepa	MO; FFQL; QL (120 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		MO
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG		PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG		PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	Lovaza	MO; QL (120 per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>		MO
<i>prevalite oral packet 4 gm</i>	Prevalite	MO; FFQL
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML		PA; MO; FFQL; QL (3 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		PA; MO; FFQL; QL (3 per 28 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Crestor	MO
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Zocor	MO
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>		MO
DIURÉTICOS		
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>		MO
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>		MO
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>		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	Requisitos/Límites
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg</i>	Bumex	MO
<i>bumetanide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		MO
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		MO
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>		NEDS
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>		MO
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Lasix	MO
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>		MO
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		MO
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>		MO
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		MO
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Aldactone	MO
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>		MO
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg</i>	Jynarque	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>tolvaptan oral tablet 30 mg</i>	Jynarque	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	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i>		MO
<i>torsemide oral tablet 20 mg</i>	Soaanz	MO
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>		MO
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>		MO
INHIBIDORES DE ENZIMA CONVERTIDORAS DE ANGIOTENSINA		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Lotensin	MO
<i>benazepril hcl oral tablet 5 mg</i>		MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Lotensin HCT	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>		MO
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		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	Requisitos/Límites
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Vasotec	MO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i>	Vaseretic	MO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>		MO
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		MO
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>		MO
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Zestril	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Zestoretic	MO
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>		MO
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		MO
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Accupril	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	Accuretic	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-25 mg</i>		MO
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		MO
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>		MO
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>		MO
INHIBIDORES DEL SISTEMA DE RENINA-ANGIOTENSINA-ALDOSTERONA		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Tekturna	MO; FFQL
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Inspira	MO
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
KERENDIA ORAL TABLET 40 MG		PA; 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	Requisitos/Límites
VASODILATADORES		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>		MO
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i>	Isordil Titradoso	MO
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>		MO
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		MO
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>		MO
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %		MO; FFQL
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR		MO; FFQL
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	Nitrostat	MO
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	Nitro-Dur	MO
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	Nitrolingual	MO
AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA		
AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	Lotronex	PA; MO; FFQL
<i>alosetron hcl oral tablet 1 mg</i>	Lotronex	PA; NEDS
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	Colazal	NEDS
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	Uceris	NEDS
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>		NEDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	Cortenema	NEDS
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	Apriso	MO; QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine er oral capsule extended release 500 mg</i>	Pentasa	MO; FFQL
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	Delzicol	MO
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	Lialda	MO
<i>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</i>		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	Requisitos/Límites
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>		NEDS
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	Canasa	NEDS
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Azulfidine	MO
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	Azulfidine EN-tabs	MO
AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA		
AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>		MO; QL (300 per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg</i>		MO; QL (30 per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg</i>		MO; QL (4 per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 70 mg</i>	Fosamax	MO; QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>		PA-BvsD; MO; QL (4 per 28 days)
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Rocaltrol	MO
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Rocaltrol	MO
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg</i>	Sensipar	PA-BvsD; MO; FFQL; QL (120 per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	Sensipar	PA-BvsD; MO; FFQL; QL (150 per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	Sensipar	PA-BvsD; MO; QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>		MO; QL (1 per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i>	Zemplar	MO
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>		MO
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION REFILLED SYRINGE 60 MG/ML		PA; QL (1 per 180 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	Actonel	MO; QL (1 per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 30 mg</i>		QL (30 per 30 days); NEDS
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg (12 pack)</i>	Actonel	MO; QL (12 per 84 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg, 35 mg (4 pack)</i>	Actonel	MO; QL (4 per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 5 mg</i>		MO; QL (30 per 30 days)
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	Atelvia	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	Requisitos/Límites
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML		PA; NEDS
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML		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	PA; MO; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	Silenor	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Provigil	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	Rozerem	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	Xyrem	PA; QL (540 per 30 days); NEDS
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>		PA; HRM; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Ambien	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	MO; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>		MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>		MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 6 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 24 MG		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	Requisitos/Límites
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG		PA; QL (28 per 28 days); NEDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 6 & 12 & 24 MG		PA; QL (42 per 28 days); NEDS
<i>clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour 0.1 mg</i>		MO; QL (120 per 30 days)
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	Ampyra	PA; MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
DAYBUE ORAL SOLUTION 200 MG/ML		PA; QL (3600 per 30 days); NEDS
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Focalin	MO; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Zenzedi	MO
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg, 240 mg</i>	Tecfidera	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 & 240 mg</i>	Tecfidera	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML		PA; NEDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Copaxone	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Intuniv	PA; MO; HRM
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML		PA; QL (1.2 per 28 days); NEDS
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg</i>	Lithobid	MO
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg</i>		MO
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		MO
LITHIUM CARBONATE ORAL CAPSULE 600 MG		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	Requisitos/Límites
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>		MO
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>		MO
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 18 mg, 27 mg</i>	Concerta	MO; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 36 mg</i>	Concerta	MO; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 54 mg</i>	Concerta	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 18 mg, 27 mg</i>		MO; FFQL; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 36 mg</i>		MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 54 mg</i>		MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Ritalin	MO; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg</i>		MO; QL (180 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 2.5 mg, 5 mg</i>		MO; QL (90 per 30 days)
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>		PA; MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG		MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG		QL (55 per 28 days); NEDS
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	Xenazine	PA; MO; FFQL; QL (90 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	Xenazine	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 231 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO		
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO, OTROS		

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	Requisitos/Límites
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>		PA-BvsD; NEDS
BRONCHITOL TOLERANCE TEST INHALATION CAPSULE 40 MG		PA; NEDS
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>		PA-BvsD; MO
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML		PA; NEDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 30 MG/ML		PA; NEDS
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG		PA; NEDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG		PA; NEDS
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		PA; NEDS
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150- 188 MG, 75-94 MG		PA; NEDS
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200- 125 MG		PA; NEDS
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	Esbriet	PA; NEDS
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg</i>	Esbriet	PA; NEDS
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>		PA; NEDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML		PA-BvsD; NEDS
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	Daliresp	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG		PA; QL (84 per 28 days); NEDS
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 2 X 45 MG, 2 X 60 MG, 45 MG, 60 MG		PA; QL (1 per 21 days); NEDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML		PA; NEDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML		PA; NEDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		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	Requisitos/Límites
ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOESTEROIDES INHALADOS		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT		MO; FFQL; QL (1 per 30 days)
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT		MO; FFQL; QL (1 per 30 days)
ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT		MO; FFQL; QL (1 per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT		MO; FFQL; QL (26 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH		MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>breylna inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	Symbicort	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	PA-BvsD; MO; FFQL
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	Symbicort	MO; QL (10.2 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act, 220 mcg/act</i>		MO; FFQL; QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 44 mcg/act</i>		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	MO; QL (60 per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	Wixela Inhub	MO; QL (60 per 30 days)
ANTILEUCOTRINOS		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	Singulair	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	Requisitos/Límites
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	Singulair	MO; QL (30 per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	Singulair	MO; QL (30 per 30 days)
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Accolate	MO; QL (60 per 30 days)
BRONCODILATADORES		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	Ventolin HFA	MO; QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)</i>	Ventolin HFA	MO; QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	Ventolin HFA	MO; QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%</i>		PA-BvsD; MO; QL (360 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>		PA-BvsD; MO; QL (360 per 25 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 2.5 mg/0.5ml</i>		PA-BvsD; MO; QL (100 per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>		MO
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>		MO
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT		MO; FFQL; QL (26 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT		MO; FFQL; QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT		MO; FFQL; QL (4 per 20 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>		PA-BvsD; MO; QL (252 per 25 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>		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>		PA-BvsD; MO; QL (540 per 30 days)
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	Xopenex HFA	MO; QL (30 per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 108 (90 BASE) MCG/ACT		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	Requisitos/Límites
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT		MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT		MO; FFQL; QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT		MO; FFQL; QL (4 per 30 days)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>		MO; FFQL
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>		MO
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>		MO
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>		MO; FFQL
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule 18 mcg</i>	Spiriva HandiHaler	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		MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
AGENTES DENTALES Y ORALES		
AGENTES DENTALES Y ORALES		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	Evoxac	MO
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	Periogard	NEDS
<i>periogard mouth/throat solution 0.12 %</i>	Periogard	NEDS
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Salagen	MO
<i>triamcinolone acetone mouth/throat paste 0.1 %</i>	Kourzeq	NEDS
AGENTES DERMATOLÓGICOS		
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS DERMATOLÓGICOS		
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		NEDS
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		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	Requisitos/Límites
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>		NEDS
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>		NEDS
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>		NEDS
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	Diprolene	NEDS
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		NEDS
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>		NEDS
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		NEDS
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>		NEDS
BETAMETHASONE VALERATE EXTERNAL LOTION 0.1 %		NEDS
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>		NEDS
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>		NEDS
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>		NEDS
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>		NEDS
<i>clobetasol propionate external lotion 0.05 %</i>	Clobex	NEDS
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>		NEDS
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	Clobex	NEDS
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>		NEDS
<i>desonide external cream 0.05 %</i>		NEDS
<i>desonide external lotion 0.05 %</i>		NEDS
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>		NEDS
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>		NEDS
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>		NEDS
<i>desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	Topicort	NEDS
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %		PA; NEDS
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	Derma-Smoother/FS Body	NEDS
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>		NEDS
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	Synalar	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	Requisitos/Límites
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	Synalar	NEDS
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>		QL (180 per 30 days); NEDS
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	Derma-Smoothe/FS Scalp	NEDS
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>		NEDS
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>		NEDS
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>		NEDS
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>		NEDS
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>		NEDS
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>		NEDS
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>		NEDS
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>		NEDS
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>		NEDS
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	Procto-Med HC	NEDS
<i>hydrocortisone ace-pramoxine external cream 1-1 %</i>	Analpram HC	NEDS
<i>hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %</i>		NEDS
<i>hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %</i>		NEDS
<i>hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %</i>		QL (180 per 30 days); NEDS
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>	Aveeno Anti-Itch Max St	NEDS
<i>hydrocortisone external cream 2.5 %</i>		NEDS
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>		NEDS
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i>	Aquaphor Itch Relief Children	NEDS
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>		NEDS
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>		NEDS
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>		NEDS
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>		NEDS
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>		NEDS
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>		NEDS
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	Elidel	ST; NEDS
<i>procto-med hc external cream 2.5 %</i>	Procto-Med HC	NEDS
<i>proctosol hc external cream 2.5 %</i>	Procto-Med HC	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	Requisitos/Límites
<i>proctozone-hc external cream 2.5 %</i>	Procto-Med HC	NEDS
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>		ST; NEDS
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %</i>		NEDS
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.5 %</i>	Triderm	NEDS
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %</i>		NEDS
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.1 %</i>		QL (240 per 30 days); NEDS
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>		NEDS
AGENTES DERMATOLÓGICOS, OTROS		
<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Accutane	NEDS
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>		PA; NEDS
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	Zovirax	NEDS
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>		NEDS
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	AL12	NEDS
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>		QL (120 per 30 days); NEDS
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	Calcitrene	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>		QL (60 per 30 days); NEDS
<i>claravis oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Accutane	NEDS
<i>claravis oral capsule 30 mg</i>	Claravis	NEDS
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>		NEDS
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>		NEDS
HYFTOR EXTERNAL GEL 0.2 %		PA; NEDS
<i>imiquimod external cream 5 %</i>		QL (12 per 30 days); NEDS
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Accutane	NEDS
<i>isotretinoin oral capsule 30 mg</i>	Claravis	NEDS
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %		PA; NEDS
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>		NEDS
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM		QL (180 per 30 days); NEDS
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Accutane	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	Requisitos/Límites
<i>zenatane oral capsule 30 mg</i>	Claravis	NEDS
ANTIBACTERIANOS DERMATOLÓGICOS		
<i>clindamycin phos (once-daily) external gel 1 %</i>	Clindagel	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	Cleocin-T	NEDS
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>		QL (240 per 30 days); NEDS
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	Clindacin ETZ	NEDS
ERY EXTERNAL PAD 2 %		NEDS
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	Erygel	NEDS
<i>erythromycin external solution 2 %</i>		NEDS
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>		NEDS
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>		NEDS
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	MetroCream	NEDS
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>		NEDS
<i>metronidazole external gel 1 %</i>	Metrogel	NEDS
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>		NEDS
<i>mupirocin calcium external cream 2 %</i>		QL (120 per 30 days); NEDS
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>		QL (352 per 30 days); NEDS
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>		NEDS
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	SSD	NEDS
<i>ssd external cream 1 %</i>	SSD	NEDS
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	Klaron	NEDS
ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS		
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	Ovide	NEDS
<i>permethrin external cream 5 %</i>	Elimite	NEDS
RETINOIDES DERMATOLÓGICOS		
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	Differin	PA; NEDS
<i>adapalene external gel 0.3 %</i>	Differin	PA; NEDS
<i>tazarotene external cream 0.05 %</i>	Tazorac	PA; NEDS
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	Tazorac	PA; NEDS
<i>tazarotene external gel 0.05 %, 0.1 %</i>	Tazorac	PA; QL (100 per 30 days); NEDS
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	Retin-A	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	Requisitos/Límites
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	Retin-A	PA; NEDS
<i>tretinoin external gel 0.05 %</i>	Atralin	PA; NEDS
AGENTES GASTROINTESTINALES		
AGENTES ANTIÚLCERAS Y SUPRESORES DE ÁCIDOS		
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i>	Tagamet HB	NEDS
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>		MO
<i>dexlansoprazole oral capsule delayed release 30 mg, 60 mg</i>	Dexilant	MO; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>	GoodSense Esomeprazole	MO; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg</i>	NexIUM	MO; QL (30 per 30 days)
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>		MO
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	MM Acid-Pep Maximum Strength	MO
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	Pepcid	MO
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i>	Prevacid 24HR	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i>	Prevacid	MO; QL (30 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	Cytotec	MO
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		MO
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 40 mg</i>		MO; QL (30 per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 20 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	Protonix	MO; QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral suspension 1 gm/10ml</i>	Carafate	MO; FFQL
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	Carafate	MO
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG		PA; QL (28 per 14 days); NEDS
VOQUEZNA ORAL TABLET 20 MG		PA; NEDS
AGENTES GASTROINTESTINALES, OTROS		
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	Carbaglu	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	Requisitos/Límites
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>		MO
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	Gastrocrom	MO; FFQL
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>		NEDS
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		NEDS
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>		NEDS
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>		NEDS
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	Lomotil	NEDS
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>		MO
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>		MO
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		NEDS
<i>kionex combination suspension 15 gm/60ml</i>		NEDS
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>		MO
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM		MO; FFQL
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	Imodium A-D	NEDS
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	Amitiza	MO; QL (60 per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		NEDS
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Reglan	NEDS
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML		PA; NEDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>		NEDS
<i>sps (sodium polystyrene sulf) combination suspension 15 gm/60ml</i>		NEDS
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>		MO
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>		MO
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i>	Urso Forte	MO
XERMELO ORAL TABLET 250 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
LAXANTES		
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM		NEDS
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm</i>	GaviLyte-G	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	Requisitos/Límites
<i>gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm</i>	GaviLyte-N with Flavor Pack	NEDS
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	Suprep Bowel Prep Kit	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	NEDS
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	GaviLyte-N with Flavor Pack	NEDS
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	GaviLyte-G	NEDS

AGENTES GENITOURINARIOS

AGENTES GENITOURINARIOS, VARIOS

<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	Uroxatral	MO; QL (30 per 30 days)
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG		PA; MO; FFQL
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	Avodart	MO; QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	Jalyn	MO; QL (30 per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	Proscar	MO; QL (30 per 30 days)
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	Rapaflo	MO
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)

ANTIESPASMÓDICOS, URINARIO

<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>		NEDS
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour 15 mg, 7.5 mg</i>		MO; QL (30 per 30 days)
<i>flavoxate hcl oral tablet 100 mg</i>		MO
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML		MO; FFQL; QL (300 per 30 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG		MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>		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	Requisitos/Límites
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>		MO; QL (30 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>		MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>		MO
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>		MO; QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 2 mg</i>	Detrol	MO; QL (60 per 30 days)
<i>trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>		MO; QL (30 per 30 days)
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICADOR		
AGENTES TIROIDEOS Y ANTITIROIDEOS		
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Levoxyl	MO
<i>levothyroxine sodium oral tablet 300 mcg</i>	Synthroid	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	MO
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		MO
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>		MO
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG		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		MO; FFQL
ANDRÓGENOS		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>		NEDS
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	Depo-Testosterone	PA; MO
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>		PA; MO

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

Nombre del Medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
<i>testosterone gel 1.62 % transdermal</i>	AndroGel Pump	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>		PA; MO
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)</i>	Vogelxo Pump	PA; MO
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	AndroGel Pump	PA; MO
<i>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%)</i>		PA; MO; QL (75 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5gm (1%)</i>	Testim	PA; MO; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution 30 mg/act</i>		PA; MO
ESTRÓGENOS Y ANTIESTRÓGENOS		
<i>abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	Abigale Lo	MO
<i>abigale oral tablet 1-0.5 mg</i>	Abigale	MO
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		MO
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	Alora	MO
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr</i>	Dotti	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	MO
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	Estrace	MO
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	Yuvaferm	MO
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	Abigale Lo	MO
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg</i>	Abigale	MO
<i>fyavolv oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	Fyavolv	MO
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	Fyavolv	MO
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	Fyavolv	MO
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG		MO; FFQL
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM		MO; FFQL
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	Evista	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	Requisitos/Límites
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i>	Yuvaferm	MO
GLUCOCORTICOIDES/MINERALO CORTICOIDES		
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>		NEDS
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>		NEDS
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>		MO
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Cortef	NEDS
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Medrol	NEDS
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>		NEDS
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	Medrol	NEDS
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>		NEDS
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml</i>		NEDS
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml</i>		NEDS
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg/5ml</i>	Pediapred	NEDS
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		NEDS
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>		NEDS
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>		NEDS
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>		NEDS
PITUITARIO		
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>		MO; FFQL
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	DDAVP	MO
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>		MO; FFQL
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML		PA; NEDS
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG		PA; QL (1 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	Requisitos/Límites
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG		PA; QL (1 per 90 days)
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	SandoSTATIN	PA-BvsD; MO
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml</i>		PA-BvsD; NEDS
<i>octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml</i>		PA-BvsD; MO
<i>octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml</i>	SandoSTATIN	PA-BvsD; NEDS
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 10 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML		PA; NEDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 25 MG, 30 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML		PA; NEDS
PROGESTINAS		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML		QL (0.65 per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i>	Gallifrey	MO
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	Depo-Provera	QL (1 per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	Depo-Provera	QL (1 per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Provera	MO
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>		PA; HRM; NEDS
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>		PA; MO; FFQL; HRM
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	Gallifrey	MO
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	Prometrium	MO
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AGENTES INMUNOLÓGICOS		

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	Requisitos/Límites
<i>adalimumab-adbm (2 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml, 40 mg/0.8ml</i>	Cyltezo (2 Pen)	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)	PA; Only NDCs starting with 00597; QL (2 per 28 days); NEDS
<i>adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.4ml, 40 mg/0.8ml</i>	Cyltezo (2 Syringe)	PA; Only NDCs starting with 00597; QL (6 per 28 days); NEDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG		PA-BvsD; NEDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	Imuran	PA-BvsD; MO
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		PA; NEDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		PA; NEDS
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML		PA; NEDS
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		PA; QL (8 per 28 days); NEDS
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML		PA; QL (8 per 28 days); NEDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML		PA; QL (4 per 28 days); NEDS
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML		PA; QL (8 per 28 days); NEDS
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Gengraf	PA-BvsD; MO
<i>cyclosporine modified oral capsule 50 mg</i>		PA-BvsD; MO
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Gengraf	PA-BvsD; MO; FFQL
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	SandIMMUNE	PA-BvsD; MO; FFQL
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML		PA; NEDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML		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	Requisitos/Límites
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML		PA; QL (8 per 28 days); NEDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML		PA; QL (8 per 28 days); NEDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML		PA; QL (8 per 28 days); NEDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML		PA; QL (8 per 28 days); NEDS
ENVARSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG		PA-BvsD; MO; FFQL
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg</i>	Zortress	PA-BvsD; MO; FFQL
<i>everolimus oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	Zortress	PA-BvsD; NEDS
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML		PA-BvsD; NEDS
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM		PA-BvsD; NEDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML		PA-BvsD; NEDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML		PA-BvsD; NEDS
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		PA; QL (6 per 28 days); NEDS
HADLIMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		PA; QL (6 per 28 days); NEDS
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML		PA; NEDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Arava	MO; QL (30 per 30 days)
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	CellCept	PA-BvsD; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	CellCept	PA-BvsD; NEDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	CellCept	PA-BvsD; MO
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	Myfortic	PA-BvsD; 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	Requisitos/Límites
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 125 MG/ML		PA; QL (4 per 28 days); NEDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML		PA; QL (4 per 28 days); NEDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.4ML		PA; QL (2 per 28 days); NEDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 87.5 MG/0.7ML		PA; QL (3 per 28 days); NEDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG, 4 X 10 & 51 X20 MG		PA; QL (55 per 28 days); NEDS
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG		PA-BvsD; MO; FFQL
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG		PA; NEDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML		PA; QL (360 per 30 days); NEDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML		PA; MO; FFQL; QL (0.5 per 28 days)
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML		PA; QL (1 per 28 days); NEDS
SIMLANDI (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		PA; QL (3 per 28 days); NEDS
SIMLANDI (1 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML		PA; QL (3 per 28 days); NEDS
SIMLANDI (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML		PA; QL (6 per 28 days); NEDS
SIMLANDI (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML		PA; QL (2 per 28 days); NEDS
SIMLANDI (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML		PA; QL (6 per 28 days); NEDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>		PA-BvsD; MO; FFQL
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		PA-BvsD; MO; FFQL
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML		PA; QL (3 per 84 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML		PA; QL (1.2 per 56 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	Requisitos/Límites
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 360 MG/2.4ML		PA; QL (2.4 per 56 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		PA; QL (3 per 84 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML		PA; QL (1 per 28 days); NEDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML		PA; QL (0.5 per 28 days); NEDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML		PA; QL (1 per 28 days); NEDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	Prograf	PA-BvsD; MO; FFQL
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG		PA; QL (180 per 30 days); NEDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML		PA; QL (4 per 28 days); NEDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML		PA; QL (4 per 28 days); NEDS
<i>ustekinumab subcutaneous solution 45 mg/0.5ml</i>	Stelara	PA; QL (1 per 28 days); NEDS
<i>ustekinumab subcutaneous solution prefilled syringe 45 mg/0.5ml</i>	Stelara	PA; QL (0.5 per 28 days); NEDS
<i>ustekinumab subcutaneous solution prefilled syringe 90 mg/ml</i>	Stelara	PA; QL (1 per 28 days); NEDS
VACUNAS		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML		NEDS
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		NEDS
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5		NEDS
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML		NEDS
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG		NEDS
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		NEDS
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5		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	Requisitos/Límites
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5- 18.5 LF-MCG/0.5		NEDS
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5		NEDS
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML		PA-BvsD; NEDS
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML		PA-BvsD; NEDS
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML		NEDS
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		NEDS
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML		NEDS
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720 EL U/0.5ML		NEDS
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML		PA-BvsD; NEDS
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG		NEDS
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML		PA-BvsD; NEDS
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10		NEDS
IPOL INJECTION INJECTABLE		NEDS
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION		NEDS
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML		NEDS
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		NEDS
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION 0.5 ML		NEDS
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		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	Requisitos/Límites
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED		NEDS
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML		NEDS
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		NEDS
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML		NEDS
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		NEDS
PENMENVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		NEDS
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		NEDS
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		NEDS
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		NEDS
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION		NEDS
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		NEDS
RABAERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		PA-BvsD; NEDS
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		PA-BvsD; NEDS
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		PA-BvsD; NEDS
ROTARIX ORAL SUSPENSION		NEDS
ROTATEQ ORAL SOLUTION		NEDS
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML		NEDS
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML		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	Requisitos/Límites
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)		NEDS
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML		NEDS
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		NEDS
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML		NEDS
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML		NEDS
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML		NEDS
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML		NEDS
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 1350 PFU/0.5ML		NEDS
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED		NEDS
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 40 MCG/0.8ML		NEDS
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE		NEDS
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)		NEDS
AGENTES OFTÁLMICOS		
AGENTES ANTIGLAUCOMA		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>		MO
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		MO
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		MO
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>		MO; QL (5 per 25 days)
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.1 %</i>	Alphagan P	MO; FFQL
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %</i>	Alphagan P	MO
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>		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	Requisitos/Límites
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution 0.2-0.5 %</i>	Combigan	MO
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	Azopt	MO; FFQL
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>		MO
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>		MO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	Cosopt	MO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	Cosopt PF	MO
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	Xalatan	MO; QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		MO
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %		MO; FFQL; QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		MO
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>		MO
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %		MO; FFQL
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %		MO; FFQL
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %		MO; FFQL
<i>timolol hemihydrate ophthalmic solution 0.5 %</i>	Betimol	MO
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>		MO
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>		MO
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	Travatan Z	MO; QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %		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>		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	Requisitos/Límites
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %		NEDS
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>		NEDS
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	Polycin	NEDS
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	Neo-Polycin HC	NEDS
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>		QL (30 per 30 days); NEDS
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>		NEDS
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>		NEDS
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>		NEDS
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>		QL (30 per 30 days); NEDS
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>		NEDS
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	Vigamox	NEDS
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	Neo-Polycin	NEDS
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	Maxitrol	NEDS
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	Maxitrol	NEDS
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>		NEDS
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>		NEDS
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>		NEDS
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>		NEDS
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	Ocuflox	NEDS
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>		NEDS
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>		NEDS
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>		NEDS
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>		NEDS
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>		NEDS
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>		QL (20 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	Requisitos/Límites
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>		NEDS
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>		NEDS
XDEMYVY OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %		PA; NEDS
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS DE OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA		
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>		NEDS
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	Restasis	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>		NEDS
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>		NEDS
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	Durezol	NEDS
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>		QL (50 per 25 days); NEDS
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	DermOtic	NEDS
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	FML Liquifilm	NEDS
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>		NEDS
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	Flonase Allergy Rel Childrens	QL (16 per 30 days); NEDS
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %		NEDS
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	Acular LS	NEDS
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	Acular	QL (10 per 25 days); NEDS
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel 0.5 %</i>	Lotemax	NEDS
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	Lotemax	NEDS
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act</i>	Nasonex 24HR	NEDS
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	Pred Forte	NEDS
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>		NEDS
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %		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	Requisitos/Límites
AGENTES DE OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA, VARIOS		
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		NEDS
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>		MO
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>		QL (30 per 25 days); NEDS
<i>azelastine hcl nasal solution 137 mcg/spray</i>		QL (30 per 25 days); NEDS
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>		NEDS
<i>azelastine-fluticasone nasal suspension 137-50 mcg/act</i>	Dymista	QL (23 per 30 days); NEDS
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>		NEDS
<i>epinastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>		NEDS
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>		MO; QL (60 per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>		MO; QL (30 per 30 days)
AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS		
AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML		PA-BvsD; NEDS
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER 3 MG/DOSE		NEDS
BAQSIMI TWO PACK NASAL POWDER 3 MG/DOSE		NEDS
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>		NEDS
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	Proglycem	NEDS
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG		NEDS
<i>glucagon emergency injection kit 1 mg</i>		NEDS
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		PA; HRM; NEDS
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>		NEDS
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	Carnitor	MO
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Carnitor	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	Requisitos/Límites
<i>l-glutamine oral packet 5 gm</i>	Endari	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	Mesnex	NEDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	Rectiv	NEDS
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg</i>	Mestinon	NEDS
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>		NEDS
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	Mestinon	NEDS
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2ML		PA; QL (4 per 28 days); NEDS
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		PA; QL (2 per 28 days); NEDS
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML		PA; QL (4 per 28 days); NEDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG		PA; QL (112 per 28 days); NEDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG		PA; QL (56 per 28 days); NEDS
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG		PA; QL (224 per 28 days); NEDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG		PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
VIJOICE ORAL PACKET 50 MG		PA; NEDS
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 200 & 50 MG, 50 MG		PA; NEDS
VOWST ORAL CAPSULE		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		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Letairis	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	Tracleer	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	Requisitos/Límites
<i>bosentan oral tablet soluble 32 mg</i>	Tracleer	PA; QL (112 per 28 days); NEDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	Revatio	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>		PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	Cialis	PA; MO; QL (30 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG		PA; QL (240 per 30 days); NEDS
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG		PA; NEDS
ANALGÉSICOS		
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	CeleBREX	ST; MO; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine external patch 1.3 %</i>	Flector	PA; NEDS
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>		MO
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>		MO
<i>diclofenac sodium external gel 3 %</i>		QL (1000 per 30 days); NEDS
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>		QL (300 per 30 days); NEDS
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		MO
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg, 75-0.2 mg</i>	Arthrotec	MO
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>		MO
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>		MO
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>		MO
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i>	Lodine	MO
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>		MO
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	Lurbiro	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	Requisitos/Límites
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	IBU	MO
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	Childrens Advil	NEDS
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	IBU	MO
<i>indomethacin er oral capsule extended release 75 mg</i>		MO
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>		MO
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>		QL (20 per 5 days); NEDS
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>		MO; QL (30 per 30 days)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>		MO
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg</i>	EC-Naprosyn	MO
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>		MO
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i>	Naprosyn	MO
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	EC-Naprosyn	MO
<i>naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	EC-Naprosyn	MO
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg</i>		MO
<i>naproxen sodium oral tablet 550 mg</i>	Anaprox DS	MO
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>		MO
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>		MO
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>		MO
ANALGÉSICOS, VARIOS		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>		QL (4500 per 30 days); NEDS
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>		QL (390 per 30 days); NEDS
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg, 300-60 mg</i>		QL (180 per 30 days); NEDS
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>		PA; HRM; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	BAC (Butalbital-Acetamin-Caff)	PA; HRM; QL (180 per 30 days); NEDS
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG		QL (720 per 30 days); NEDS
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 30 MG		QL (360 per 30 days); NEDS
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 60 MG		QL (180 per 30 days); NEDS
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	Endocet	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	Endocet	QL (360 per 30 days); NEDS
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	Endocet	QL (240 per 30 days); NEDS

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

Nombre del Medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>		QL (10 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15ml</i>		QL (2700 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>		QL (3600 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>		QL (180 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>		QL (360 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>		QL (240 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>		QL (150 per 30 days); NEDS
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg</i>	Dilaudid	QL (960 per 30 days); NEDS
<i>hydromorphone hcl oral tablet 4 mg</i>	Dilaudid	QL (480 per 30 days); NEDS
<i>hydromorphone hcl oral tablet 8 mg</i>	Dilaudid	QL (90 per 30 days); NEDS
JOURNAVX ORAL TABLET 50 MG		ST; QL (28 per 14 days); NEDS
METHADONE HCL ORAL SOLUTION 5 MG/5ML		QL (3600 per 30 days); NEDS
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		QL (180 per 30 days); NEDS
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>		QL (180 per 30 days); NEDS
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg</i>		QL (120 per 30 days); NEDS
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	MS Contin	QL (180 per 30 days); NEDS
MORPHINE SULFATE ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		QL (2700 per 30 days); NEDS
MORPHINE SULFATE ORAL SOLUTION 20 MG/5ML		QL (1350 per 30 days); NEDS
MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG		QL (360 per 30 days); NEDS
MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 30 MG		QL (180 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>		QL (720 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg</i>		QL (360 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg</i>	Roxicodone	QL (240 per 30 days); NEDS

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

Nombre del Medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
<i>oxycodone hcl oral tablet 20 mg</i>		QL (180 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 30 mg</i>	Roxicodone	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 5 mg</i>		QL (720 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	Endocet	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	Endocet	QL (360 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	Endocet	QL (240 per 30 days); NEDS
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>		QL (240 per 30 days); NEDS
ANESTÉSICOS		
ANESTESIA LOCAL		
APRIZIO PAK II EXTERNAL KIT 2.5-2.5 %		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
EMPRICAINE-II EXTERNAL KIT 2.5-2.5 %		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>		PA; QL (50 per 30 days); NEDS
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	Lidocan	QL (90 per 30 days); NEDS
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>		PA; NEDS
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>		NEDS
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
NUVAKAAN-II EXTERNAL KIT 2.5-2.5 %		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
PRIZOPAK II EXTERNAL KIT 2.5-2.5 %		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS		
ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS		
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg</i>	Exjade	PA; MO; FFQL
<i>deferasirox oral tablet soluble 250 mg, 500 mg</i>	Exjade	PA; NEDS
<i>deferiprone oral tablet 1000 mg</i>	Ferriprox	PA; NEDS
<i>deferiprone oral tablet 500 mg</i>		PA; NEDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Depen Titratabs	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	Requisitos/Límites
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	Syprine	PA; NEDS
ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA)		
ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA)		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	Cleocin	NEDS
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	Vandazole	NEDS
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>		NEDS
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>		NEDS
VANDAZOLE VAGINAL GEL 0.75 %		NEDS
ANTIBACTERIANOS		
AMINOGLICÓSIDOS		
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>		NEDS
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML		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>		NEDS
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>		NEDS
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>		NEDS
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>		NEDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG		PA; QL (224 per 28 days); NEDS
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	Kitabis Pak (w/ nebulizer)	PA-BvsD; QL (280 per 56 days)
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>		PA-BvsD; NEDS
ANTIBACTERIALES, MISCELÁNEOS		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Cleocin	NEDS
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	Cleocin	NEDS
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>		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	Requisitos/Límites
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/50ML		NEDS
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 600-0.9 MG/50ML-%		NEDS
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml</i>	Cleocin Phosphate	PA-BvsD; NEDS
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	Coly-Mycin M	PA-BvsD; NEDS
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 350 MG		NEDS
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>		NEDS
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gm</i>		NEDS
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	Zyvox	PA-BvsD; NEDS
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	Zyvox	PA; QL (1800 per 30 days); NEDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	Zyvox	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	Hiprex	NEDS
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>		PA-BvsD; NEDS
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		NEDS
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Macrochantin	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	Macrobid	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml</i>		NEDS
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>		NEDS
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm</i>		NEDS
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	Vancocin	QL (300 per 30 days); NEDS
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	Vancocin	QL (170 per 30 days); NEDS
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		NEDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG		NEDS
ANTIBIÓTICOS B-LACTAM		
MISCELÁNEOS		

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	Requisitos/Límites
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	Azactam	NEDS
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		PA; NEDS
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>		NEDS
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg</i>		NEDS
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	Primaxin IV	NEDS
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>		NEDS
CEFALOSPORINAS		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		NEDS
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>		NEDS
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>		NEDS
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>		NEDS
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>		NEDS
<i>cefдинir oral capsule 300 mg</i>		NEDS
<i>cefдинir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		NEDS
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>		NEDS
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>		NEDS
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>		NEDS
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>		NEDS
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>		PA-BvsD; NEDS
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>		NEDS
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>		NEDS
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		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	Requisitos/Límites
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		NEDS
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm</i>	Tazicef	NEDS
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 6 gm</i>		NEDS
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	Tazicef	NEDS
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>		NEDS
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		NEDS
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		NEDS
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>		PA-BvsD; NEDS
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>		PA-BvsD; NEDS
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		NEDS
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		NEDS
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		NEDS
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG		PA-BvsD; NEDS
MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	Zithromax	PA-BvsD; NEDS
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	Zithromax	NEDS
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack)</i>	Zithromax	NEDS
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>		NEDS
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>		NEDS
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		NEDS
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		NEDS
DIFICID ORAL TABLET 200 MG		ST; QL (20 per 10 days); NEDS
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>		NEDS
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		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	Requisitos/Límites
<i>erythromycin base oral tablet delayed release 250 mg</i>	Ery-Tab	NEDS
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	E.E.S. 400	NEDS
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	Ery-Tab	NEDS
PENICILINAS		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		NEDS
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>		NEDS
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>		NEDS
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>		NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>		NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml</i>		NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 600-42.9 mg/5ml</i>	Augmentin ES-600	NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>		NEDS
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>		NEDS
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>		PA-BvsD; NEDS
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	Unasyn	NEDS
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i>	Unasyn	NEDS
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML		NEDS
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML		NEDS
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		NEDS
<i>naftillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>		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	Requisitos/Límites
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		NEDS
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	Pfizerpen	PA-BvsD; NEDS
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>		PA-BvsD; NEDS
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		NEDS
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		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>		NEDS
QUINOLONAS		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Cipro	NEDS
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>		NEDS
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>		PA-BvsD; NEDS
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>		NEDS
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>		NEDS
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>		NEDS
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 400 MG/250ML		NEDS
MOXIFLOXACIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 400 MG/250ML		NEDS
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>		NEDS
<i>ofloxacin oral tablet 400 mg</i>		NEDS
SULFONAMIDAS		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>		NEDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	Sulfatrim Pediatric	NEDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i>	Bactrim	NEDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i>	Bactrim DS	NEDS
TETRACICLINAS		

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	Requisitos/Límites
<i>demeclocycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>		NEDS
<i>doxy 100 intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	Doxy 100	PA-BvsD; NEDS
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	Doxy 100	PA-BvsD; NEDS
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>		NEDS
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>		NEDS
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i>	Mondoxylene NL	NEDS
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i>		NEDS
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>		NEDS
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		NEDS
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		NEDS
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		NEDS
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		NEDS
TIGECYCLINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG		PA-BvsD; NEDS
ANTICONCEPTIVOS		
ANTICONCEPTIVOS		
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	Aviane	MO
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	Vyfemla	MO
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	MO
<i>cyred eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		MO
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	EluRyng	MO; FFQL; QL (1 per 28 days)
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	EluRyng	MO; FFQL; QL (1 per 28 days)
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	MO
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	MO
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	EluRyng	MO; FFQL; QL (1 per 28 days)
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	EluRyng	MO; FFQL; QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	MO
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	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	Requisitos/Límites
<i>isibloom oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		MO
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 19.5 MG		NEDS
<i>levonest oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>		MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	Aviane	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	Altavera	MO
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY		NEDS
<i>luta oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	Aviane	MO
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	MO
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	MO
<i>meleya oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	MO
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	MO
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20 MCG/DAY		NEDS
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG		NEDS
<i>nikki oral tablet 3-0.02 mg</i>		MO
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	Xulane	MO; QL (3 per 28 days)
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	Aurovela FE 1/20	MO
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	MO
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	Tilia Fe	MO
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	MO
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		MO
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		MO
<i>nortrel 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>		MO
<i>nylia 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		MO
<i>nylia 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>		MO
<i>orquidea oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	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	Requisitos/Límites
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 13.5 MG		NEDS
<i>sprintec 28 oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	MO
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>		MO
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>		MO
<i>tri-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>		MO
<i>vyfemla oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	Vyfemla	MO
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	Xulane	MO; QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	Xulane	MO; QL (3 per 28 days)
<i>zovia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		MO
ANTICONVULSIVOS		
ANTICONVULSIVOS		
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		PA; QL (600 per 30 days); NEDS
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Carbatrol	MO
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	TEGretol-XR	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	TEGretol	MO
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	TEGretol	MO
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg, 200 mg</i>		MO
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Onfi	PA; MO; FFQL; QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Onfi	PA; MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG		PA; NEDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG, 500 MG		PA; NEDS
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>		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	Requisitos/Límites
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG		MO; FFQL
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	Depakote ER	MO
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	Depakote Sprinkles	MO
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Depakote	MO
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		PA; NEDS
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML		MO; FFQL
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 200 mg, 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	Aptiom	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	Zarontin	MO
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	Zarontin	MO
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>		MO; FFQL
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	Felbatol	MO; FFQL
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML		PA; NEDS
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML		PA; NEDS
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	Neurontin	MO; QL (300 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	Neurontin	MO; QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	Neurontin	MO; QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	Neurontin	MO; QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	Neurontin	MO; QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	Vimpat	MO; FFQL; QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Vimpat	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	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	NEDS
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	LaMICtal	MO
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	LaMICtal	MO
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	LaMICtal ODT	MO; FFQL

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

Nombre del Medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	LaMICtal Starter	NEDS
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	LaMICtal Starter	NEDS
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	LaMICtal Starter	NEDS
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	Keppra XR	MO; QL (180 per 30 days)
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	Keppra XR	MO; QL (120 per 30 days)
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	Keppra	MO
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Keppra	MO
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	Celontin	MO; FFQL
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML		PA; NEDS
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	Trileptal	MO; FFQL
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	Trileptal	MO
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	Fycompa	NEDS
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i>	Fycompa	MO; FFQL
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>		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>		MO
<i>phenytek oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Phenytek	MO
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	Dilantin-125	MO
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	Dilantin Infatabs	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	Dilantin	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Phenytek	MO
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Lyrica	MO; QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 150 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Lyrica	MO; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Lyrica	MO; FFQL; QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>		MO
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Mysoline	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	Requisitos/Límites
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	Banzel	PA; QL (2400 per 30 days); NEDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	Banzel	PA; MO; FFQL; QL (240 per 30 days)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	Banzel	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG, 500 MG		MO; FFQL; QL (120 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG		PA; MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>		MO; FFQL
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>		MO; FFQL
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	Topamax Sprinkle	MO
<i>topiramate oral capsule sprinkle 50 mg</i>		MO
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i>	Eprontia	MO
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Topamax	MO
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>		MO
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>		MO
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML		PA; QL (10 per 30 days); NEDS
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 7.5 MG/0.1ML		PA; QL (10 per 30 days); NEDS
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 10 MG/0.1ML		PA; QL (10 per 30 days); NEDS
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML		PA; QL (10 per 30 days); NEDS
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	Sabril	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	Vigadrone	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i>	Vigadrone	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	Requisitos/Límites
<i>vigpoder oral packet 500 mg</i>	Sabril	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG		PA; QL (56 per 28 days); NEDS
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG		PA; QL (56 per 28 days); NEDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG		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		PA; QL (28 per 28 days); NEDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		MO; FFQL
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Zonegran	MO
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>		MO
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		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>		MO
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>		MO
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG		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	MO; QL (60 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	Wellbutrin XL	MO; QL (60 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</i>	Wellbutrin XL	MO; QL (30 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg</i>		MO; QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 75 mg</i>		MO; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>		PA; MO; HRM
<i>citalopram hydrobromide oral capsule 30 mg</i>		MO; QL (30 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>		MO; QL (600 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg</i>	CeleXA	MO; QL (45 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 20 mg</i>	CeleXA	MO; QL (60 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 40 mg</i>	CeleXA	MO; QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Anafranil	MO
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	Norpramin	MO
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		MO
DESVENLAFAXINE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 50 MG		MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>	Pristiq	MO; QL (30 per 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg</i>	Pristiq	MO; QL (60 per 30 days)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		MO
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>		MO
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG		MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG		MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>		MO; FFQL; QL (600 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Lexapro	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	Requisitos/Límites
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG		ST; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG		ST; QL (28 per 28 days); NEDS
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 40 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 20 mg</i>	PROzac	MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg</i>		MO; QL (4 per 28 days)
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>		MO; QL (600 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 20 mg</i>		MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 60 mg</i>		MO; QL (30 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg</i>		MO; QL (90 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>		MO
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>		MO
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG		MO; FFQL
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	Remeron	MO; QL (30 per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>		MO; QL (30 per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Remeron SolTab	MO; QL (30 per 30 days)
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg</i>		MO
NEFAZODONE HCL ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		MO
<i>nefazodone hcl tablet 150 mg oral</i>		MO
<i>nefazodone hcl tablet 200 mg oral</i>		MO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Pamelor	MO
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		MO
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg</i>		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	Requisitos/Límites
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg</i>	Symbyax	MO; QL (30 per 30 days)
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg</i>	Paxil CR	MO; QL (30 per 30 days)
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 37.5 mg</i>	Paxil CR	MO; QL (60 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>		MO; QL (900 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	Paxil	MO; QL (60 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 40 mg</i>	Paxil	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>		MO
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Nardil	MO
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		MO
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML		PA; MO; FFQL; QL (1200 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>		MO; QL (30 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	Zoloft	MO; QL (300 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg</i>	Zoloft	MO; QL (60 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Zoloft	MO; QL (45 per 30 days)
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Parnate	MO
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>		MO
<i>trazodone hcl oral tablet 300 mg</i>		MO
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		MO
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		ST; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
VENLAFAXINE BESYLATE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 112.5 MG		MO; QL (60 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg</i>	Effexor XR	MO; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 75 mg</i>	Effexor XR	MO; QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 225 mg, 37.5 mg</i>		MO; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>		MO; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>		MO; QL (90 per 30 days)
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Viibryd	MO; QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG		PA; QL (28 per 14 days); NEDS
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG		PA; QL (14 per 14 days); NEDS
ANTIFÚNGICOS		
ANTIFÚNGICOS		
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>		PA-BvsD; NEDS
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	AmBisome	PA-BvsD; NEDS
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>		NEDS
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>		NEDS
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>		NEDS
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	Ciclodan	NEDS
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>		NEDS
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>		NEDS
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	Lotrimin AF	NEDS
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>		NEDS
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>		NEDS
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>		NEDS
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion 1-0.05 %</i>		NEDS
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG		PA; NEDS
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>		QL (255 per 30 days); NEDS
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>		PA-BvsD; NEDS
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml</i>		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	Requisitos/Límites
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	Diflucan	NEDS
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>		NEDS
<i>fluconazole oral tablet 150 mg</i>	Diflucan	NEDS
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Ancobon	NEDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>		NEDS
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>		NEDS
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		NEDS
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	Sporanox	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>		QL (600 per 30 days); NEDS
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>		NEDS
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>		NEDS
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	Mycamine	PA-BvsD; NEDS
MICONAZOLE 3 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG		NEDS
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>		NEDS
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>		NEDS
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	Klayesta	NEDS
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>		NEDS
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>		NEDS
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>		NEDS
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>		NEDS
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>		PA; QL (93 per 30 days); NEDS
<i>ra clotrimazole external cream 1 %</i>	Lotrimin AF	NEDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>		QL (120 per 30 days); NEDS
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	Vfend IV	PA; NEDS
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	Vfend	PA; QL (300 per 30 days); NEDS

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

Nombre del Medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
ANTIHIISTAMÍNICOS		
ANTIHIISTAMÍNICOS		
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	KLS Aller-Tec Childrens	NEDS
<i>cetirizine hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	KLS Aller-Tec Childrens	NEDS
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>		NEDS
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>		NEDS
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Clarinet	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>		NEDS
<i>diphenhydramine hcl solution 50 mg/ml injection</i>		NEDS
<i>diphenhydramine hcl solution 50 mg/ml injection</i>		MO
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>		PA; HRM; NEDS
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>		PA; HRM; NEDS
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	Xyzal Allergy 24HR Childrens	QL (300 per 30 days); NEDS
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	Xyzal Allergy 24HR	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>promethazine hcl oral solution 6.25 mg/5ml</i>		PA; HRM; NEDS
ANTIMICOBACTERIALES		
ANTIMICOBACTERIALES		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>		MO
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>		NEDS
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>		MO
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>		MO
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG		NEDS
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>		NEDS
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>		NEDS
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	Rifadin	NEDS
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		NEDS
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG		PA; NEDS
ANTIVIRALES (SITÉMICO)		

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	Requisitos/Límites
ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	Ziagen	MO; FFQL; QL (900 per 30 days)
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>		MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>		MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		QL (120 per 30 days); NEDS
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg</i>		MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 200 mg</i>	Reyataz	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 300 mg</i>	Reyataz	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	Prezista	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	Prezista	QL (30 per 30 days); NEDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
EDURANT PED ORAL TABLET SOLUBLE 2.5 MG		QL (300 per 30 days); NEDS
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>		MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>		MO; QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg</i>		QL (30 per 30 days); NEDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 600-300-300 mg</i>	Symfi	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	Emtriva	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	Requisitos/Límites
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 167-250 mg</i>	Truvada	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 133-200 mg</i>	Truvada	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	Truvada	MO; QL (30 per 30 days)
<i>emtricitab-rilpivir-tenofovir df oral tablet 200-25-300 mg</i>	Complera	QL (30 per 30 days); NEDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		MO; FFQL; QL (680 per 28 days)
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Intelence	QL (120 per 30 days); NEDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>		QL (120 per 30 days); NEDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		QL (60 per 30 days); NEDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG		MO; FFQL; QL (120 per 30 days)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		QL (60 per 30 days); NEDS
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG		QL (60 per 30 days); NEDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		QL (60 per 30 days); NEDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG		QL (180 per 30 days); NEDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG		MO; FFQL; QL (180 per 30 days)
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5ML		MO; FFQL; QL (400 per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	Epivir	MO; QL (900 per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>		MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	Epivir	MO; QL (60 per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	Epivir	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>		MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	Kaletra	MO; FFQL; QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	Kaletra	MO; FFQL; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
<i>maraviroc oral tablet 150 mg</i>	Selzentry	QL (240 per 30 days); NEDS
<i>maraviroc oral tablet 300 mg</i>	Selzentry	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>		MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>		MO; FFQL; QL (1200 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)
NORVIR ORAL PACKET 100 MG		MO; FFQL; QL (360 per 30 days)
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		QL (360 per 30 days); NEDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG		QL (240 per 30 days); NEDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG		MO; FFQL; QL (420 per 30 days)
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG		QL (180 per 30 days); NEDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	Norvir	MO; QL (360 per 30 days)
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG		QL (60 per 30 days); NEDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML		QL (1800 per 30 days); NEDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG		QL (4 per 180 days)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG		QL (4 per 180 days)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 5 X 300 MG		QL (5 per 180 days)
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	Viread	MO; QL (30 per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG		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	Requisitos/Límites
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG		QL (360 per 30 days); NEDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG		MO; FFQL; QL (180 per 30 days)
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		PA; QL (28 per 28 days); NEDS
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG		QL (300 per 30 days); NEDS
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG		QL (120 per 30 days); NEDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		QL (240 per 30 days); NEDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	Retrovir	MO; QL (180 per 30 days)
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	Retrovir	MO; QL (1680 per 28 days)
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days)
ANTIVIRALES HCV		
<i>ledipasvir-sofosbuvir oral tablet 90-400 mg</i>	Harvoni	PA; NEDS
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG		PA; QL (84 per 28 days); NEDS
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg</i>	Epclusa	PA; NEDS
ANTIVIRALES, VARIOS		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG		PA; QL (336 per 28 days); NEDS
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	Tamiflu	QL (84 per 30 days); NEDS
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	Tamiflu	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	Tamiflu	NEDS
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG		QL (20 per 5 days); NEDS
PAXLOVID (300/100 & 150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 6 X 150 MG & 5 X 100MG		QL (11 per 28 days); NEDS
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG		QL (30 per 5 days); NEDS

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

Nombre del Medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
PREVYMIS ORAL PACKET 120 MG, 20 MG		PA; QL (120 per 30 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG		PA; QL (100 per 100 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT		NEDS
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		NEDS
INTERFERONES		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML		PA; NEDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML		PA; NEDS
NUCLEÓSIDOS Y NUCLEÓTIDOS		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>		NEDS
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>		NEDS
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>		NEDS
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>		PA-BvsD; NEDS
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>		PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
BARACLUDGE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML		PA; QL (600 per 30 days); NEDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Baraclude	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>		QL (90 per 30 days); NEDS
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>		NEDS
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>		NEDS
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm</i>	Valtrex	QL (90 per 30 days); NEDS
<i>valacyclovir hcl oral tablet 500 mg</i>	Valtrex	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	Valcyte	NEDS
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	Valcyte	MO; FFQL
DISPOSITIVOS		
DISPOSITIVOS		
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8 MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		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	Requisitos/Límites
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM		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		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		QL (120 per 30 days)
ALCOHOL PREP PAD		
ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %		
ALCOHOL SWABS PAD		
AQ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		QL (120 per 30 days)
AQINJECT PEN NEEDLE 31G X 5 MM , 32G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM		QL (120 per 30 days)
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		QL (120 per 30 days)
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML		QL (120 per 30 days)
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM		QL (120 per 30 days)
AUM ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %		
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE 31G X 4 MM , 31G X 5 MM		QL (120 per 30 days)
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 32G X 8 MM , 33G X 4 MM , 33G X 5 MM , 33G X 6 MM		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		QL (120 per 30 days)
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE 32G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
AUM SAFETY PEN NEEDLE 31G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
BD AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM		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	Requisitos/Límites
BD ECLIPSE SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML		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		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		QL (120 per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML		QL (120 per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML		QL (120 per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 27G X 5/8" 1 ML, 28G X 1/2" 1 ML		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		QL (120 per 30 days)
BD PEN NEEDLE MICRO ULTRAFINE 32G X 6 MM		QL (120 per 30 days)
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM		QL (120 per 30 days)
BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE 31G X 5 MM		QL (120 per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN 32G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO ULTRAFINE 32G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
BD PEN NEEDLE ORIG ULTRAFINE 29G X 12.7MM		QL (120 per 30 days)
BD PEN NEEDLE SHORT ULTRAFINE 31G X 8 MM		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		QL (120 per 30 days)
BD SAFETYGLIDE SYRINGE/NEEDLE 27G X 5/8" 1 ML		QL (120 per 30 days)
BD SWABS SINGLE USE BUTTERFLY PAD		
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT 31G X 15/64" 0.3 ML		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	Requisitos/Límites
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		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		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		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		QL (120 per 30 days)
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 70 %		
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		QL (120 per 30 days)
CARETOUCH PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 33G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 29G X 12MM , 33G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		QL (120 per 30 days)
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		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		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	Requisitos/Límites
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 32G X 8 MM , 33G X 4 MM , 33G X 5 MM , 33G X 6 MM , 33G X 8 MM		QL (120 per 30 days)
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 30G X 8 MM , 31G X 4 MM , 31G X 5 MM		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		QL (120 per 30 days)
CURITY ALL PURPOSE SPONGES PAD 2"X2"		
CURITY GAUZE PAD 2"X2"		
CURITY GAUZE SPONGE PAD 2"X2"		
CURITY SPONGES PAD 2"X2"		
CVS GAUZE PAD 2"X2"		
CVS GAUZE STERILE PAD 2"X2"		
DERMACEA GAUZE SPONGE PAD 2"X2"		
DERMACEA IV DRAIN SPONGES PAD 2"X2"		
DERMACEA NON-WOVEN SPONGES PAD 2"X2"		
DERMACEA TYPE VII GAUZE PAD 2"X2"		
DIATHRIVE PEN NEEDLE 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		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		QL (120 per 30 days)
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM		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	Requisitos/Límites
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		QL (120 per 30 days)
DROPSAFE ALCOHOL PREP PAD 70 %		NEDS
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		QL (120 per 30 days)
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 29G X 1/2" 1 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		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		QL (120 per 30 days)
DRUG MART UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM		QL (120 per 30 days)
EASY COMFORT ALCOHOL PADS PAD		
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		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		QL (120 per 30 days)
EASY GLIDE PEN NEEDLES 33G X 4 MM		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		QL (120 per 30 days)
EASY TOUCH FLIPLOCK SAFETY SYR 27G X 1/2" 1 ML		QL (120 per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML		QL (120 per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML		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	Requisitos/Límites
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		QL (120 per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 30G X 1/2" 1 ML		QL (120 per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 0.5 ML		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		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		QL (120 per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 29G X 5MM , 29G X 8MM , 30G X 8 MM		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		QL (120 per 30 days)
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM		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		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		QL (120 per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML		QL (120 per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" 1 ML, 28G X 1/2" 1 ML		QL (120 per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML		QL (120 per 30 days)
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM		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	Requisitos/Límites
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM		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		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		QL (120 per 30 days)
EQL ALCOHOL SWABS PAD 70 %		
EQL GAUZE PAD 2"X2"		
EQL INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML		QL (120 per 30 days)
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM		QL (120 per 30 days)
GAUZE PADS PAD 2"X2"		
GAUZE TYPE VII MEDI-PAK PAD 2"X2"		
GLOBAL ALCOHOL PREP EASE PAD 70 %		
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		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		QL (120 per 30 days)
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 30G X 1/2" 1 ML		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		QL (120 per 30 days)
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		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		QL (120 per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML		QL (120 per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES 30G X 5/16" 1 ML		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	Requisitos/Límites
GNP INSULIN SYRINGES 30GX5/16" 30G X 5/16" 0.3 ML		QL (120 per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16" 31G X 5/16" 0.3 ML		QL (120 per 30 days)
GNP PEN NEEDLES 32G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
GNP STERILE GAUZE PAD 2"X2"		
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML		QL (120 per 30 days)
GOODSENSE ALCOHOL SWABS PAD 70 %		
GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE 31G X 5 MM		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		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		QL (120 per 30 days)
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES 32G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 8 MM		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		QL (120 per 30 days)
H-E-B INCONTROL ALCOHOL PAD		
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		QL (120 per 30 days)
HM STERILE ALCOHOL PREP PAD		
HM STERILE PADS PAD 2"X2"		
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML		QL (120 per 30 days)
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM		QL (120 per 30 days)
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		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	Requisitos/Límites
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		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		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		QL (120 per 30 days)
INSUPEN PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 33G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
INSUPEN SENSITIVE 32G X 6 MM , 32G X 8 MM		QL (120 per 30 days)
INSUPEN ULTRAFIN 29G X 12MM , 30G X 8 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		QL (120 per 30 days)
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM		QL (120 per 30 days)
J & J GAUZE PAD 2"X2"		
KENDALL HYDROPHILIC FOAM DRESS PAD 2"X2"		
KENDALL HYDROPHILIC FOAM PLUS PAD 2"X2"		
KINRAY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		QL (120 per 30 days)
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G U-100 1 ML		QL (120 per 30 days)
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G U-100 0.3 ML, U-100 1 ML		QL (120 per 30 days)
KROGER INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		QL (120 per 30 days)
KROGER PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 6 MM		QL (120 per 30 days)
LEADER INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML		QL (120 per 30 days)
LEADER UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM , 32G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 5 MM , 31G X 8 MM		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	Requisitos/Límites
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		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		QL (120 per 30 days)
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.3 ML		QL (120 per 30 days)
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML		QL (120 per 30 days)
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		QL (120 per 30 days)
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 0.3 ML		QL (120 per 30 days)
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 0.5 ML		QL (120 per 30 days)
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 1 ML		QL (120 per 30 days)
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31G X 6 MM		QL (120 per 30 days)
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML		QL (120 per 30 days)
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29G X 5MM , 29G X 8MM		QL (120 per 30 days)
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" 0.5 ML, 27G X 1/2" 1 ML		QL (120 per 30 days)
MEDIC INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML		QL (120 per 30 days)
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 8 MM		QL (120 per 30 days)
MEDPURA ALCOHOL PADS EXTERNAL 70 %		
MEIJER ALCOHOL SWABS PAD 70 %		
MEIJER PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		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	Requisitos/Límites
MICRODOT PEN NEEDLE 31G X 6 MM , 32G X 4 MM , 33G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
MIRASORB SPONGES 2"X2"		
MM PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 32G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 25G X 5/8" 1 ML		QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML (OTC)		QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (RX)		QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (OTC)		QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (RX)		QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (RX)		QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (RX)		QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML (RX)		QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		QL (120 per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE U-100 1 ML		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		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		QL (120 per 30 days)
NOVOFINE AUTOCOVER 30G X 8 MM		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	Requisitos/Límites
NOVOFINE PEN NEEDLE 32G X 6 MM		QL (120 per 30 days)
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 32G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
NOVOTWIST PEN NEEDLE 32G X 5 MM		QL (120 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		QL (120 per 30 days)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
PEN NEEDLES 30G X 5 MM , 30G X 8 MM , 32G X 5 MM		QL (120 per 30 days)
PENTIPS 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 6 MM , 32G X 6 MM		QL (120 per 30 days)
PIP PEN NEEDLES 31G X 5MM 31G X 5 MM		QL (120 per 30 days)
PIP PEN NEEDLES 32G X 4MM 32G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		QL (120 per 30 days)
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML		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		QL (120 per 30 days)
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM		QL (120 per 30 days)
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		QL (120 per 30 days)
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		QL (120 per 30 days)
PRO COMFORT ALCOHOL PAD 70 %		
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		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		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		QL (120 per 30 days)
PURE COMFORT ALCOHOL PREP PAD		

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	Requisitos/Límites
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 32G X 8 MM		QL (120 per 30 days)
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 32G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
PX SHORTLENGTH PEN NEEDLES 31G X 8 MM		QL (120 per 30 days)
QC ALCOHOL SWABS PAD 70 %		
QC BORDER ISLAND GAUZE PAD 2"X2"		
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		QL (120 per 30 days)
RA ALCOHOL SWABS PAD 70 %		
RA INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML		QL (120 per 30 days)
RA PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 8 MM		QL (120 per 30 days)
RA STERILE PAD 2"X2"		
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G X 12MM , 31G X 4 MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM		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		QL (120 per 30 days)
REALITY SWABS PAD		
RELION ALCOHOL SWABS PAD		
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML		QL (120 per 30 days)
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		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		QL (120 per 30 days)
RELION MINI PEN NEEDLES 31G X 6 MM		QL (120 per 30 days)
RELION PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		QL (120 per 30 days)
RESTORE CONTACT LAYER PAD 2"X2"		

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	Requisitos/Límites
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		QL (120 per 30 days)
SAFETY PEN NEEDLES 30G X 5 MM , 30G X 8 MM		QL (120 per 30 days)
SB ALCOHOL PREP PAD 70 %		
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		QL (120 per 30 days)
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML		QL (120 per 30 days)
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM		QL (120 per 30 days)
SM ALCOHOL PREP EXTERNAL PAD 6-70 %		
SM ALCOHOL PREP PAD		
SM GAUZE PAD 2"X2"		
STERILE GAUZE PAD 2"X2"		
STERILE PAD 2"X2"		
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PAD 70 %		
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		QL (120 per 30 days)
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		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		QL (120 per 30 days)
SURE-PREP ALCOHOL PREP PAD 70 %		
SURGICAL GAUZE SPONGE PAD 2"X2"		

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	Requisitos/Límites
TECHLITE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		QL (120 per 30 days)
TECHLITE PEN NEEDLES 32G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
TERUMO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		QL (120 per 30 days)
THERAGAUZE PAD 2"X2"		
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES 29G X 12MM		QL (120 per 30 days)
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE 31G X 8 MM		QL (120 per 30 days)
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		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		QL (120 per 30 days)
TRUE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %		
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		QL (120 per 30 days)
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 32G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PREP PAD 70 %		
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		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		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		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	Requisitos/Límites
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		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		QL (120 per 30 days)
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML		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		QL (120 per 30 days)
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 30G X 5 MM , 31G X 6 MM , 32G X 6 MM		QL (120 per 30 days)
ULTICARE PEN NEEDLES 29G X 12.7MM , 31G X 5 MM		QL (120 per 30 days)
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 30G X 8 MM , 31G X 8 MM		QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 29G X 12.7MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM		QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 0.3 ML		QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 0.5 ML		QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 1 ML		QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 1 ML		QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML		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	Requisitos/Límites
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML		QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.5 ML		QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML		QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML		QL (120 per 30 days)
ULTILET ALCOHOL SWABS PAD		
ULTILET PEN NEEDLE 29G X 12.7MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		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		QL (120 per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML		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		QL (120 per 30 days)
ULTRA THIN PEN NEEDLES 32G X 4 MM		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		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		QL (120 per 30 days)
ULTRA-COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		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		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	Requisitos/Límites
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML		QL (120 per 30 days)
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE 31G X 5 MM		QL (120 per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT 31G X 8 MM		QL (120 per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES 29G X 12.7MM		QL (120 per 30 days)
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 32G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
UNIFINE PEN NEEDLES 32G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
UNIFINE PENTIPS PLUS 29G X 12MM , 31G X 6 MM , 32G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 5 MM , 30G X 8 MM , 32G X 4 MM		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		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		QL (120 per 30 days)
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML		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		QL (120 per 30 days)
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 32G X 6 MM		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		QL (120 per 30 days)
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		QL (120 per 30 days)
VP INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		QL (120 per 30 days)
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE PAD 70 %		

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	Requisitos/Límites
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 8 MM		QL (120 per 30 days)
ZEV RX STERILE ALCOHOL PREP PAD PAD 70 %		
PREPARACIONES DE REEMPLAZO		
PREPARACIONES DE REEMPLAZO		
<i>dextrose-nacl intravenous solution 5-0.9 %</i>		NEDS
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10-0.2 %, 10-0.45 %		PA-BvsD; NEDS
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 2.5-0.45 %		NEDS
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>		NEDS
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		NEDS
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION		PA-BvsD; NEDS
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION		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>		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-%-%		NEDS
KCL-LACTATED RINGERS-D5W INTRAVENOUS SOLUTION 20 MEQ/L		NEDS
MAGNESIUM SULFATE INJECTION SOLUTION 50 %		NEDS
<i>magnesium sulfate injection solution 50 % (10ml syringe)</i>		NEDS
<i>multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution</i>	Plasma-Lyte 148	NEDS
<i>multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution</i>	Plasma-Lyte A	NEDS
<i>potassium chloride crystal oral tablet extended release 10 meq</i>	Klor-Con M10	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	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 15 meq</i>	Klor-Con M15	MO
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 20 meq</i>	Klor-Con M20	MO
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>		MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq</i>	Klor-Con 10	MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 20 meq</i>		MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 8 meq</i>	Klor-Con	MO
POTASSIUM CHLORIDE IN NA ₂ CL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-%, 20-0.9 MEQ/L-%, 40-0.9 MEQ/L-%		NEDS
POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MEQ/100ML, 20 MEQ/100ML		NEDS
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)</i>		NEDS
POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 40 MEQ/100ML		NEDS
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	Klor-Con	MO
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>		MO
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg)</i>	Urocit-K 10	NEDS
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 15 meq (1620 mg)</i>	Urocit-K 15	NEDS
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>		NEDS
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% INTRAVENOUS SOLUTION 20 MEQ/L		PA-BvsD; NEDS
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %</i>		NEDS
<i>sodium chloride intravenous solution 0.9 %</i>		NEDS
<i>sodium chloride intravenous solution 3 %, 5 %</i>		NEDS
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE		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	Requisitos/Límites
PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN		
AGENTES HEMATOLÓGICOS, VARIOS		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	Agrylin	MO; FFQL
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>		MO; FFQL
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>		NEDS
ANTICOAGULANTES		
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Pradaxa	MO; QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG		QL (74 per 30 days); NEDS
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG		MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG		MO; FFQL; QL (90 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	Lovenox	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml</i>	Lovenox	QL (24 per 30 days); NEDS
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 30 mg/0.3ml</i>	Lovenox	QL (9 per 30 days); NEDS
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i>	Lovenox	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 60 mg/0.6ml</i>	Lovenox	QL (18 per 30 days); NEDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	Arixtra	QL (14 per 30 days); NEDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	Arixtra	QL (24 per 30 days); NEDS
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>		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	MO
<i>rivaroxaban oral suspension reconstituted 1 mg/ml</i>	Xarelto	MO; QL (900 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	Requisitos/Límites
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i>	Xarelto	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	MO
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML		MO; FFQL; QL (900 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG		MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG		MO; FFQL; QL (120 per 30 days)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG		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>		MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>		MO
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	Plavix	MO
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		MO
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>		MO
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	Brilinta	MO; QL (60 per 30 days)
MODIFICADORES DE FORMACIÓN DE SANGRE		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML		PA; NEDS
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG		PA; QL (360 per 30 days); NEDS
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG		PA; QL (180 per 30 days); NEDS
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		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		PA; QL (12 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	Requisitos/Límites
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		PA; NEDS
REEMPLAZO/MODIFICADORES DE ENZIMA		
REEMPLAZO/MODIFICADORES DE ENZIMA		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000- 114000 UNIT, 6000-19000 UNIT		MO; FFQL
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	Yargesa	PA; NEDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML		PA-BvsD; NEDS
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5ML		PA; NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	Javygtor	PA; NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	Javygtor	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		MO; FFQL
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 60000-189600 UNIT		NEDS
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS		
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>		NEDS
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		PA; HRM; NEDS
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 50 mg</i>		NEDS
<i>dantrolene sodium oral capsule 25 mg</i>	Dantrium	NEDS
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>		PA; HRM; NEDS
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>		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	Requisitos/Límites
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>		NEDS
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i>	Zanaflex	NEDS
SOLUCIONES IRRIGANTES		
SOLUCIONES IRRIGANTES		
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	Argyle Sterile Saline	NEDS
VITAMINAS Y MINERALES		
VITAMINAS Y MINERALES		
C-NATE DHA ORAL CAPSULE 28-1-200 MG		NEDS
COMPLETENATE ORAL TABLET CHEWABLE 29-1 MG		NEDS
<i>fluoritab oral solution 0.275 (0.125 f) mg/drop</i>		MO
FOLIVANE-OB ORAL CAPSULE 85-1 MG		NEDS
KOSHER PRENATAL PLUS IRON ORAL TABLET 30-1 MG		NEDS
M-NATAL PLUS ORAL TABLET 27-1 MG		NEDS
<i>nafrinse drops oral solution 0.275 (0.125 f) mg/drop</i>		MO
NIVA-PLUS ORAL TABLET 27-1 MG		NEDS
OBSTETRIX DHA ORAL 29-1 & 350 MG		NEDS
PNV 27-CA/FE/FA ORAL TABLET 60-1 MG		NEDS
PNV TABS 29-1 ORAL TABLET 29-1 MG		NEDS
PNV-DHA+DOCUSATE ORAL CAPSULE 27-1.25-300 MG		NEDS
PNV-OMEGA ORAL CAPSULE 28-0.6-0.4-340 MG		NEDS
PRENA 1 TRUE ORAL 30-1.4 & 300 MG		NEDS
PRENAISSANCE ORAL CAPSULE 29-1.25-325 MG		NEDS
PRENAISSANCE PLUS ORAL CAPSULE 28-1-250 MG		NEDS
PRENATABS FA ORAL TABLET 29-1 MG		NEDS
PRENATAL ORAL TABLET 27-1 MG		NEDS
PRENATAL-U ORAL CAPSULE 106.5-1 MG		NEDS
PREPLUS ORAL TABLET 27-1 MG		NEDS
PRETAB ORAL TABLET 29-1 MG		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	Requisitos/Límites
SELECT-OB ORAL TABLET CHEWABLE 29-0.6-0.4 MG, 29-1 MG		NEDS
SE-NATAL 19 ORAL TABLET CHEWABLE 29-1 MG		NEDS
<i>sodium fluoride oral solution 1.1 (0.5 f) mg/ml</i>	SoluVita	MO
<i>sodium fluoride oral tablet 1.1 (0.5 f) mg</i>		MO
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>		MO
<i>sodium fluoride oral tablet chewable 1.1 (0.5 f) mg, 2.2 (1 f) mg</i>		MO
TARON-C DHA ORAL CAPSULE 35-1 MG		NEDS
TARON-PREX ORAL CAPSULE 30-1.2-265 MG		NEDS
VIRT-C DHA ORAL CAPSULE 53.5-38-1 MG		NEDS
VIRT-NATE DHA ORAL CAPSULE 28-1-200 MG		NEDS
VIRT-PN DHA ORAL CAPSULE 27-0.6-0.4-300 MG		NEDS
VIRT-PN PLUS ORAL CAPSULE 28-0.6-0.4-340 MG		NEDS
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE 3.33-0.333-34.8 MG		NEDS
VITAFOL-OB+DHA ORAL 65-1 & 250 MG		NEDS
VP-PNV-DHA ORAL CAPSULE 28-1-215.8 MG		NEDS
ZATEAN-PN DHA ORAL CAPSULE 27-0.6-0.4-300 MG		NEDS
ZATEAN-PN PLUS ORAL CAPSULE 28-0.6-0.4-340 MG		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>	94	<i>aliskiren fumarate</i>	38	ASMANEX (30 METERED	
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i> ...	94	<i>allopurinol</i>	21	DOSES)	45
<i>abigale</i>	56	<i>alose tron hcl</i>	39	ASMANEX (60 METERED	
<i>abigale lo</i>	56	<i>alprazolam</i>	14	DOSES)	45
ABILIFY ASIMTUFII	25	ALUNBRIG.....	1	ASMANEX HFA.....	45
ABILIFY MAINTENA	25, 26	<i>amantadine hcl</i>	24	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	120
<i>abiraterone acetate</i>	1	<i>ambrisentan</i>	70	ASSURE ID DUO PRO PEN	
<i>abirtega</i>	1	<i>amikacin sulfate</i>	75	NEEDLES	99
ABOUTTIME PEN NEEDLE	98	<i>amiloride hcl</i>	36	ASSURE ID INSULIN	
ABRYSVO	62	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>		SAFETY SYR	99
<i>acamprosate calcium</i>	13	.....	36	ASSURE ID PRO PEN	
<i>acarbose</i>	16	<i>amiodarone hcl</i>	30	NEEDLES	99
<i>accutane</i>	50	<i>amitriptyline hcl</i>	87	<i>atazanavir sulfate</i>	94
<i>acebutolol hcl</i>	31	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>		<i>atenolol</i>	31
<i>acetaminophen-codeine</i>	72	.....	34	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	31
<i>acetazolamide</i>	65	<i>amlodipine besylate</i>	34	<i>atomoxetine hcl</i>	41
<i>acetazolamide er</i>	65	<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	35	<i>atorvastatin calcium</i>	35
<i>acetic acid</i>	66	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	35	<i>atovaquone</i>	23
<i>acetylcysteine</i>	44	<i>amlodipine-olmesartan</i>	35	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	23
<i>acitretin</i>	50	<i>ammonium lactate</i>	50	<i>atropine sulfate</i>	69
ACTHIB	62	<i>amoxapine</i>	87	ATROVENT HFA.....	46
ACTIMMUNE	69	<i>amoxicillin</i>	79	AUGTYRO.....	1
<i>acyclovir</i>	50, 98	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	79	AUM ALCOHOL PREP PADS	
<i>acyclovir sodium</i>	98	<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	79	.....	99
ADACEL.....	62	<i>amphetamine-</i>		AUM INSULIN SAFETY PEN	
<i>adalimumab-adbm (2 pen)</i>	59	<i>dextroamphetamine</i>	41	NEEDLE.....	99
<i>adalimumab-adbm (2 syringe)</i>	59	<i>amphotericin b</i>	91	AUM MINI INSULIN PEN	
<i>adapalene</i>	51	<i>amphotericin b liposome</i>	91	NEEDLE.....	99
<i>adefovir dipivoxil</i>	98	<i>ampicillin</i>	79	AUM PEN NEEDLE	99
ADEMPAS	70	<i>ampicillin sodium</i>	79	AUM READYGARD DUO	
ADVOCATE INSULIN PEN		<i>ampicillin-sulbactam sodium</i> .	79	PEN NEEDLE	99
NEEDLE	99	<i>anagrelide hcl</i>	119	AUM SAFETY PEN NEEDLE	
ADVOCATE INSULIN PEN		<i>anastrozole</i>	1	.....	99
NEEDLES	99	<i>apraclonidine hcl</i>	69	AUSTEDO.....	41
ADVOCATE INSULIN		<i>aprepitant</i>	22	AUSTEDO XR.....	41, 42
SYRINGE.....	99	APRIZIO PAK II.....	74	AUSTEDO XR PATIENT	
AKEEGA.....	1	APTIVUS	94	TITRATION	42
<i>albendazole</i>	23	AQ INSULIN SYRINGE	99	AUVELITY	87
<i>albuterol sulfate</i>	46	AQINJECT PEN NEEDLE	99	<i>aviane</i>	81
<i>albuterol sulfate hfa</i>	46	ARCALYST	59	AVMAPKI FAKZYNJA CO-	
<i>alclometasone dipropionate</i>	47	AREXVY	62	PACK.....	1
ALCOHOL PREP	99	ARIKAYCE.....	75	AYVAKIT	1
ALCOHOL PREP PADS	99	<i>aripiprazole</i>	26	AZASITE.....	67
ALCOHOL SWABS	99	<i>armodafinil</i>	41	<i>azathioprine</i>	59
ALECENSA	1	ARNUITY ELLIPTA	45	<i>azelastine hcl</i>	69
<i>alendronate sodium</i>	40	<i>asenapine maleate</i>	26	<i>azelastine-fluticasone</i>	69
<i>alfuzosin hcl er</i>	54	ASMANEX (120 METERED		<i>azithromycin</i>	78
		DOSES)	45	<i>aztreonam</i>	77

B		
<i>bacitracin</i>	67	<i>benazepril hcl</i> 37
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	67	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> 37
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	67	BENLYSTA 59
<i>baclofen</i> 121		<i>benztropine mesylate</i> 24
<i>balsalazide disodium</i> 39		BESREMI..... 59
BALVERSA 1		<i>betamethasone dipropionate</i> ... 48
BAQSIMI ONE PACK 69		<i>betamethasone dipropionate aug</i> 48
BAQSIMI TWO PACK..... 69		<i>betamethasone valerate</i> 48
BARACLUDE..... 98		BETAMETHASONE VALERATE 48
BCG VACCINE 62		<i>betaxolol hcl</i> 31, 65
BD AUTOSHIELD DUO..... 99		<i>bethanechol chloride</i> 54
BD ECLIPSE SYRINGE 100		<i>bexarotene</i> 1
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 100		BEXSERO 62
BD INSULIN SYRINGE 100		<i>bicalutamide</i> 1
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT 100		BICILLIN C-R 79
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 100		BICILLIN L-A 79
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 100		BIKTARVY..... 94
BD PEN NEEDLE MICRO ULTRAFINE 100		<i>bimatoprost</i> 65
BD PEN NEEDLE MINI U/F 100		<i>bisoprolol fumarate</i> 31
BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE 100		<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> 31
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN..... 100		BOOSTRIX 62, 63
BD PEN NEEDLE NANO ULTRAFINE 100		<i>bosentan</i> 70, 71
BD PEN NEEDLE ORIG ULTRAFINE 100		BOSULIF..... 2
BD PEN NEEDLE SHORT ULTRAFINE 100		BRAFTOVI 2
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE..... 100		BREO ELLIPTA 45
BD SAFETYGLIDE SYRINGE/NEEDLE 100		<i>breynga</i> 45
BD SWABS SINGLE USE BUTTERFLY 100		BREZTRI AEROSPHERE..... 46
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT 100		<i>briellyn</i> 81
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 101		<i>brimonidine tartrate</i> 65
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F..... 101		<i>brimonidine tartrate-timolol</i> ... 66
BELSOMRA 41		<i>brinzolamide</i> 66
		BRIVIACT 83
		<i>bromfenac sodium (once-daily)</i> 68
		<i>bromocriptine mesylate</i> 24
		BRONCHITOL TOLERANCE TEST..... 44
		BRUKINSA..... 2
		<i>budesonide</i> 39, 45
		<i>budesonide er</i> 39
		<i>budesonide-formoterol fumarate</i> 45
		<i>bumetanide</i> 36, 37
		<i>buprenorphine hcl</i> 14
		<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i> 14
		<i>bupropion hcl</i> 87
		<i>bupropion hcl er (smoking det)</i> 14
		<i>bupropion hcl er (sr)</i> 87
		<i>bupropion hcl er (xl)</i> 87
		<i>buspirone hcl</i> 69
		<i>butalbital-acetaminophen</i> 72
		<i>butalbital-apap-cafeine</i> 72
		C
		<i>cabergoline</i> 24
		CABOMETYX 2
		<i>calcipotriene</i> 50
		<i>calcitonin (salmon)</i> 40
		<i>calcitriol</i> 40
		CALQUENCE 2
		<i>camila</i> 81
		CAMZYOS..... 33
		<i>candesartan cilexetil</i> 33
		<i>candesartan cilexetil-hctz</i> 33
		CAPLYTA 26
		CAPRELSA..... 2
		<i>captopril</i> 37
		<i>carbamazepine</i> 83
		<i>carbamazepine er</i> 83
		<i>carbidopa</i> 24
		<i>carbidopa-levodopa</i> 24, 25
		<i>carbidopa-levodopa er</i> 24
		<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> 25
		CAREFINE PEN NEEDLES 101
		CAREONE INSULIN SYRINGE..... 101
		CARETOUCH ALCOHOL PREP..... 101
		CARETOUCH INSULIN SYRINGE..... 101
		CARETOUCH PEN NEEDLES 101
		<i>carglumic acid</i> 52
		<i>carteolol hcl</i> 66
		<i>cartia xt</i> 32
		<i>carvedilol</i> 31
		<i>carvedilol phosphate er</i> 31
		<i>caspofungin acetate</i> 91
		CAYSTON 77
		<i>cefaclor</i> 77
		<i>cefadroxil</i> 77
		<i>cefazolin sodium</i> 77
		<i>cefdinir</i> 77

<i>cefepime hcl</i>	77	<i>clobazam</i>	83	COTELLIC	2
<i>cefixime</i>	77	<i>clobetasol propionate</i>	48	CREON.....	121
<i>cefoxitin sodium</i>	77	<i>clobetasol propionate e</i>	48	CRESEMBA.....	91
<i>cefpodoxime proxetil</i>	77	<i>clomipramine hcl</i>	88	<i>cromolyn sodium</i>	44, 53, 69
<i>cefprozil</i>	77, 78	<i>clonazepam</i>	14, 15	CURITY ALL PURPOSE	
<i>ceftazidime</i>	78	<i>clonidine</i>	30	SPONGES	102
<i>ceftriaxone sodium</i>	78	<i>clonidine hcl</i>	30	CURITY GAUZE.....	102
<i>cefuroxime axetil</i>	78	<i>clonidine hcl er</i>	42	CURITY GAUZE SPONGE	102
<i>cefuroxime sodium</i>	78	<i>clopidogrel bisulfate</i>	120	CURITY SPONGES.....	102
<i>celecoxib</i>	71	<i>clorazepate dipotassium</i>	15	CVS GAUZE.....	102
<i>cephalexin</i>	78	<i>clotrimazole</i>	91	CVS GAUZE STERILE.....	102
<i>cetirizine hcl</i>	93	<i>clotrimazole-betamethasone</i> ...	91	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	121
<i>cevimeline hcl</i>	47	<i>clozapine</i>	26	<i>cyclophosphamide</i>	2
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	14	C-NATE DHA.....	122	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	2, 3
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i>		COARTEM.....	24	<i>cyclosporine</i>	59, 68
.....	88	COBENFY.....	26	<i>cyclosporine modified</i>	59
<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>	15	COBENFY STARTER PACK		<i>cyproheptadine hcl</i>	93
<i>chlorhexidine gluconate</i>	47	.....	26	<i>cyred eq</i>	81
<i>chloroquine phosphate</i>	23	CODEINE SULFATE	72	CYSTAGON.....	54
<i>chlorpromazine hcl</i>	26	<i>colchicine</i>	21	D	
<i>chlorthalidone</i>	37	<i>colchicine-probenecid</i>	21	<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	
<i>cholestyramine</i>	35	<i>colesevelam hcl</i>	35	.....	119
<i>cholestyramine light</i>	35	<i>colestipol hcl</i>	35	<i>dalfampridine er</i>	42
<i>ciclopirox</i>	91	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	76	<i>danazol</i>	55
<i>ciclopirox olamine</i>	91	COMBIVENT RESPIMAT ...	46	<i>dantrolene sodium</i>	121
<i>cilostazol</i>	120	COMETRIQ (100 MG DAILY		DANZITEN	3
CIMDUO.....	94	DOSE)	2	<i>dapagliflozin propanediol</i>	16
<i>cimetidine</i>	52	COMETRIQ (140 MG DAILY		<i>dapsone</i>	93
<i>cinacalcet hcl</i>	40	DOSE)	2	DAPTACEL	63
<i>ciprofloxacin hcl</i>	67, 80	COMETRIQ (60 MG DAILY		<i>daptomycin</i>	76
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	80	DOSE)	2	DAPTOMYCIN.....	76
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> . 67		COMFORT ASSIST INSULIN		<i>darifenacin hydrobromide er</i>	54
<i>citalopram hydrobromide</i>	88	SYRINGE.....	101	<i>darunavir</i>	94
<i>claravis</i>	50	COMFORT EZ INSULIN		<i>dasatinib</i>	3
<i>clarithromycin</i>	78	SYRINGE.....	101	DAURISMO	3
<i>clarithromycin er</i>	78	COMFORT EZ PEN NEEDLES		DAYBUE.....	42
CLEVER CHOICE COMFORT		.....	102	<i>deferasirox</i>	74
EZ	101	COMFORT EZ PRO PEN		<i>deferiprone</i>	74
CLICKFINE PEN NEEDLES		NEEDLES	102	DELSTRIGO	94
.....	101	COMFORT TOUCH INSULIN		<i>demeclocycline hcl</i>	81
<i>clindamycin hcl</i>	75	PEN NEED	102	DEPO-SUBQ PROVERA	104
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	75	COMPLETENATE.....	122	.....	58
<i>clindamycin phos (once-daily)</i> 51		<i>constulose</i>	53	DERMACEA GAUZE	
<i>clindamycin phosphate</i>	51, 75,	COPIKTRA	2	SPONGE.....	102
76		COSENTYX.....	59	DERMACEA IV DRAIN	
<i>clindamycin phosphate in d5w</i> 75		COSENTYX (300 MG DOSE)		SPONGES	102
CLINDAMYCIN PHOSPHATE		.....	59	DERMACEA NON-WOVEN	
IN D5W	76	COSENTYX SENSOREADY		SPONGES	102
CLINDAMYCIN PHOSPHATE		(300 MG).....	59	DERMACEA TYPE VII	
IN NACL	76	COSENTYX UNOREADY ...	59	GAUZE.....	102

DESCOVY	94	<i>disulfiram</i>	14	EASY TOUCH INSULIN	
<i>desipramine hcl</i>	88	<i>divalproex sodium</i>	84	BARRELS	103
<i>desloratadine</i>	93	<i>divalproex sodium er</i>	84	EASY TOUCH INSULIN	
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	57	<i>dofetilide</i>	31	SAFETY SYR	103, 104
<i>desmopressin acetate</i>	57	<i>donepezil hcl</i>	16	EASY TOUCH INSULIN	
<i>desmopressin acetate spray</i> ..	57	<i>dorzolamide hcl</i>	66	SYRINGE	104
<i>desonide</i>	48	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> ...	66	EASY TOUCH PEN NEEDLES	
<i>desoximetasone</i>	48	<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i>	66	.....	104
DESVENLAFAXINE ER	88	.....	66	EASY TOUCH SAFETY PEN	
<i>desvenlafaxine succinate er</i> ..	88	DOVATO	94	NEEDLES	104
<i>dexamethasone</i>	57	<i>doxazosin mesylate</i>	30	EASY TOUCH	
<i>dexamethasone sodium</i>		<i>doxepin hcl</i>	41, 88	SHEATHLOCK SYRINGE	
<i>phosphate</i>	68	<i>doxy 100</i>	81	.....	104
<i>dexlansoprazole</i>	52	<i>doxycycline hyclate</i>	81	<i>econazole nitrate</i>	91
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	42	<i>doxycycline monohydrate</i>	81	EDURANT	94
<i>dextroamphetamine sulfate</i> ..	42	DRIZALMA SPRINKLE	88	EDURANT PED	94
<i>dextrose-nacl</i>	117	<i>dronabinol</i>	23	<i>efavirenz</i>	94
<i>dextrose-sodium chloride</i>	117	DROPLET INSULIN		<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	94
DEXTROSE-SODIUM		SYRINGE	102	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	
CHLORIDE	117	DROPLET MICRON	102	.....	94
DIACOMIT	83	DROPLET PEN NEEDLES	103	<i>eletriptan hydrobromide</i>	22
DIATHRIVE PEN NEEDLE	102	DROPSAFE ALCOHOL PREP		ELIGARD	3
<i>diazepam</i>	15, 83	.....	103	ELIQUIS	119
<i>diazepam intensol</i>	15	DROPSAFE SAFETY PEN		ELIQUIS DVT/PE STARTER	
<i>diazoxide</i>	69	NEEDLES	103	PACK	119
<i>diclofenac epolamine</i>	71	DROPSAFE SAFETY		ELMIRON	69
<i>diclofenac potassium</i>	71	SYRINGE/NEEDLE	103	<i>eluryng</i>	81
<i>diclofenac sodium</i>	68, 71	<i>droxidopa</i>	30	EMBECTA AUTOSHIELD	
<i>diclofenac sodium er</i>	71	DRUG MART ULTRA		DUO	104
<i>diclofenac-misoprostol</i>	71	COMFORT SYR	103	EMBECTA INS SYR U/F 1/2	
<i>dicloxacillin sodium</i>	79	DRUG MART UNIFINE		UNIT	104
<i>dicyclomine hcl</i>	53	PENTIPS	103	EMBECTA INSULIN SYR	
DIFICID	78	<i>duloxetine hcl</i>	88	ULTRAFINE	104
<i>diflunisal</i>	71	DUPIXENT	59	EMBECTA INSULIN	
<i>difluprednate</i>	68	<i>dutasteride</i>	54	SYRINGE	104
<i>digoxin</i>	33	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i> ..	54	EMBECTA INSULIN	
DIGOXIN	33	E		SYRINGE U-100	104
<i>dihydroergotamine mesylate</i> ..	22	EASY COMFORT ALCOHOL		EMBECTA INSULIN	
DILANTIN	84	PADS	103	SYRINGE U-500	104
<i>diltiazem hcl</i>	32	EASY COMFORT INSULIN		EMBECTA PEN NEEDLE	
<i>diltiazem hcl er</i>	32	SYRINGE	103	NANO	105
<i>diltiazem hcl er beads</i>	32	EASY COMFORT PEN		EMBECTA PEN NEEDLE	
<i>diltiazem hcl er coated beads</i> ..	32	NEEDLES	103	NANO 2 GEN	104
<i>dilt-xr</i>	32	EASY GLIDE PEN NEEDLES		EMBECTA PEN NEEDLE	
<i>dimethyl fumarate</i>	42	.....	103	ULTRAFINE	105
<i>dimethyl fumarate starter pack</i>		EASY TOUCH FLIPLOCK		EMBRACE PEN NEEDLES	105
.....	42	INSULIN SY	103	EMGALITY	22
<i>diphenhydramine hcl</i>	93	EASY TOUCH FLIPLOCK		EMGALITY (300 MG DOSE)	
<i>diphenoxylate-atropine</i>	53	SAFETY SYR	103	.....	22
<i>dipyridamole</i>	120			EMPRICAINE-II	74

EMSAM	88	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	81	<i>fluocinolone acetonide scalp</i> ..	49
<i>emtricitabine</i>	94	<i>etravirine</i>	95	<i>fluocinonide</i>	49
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	95	EUCRISA	48	<i>fluocinonide emulsified base</i> ...	49
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df</i>	95	EULEXIN.....	3	<i>fluoritab</i>	122
EMTRIVA	95	<i>everolimus</i>	3, 4, 60	<i>fluorometholone</i>	68
<i>enalapril maleate</i>	38	EVOTAZ	95	<i>fluorouracil</i>	50
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	38	EXEL COMFORT POINT PEN		<i>fluoxetine hcl</i>	89
ENBREL	60	NEEDLE.....	105	<i>fluphenazine decanoate</i>	27
ENBREL MINI	60	<i>exemestane</i>	4	<i>fluphenazine hcl</i>	27
ENBREL SURECLICK	60	<i>ezetimibe</i>	35	<i>flurbiprofen</i>	71
<i>endocet</i>	72	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	35	<i>flurbiprofen sodium</i>	68
ENERGIX-B.....	63	F		<i>fluticasone propionate</i>	49, 68
<i>enilloring</i>	81	<i>famciclovir</i>	98	<i>fluticasone propionate hfa</i>	45
<i>enoxaparin sodium</i>	119	<i>famotidine</i>	52	<i>fluticasone-salmeterol</i>	45
ENSPRYNG	42	FANAPT.....	27	<i>fluvastatin sodium</i>	36
<i>entacapone</i>	25	FANAPT TITRATION PACK		<i>fluvastatin sodium er</i>	36
<i>entecavir</i>	98	A	27	<i>fluvoxamine maleate</i>	89
ENTRESTO.....	33, 34	FANAPT TITRATION PACK		<i>fluvoxamine maleate er</i>	89
<i>enulose</i>	53	B	27	FOLIVANE-OB.....	122
ENVARUSUS XR	60	FANAPT TITRATION PACK		<i>fondaparinux sodium</i>	119
EPIDIOLEX	84	C	27	<i>fosamprenavir calcium</i>	95
<i>epinastine hcl</i>	69	FARXIGA	16	<i>fosfomycin tromethamine</i>	76
<i>epinephrine</i>	33	FASENRA	44	<i>fosinopril sodium</i>	38
<i>eplerenone</i>	38	FASENRA PEN	44	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	38
EPRONTIA	84	<i>febuxostat</i>	21	FOTIVDA.....	4
EQL ALCOHOL SWABS....	105	<i>felbamate</i>	84	FRUZAQLA.....	4
EQL GAUZE.....	105	<i>felodipine er</i>	35	FULPHILA.....	120
EQL INSULIN SYRINGE ...	105	<i>fenofibrate</i>	35, 36	<i>furosemide</i>	37
<i>ergotamine-caffeine</i>	22	<i>fenofibrate micronized</i>	35	<i>fyavolv</i>	56
ERIVEDGE	3	<i>fenofibric acid</i>	36	FYCOMPA.....	84
ERLEADA	3	<i>fentanyl</i>	73	G	
<i>erlotinib hcl</i>	3	FETZIMA	89	<i>gabapentin</i>	84
<i>errin</i>	81	FETZIMA TITRATION.....	89	<i>galantamine hydrobromide</i>	16
<i>ertapenem sodium</i>	77	FIASP	19	<i>galantamine hydrobromide er</i>	16
ERY	51	FIASP FLEXTOUCH.....	19	<i>gallifrey</i>	58
<i>erythromycin</i>	51, 67, 79	FIASP PENFILL	19	GAMMAGARD	60
<i>erythromycin base</i>	78, 79	<i>finasteride</i>	54	GAMMAGARD S/D LESS IGA	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...	79	FINTEPLA	84	.....	60
ERZOFRI	26, 27	FIRMAGON.....	4	GAMMAPLEX.....	60
<i>escitalopram oxalate</i>	88	FIRMAGON (240 MG DOSE) 4		GAMUNEX-C	60
<i>eslicarbazepine acetate</i>	84	<i>flavoxate hcl</i>	54	GARDASIL 9	63
<i>esomeprazole magnesium</i>	52	<i>flecainide acetate</i>	31	<i>gatifloxacin</i>	67
<i>estarylla</i>	81	<i>fluconazole</i>	91, 92	GAUZE PADS.....	105
<i>estazolam</i>	15	<i>fluconazole in sodium chloride</i>		GAUZE TYPE VII MEDI-PAK	
<i>estradiol</i>	56	.....	91	.....	105
<i>estradiol-norethindrone acet</i> ..	56	<i>flucytosine</i>	92	GAVILYTE-C	53
<i>ethambutol hcl</i>	93	<i>fludrocortisone acetate</i>	57	<i>gavilyte-g</i>	53
<i>ethosuximide</i>	84	<i>flunisolide</i>	68	<i>gavilyte-n with flavor pack</i>	54
<i>etodolac</i>	71	<i>fluocinolone acetonide</i> 48, 49, 68		GAVRETO	4
<i>etodolac er</i>	71	<i>fluocinolone acetonide body</i> ... 48		<i>gefitinib</i>	4

<i>gemfibrozil</i>	36	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	92	HUMULIN R.....	20
<i>generlac</i>	53	<i>guanfacine hcl er</i>	42	HUMULIN R U-500	
<i>gentamicin in saline</i>	75	H		(CONCENTRATED).....	20
<i>gentamicin sulfate</i>	51, 67, 75	HADLIMA	60	HUMULIN R U-500	
GENVOYA	95	HADLIMA PUSHTOUCH	60	KWIKPEN	20
GILOTRIF	4	<i>halobetasol propionate</i>	49	<i>hydralazine hcl</i>	33
<i>glatiramer acetate</i>	42	<i>haloette</i>	81	<i>hydrochlorothiazide</i>	37
GLEOSTINE	4	<i>haloperidol</i>	27	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> ..	73
<i>glimepiride</i>	21	<i>haloperidol decanoate</i>	27	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	73
<i>glipizide</i>	21	<i>haloperidol lactate</i>	27	<i>hydrocortisone</i>	39, 49, 57
<i>glipizide er</i>	21	HAVRIX.....	63	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	49
<i>glipizide-metformin hcl</i>	21	HEALTHWISE INSULIN		<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>	
GLOBAL ALCOHOL PREP		SYR/NEEDLE.....	106	.....	49
EASE	105	HEALTHWISE MICRON PEN		<i>hydrocortisone butyrate</i>	49
GLOBAL EASE INJECT PEN		NEEDLES	106	<i>hydrocortisone valerate</i>	49
NEEDLES	105	HEALTHWISE SHORT PEN		<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	67
GLOBAL EASY GLIDE		NEEDLES	106	<i>hydromorphone hcl</i>	73
INSULIN SYR	105	HEALTHY ACCENTS		<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	24
GLOBAL INJECT EASE		UNIFINE PENTIP	106	<i>hydroxyurea</i>	4
INSULIN SYR	105	<i>heather</i>	81	<i>hydroxyzine hcl</i>	93
<i>glucagon emergency</i>	69	H-E-B INCONTROL		<i>hydroxyzine pamoate</i>	69
GLUCOPRO INSULIN		ALCOHOL	106	HYFTOR	50
SYRINGE.....	105	H-E-B INCONTROL PEN		I	
<i>glyburide</i>	21	NEEDLES	106	<i>ibandronate sodium</i>	40
<i>glyburide-metformin</i>	21	<i>heparin sodium (porcine)</i>	119	IBRANCE.....	4
<i>glycopyrrolate</i>	15, 53	HEPLISAV-B	63	IBTROZI	5
GLYXAMBI.....	16	HERNEXEOS	4	<i>ibu</i>	72
GNP CLICKFINE PEN		HIBERIX	63	<i>ibuprofen</i>	72
NEEDLES	105	HM STERILE ALCOHOL		<i>icatibant acetate</i>	33
GNP INSULIN SYRINGE...	105	PREP.....	106	ICLUSIG	5
GNP INSULIN SYRINGES	105	HM STERILE PADS.....	106	<i>icosapent ethyl</i>	36
GNP INSULIN SYRINGES		HM ULTICARE INSULIN		IDHIFA.....	5
29GX1/2	105	SYRINGE.....	106	ILEVRO.....	68
GNP INSULIN SYRINGES		HM ULTICARE SHORT PEN		<i>imatinib mesylate</i>	5
30GX5/16	106	NEEDLES	106	IMBRUVICA	5
GNP INSULIN SYRINGES		HUMALOG.....	19	<i>imipenem-cilastatin</i>	77
31GX5/16	106	HUMALOG JUNIOR		<i>imipramine hcl</i>	89
GNP PEN NEEDLES.....	106	KWIKPEN.....	19	<i>imipramine pamoate</i>	89
GNP STERILE GAUZE.....	106	HUMALOG KWIKPEN	19	<i>imiquimod</i>	50
GNP ULTRA COM INSULIN		HUMALOG MIX 50/50.....	19	IMKELDI	5
SYRINGE.....	106	HUMALOG MIX 50/50		IMOVAX RABIES.....	63
GOMEKLI.....	4	KWIKPEN.....	19	IMPAVIDO	24
GOODSENSE ALCOHOL		HUMALOG MIX 75/25	19	<i>incassia</i>	81
SWABS	106	HUMALOG MIX 75/25		INCONTROL ULTICARE PEN	
GOODSENSE CLICKFINE		KWIKPEN.....	19	NEEDLES	106
PEN NEEDLE.....	106	HUMALOG TEMPO PEN.....	19	INCRELEX.....	57
GOODSENSE PEN NEEDLE		HUMULIN 70/30	20	<i>indapamide</i>	37
PENFINE.....	106	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	19	<i>indomethacin</i>	72
<i>granisetron hcl</i>	23	HUMULIN N	20	<i>indomethacin er</i>	72
<i>griseofulvin microsize</i>	92	HUMULIN N KWIKPEN	20	INFANRIX	63

INLYTA	5	JAKAFI	6	KOSELUGO	6
INQOVI	5	<i>jantoven</i>	119	KOSHER PRENATAL PLUS	
INREBIC	5	JANUMET	16	IRON	122
INSULIN GLARGINE	20	JANUMET XR	17	KRAZATI	6
<i>insulin glargine max solostar</i>	20	JANUVIA	17	KROGER INSULIN SYRINGE	
<i>insulin glargine solostar</i>	20	JARDIANCE	17	.....	107
INSULIN GLARGINE		JAYPIRCA	6	KROGER PEN NEEDLES ..	107
SOLOSTAR	20	JENTADUETO	17	KYLEENA	82
<i>insulin lispro</i>	20	JENTADUETO XR	17	L	
<i>insulin lispro (1 unit dial)</i>	20	<i>jinteli</i>	56	<i>labetalol hcl</i>	31
<i>insulin lispro junior kwikpen</i> ..	20	JOURNAVX	73	<i>lacosamide</i>	84
<i>insulin lispro prot & lispro</i>	20	JULUCA	95	<i>lactulose</i>	53
INSULIN SYRINGE	107	JYLAMVO	6	<i>lamivudine</i>	95
INSULIN SYRINGE/NEEDLE		JYNNEOS	63	<i>lamivudine-zidovudine</i>	95
.....	107	K		<i>lamotrigine</i>	84
INSULIN SYRINGE-NEEDLE		KALETRA	95	<i>lamotrigine er</i>	84
U-100	107	KALYDECO	44	<i>lamotrigine starter kit-blue</i>	85
INSUPEN PEN NEEDLES ..	107	<i>kcl in dextrose-nacl</i>	117	<i>lamotrigine starter kit-green</i> ..	85
INSUPEN SENSITIVE	107	KCL IN DEXTROSE-NACL		<i>lamotrigine starter kit-orange</i> ..	85
INSUPEN ULTRAFIN	107	.....	117	<i>lansoprazole</i>	52
INSUPEN32G EXTR3ME ..	107	KCL-LACTATED RINGERS-		LANTUS	20
INTELENCE	95	D5W	117	LANTUS SOLOSTAR	20
INVEGA HAFYERA	27	KENDALL HYDROPHILIC		<i>lapatinib ditosylate</i>	6
INVEGA SUSTENNA	28	FOAM DRESS	107	<i>latanoprost</i>	66
INVEGA TRINZA	28	KENDALL HYDROPHILIC		LAZCLUZE	6
IPOL	63	FOAM PLUS	107	LEADER INSULIN SYRINGE	
<i>ipratropium bromide</i>	46, 69	KERENDIA	38	.....	107
<i>ipratropium-albuterol</i>	46	KESIMPTA	42	LEADER UNIFINE PENTIPS	
<i>irbesartan</i>	34	<i>ketoconazole</i>	92	.....	107
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>		<i>ketorolac tromethamine</i>	68, 72	LEADER UNIFINE PENTIPS	
.....	34	KINERET	60	PLUS	107
ISENTRESS	95	KINRAY INSULIN SYRINGE		<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	97
ISENTRESS HD	95	.....	107	<i>leflunomide</i>	60
<i>isibloom</i>	82	KINRIX	63	<i>lenalidomide</i>	6
ISOLYTE-P IN D5W	117	<i>kionex</i>	53	LENVIMA (10 MG DAILY	
ISOLYTE-S	117	KISQALI (200 MG DOSE)	6	DOSE)	6
ISOLYTE-S PH 7.4	117	KISQALI (400 MG DOSE)	6	LENVIMA (12 MG DAILY	
<i>isoniazid</i>	93	KISQALI (600 MG DOSE)	6	DOSE)	6
<i>isosorbide dinitrate</i>	39	KISQALI FEMARA (200 MG		LENVIMA (14 MG DAILY	
<i>isosorbide mononitrate</i>	39	DOSE)	6	DOSE)	6
<i>isosorbide mononitrate er</i>	39	KISQALI FEMARA (400 MG		LENVIMA (18 MG DAILY	
<i>isotretinoin</i>	50	DOSE)	6	DOSE)	7
ITOVEBI	5	KISQALI FEMARA (600 MG		LENVIMA (20 MG DAILY	
<i>itraconazole</i>	92	DOSE)	6	DOSE)	7
<i>ivabradine hcl</i>	33	KLOXXADO	14	LENVIMA (24 MG DAILY	
<i>ivermectin</i>	24	KMART VALU INSULIN		DOSE)	7
IWILFIN	5	SYRINGE 29G	107	LENVIMA (4 MG DAILY	
IXIARO	63	KMART VALU INSULIN		DOSE)	7
J		SYRINGE 30G	107	LENVIMA (8 MG DAILY	
J & J GAUZE	107	KORLYM	17	DOSE)	7

<i>letrozole</i>	7	<i>lubiprostone</i>	53	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	58
<i>leucovorin calcium</i>	69	LUMAKRAS	7	<i>mefloquine hcl</i>	24
LEUKERAN.....	7	LUMIGAN	66	<i>megestrol acetate</i>	8, 58
<i>leuprolide acetate</i>	7	LUPRON DEPOT (1-MONTH)		MEIJER ALCOHOL SWABS	
LEUPROLIDE ACETATE (3		.....	7, 57	.....	108
MONTH)	7	LUPRON DEPOT (3-MONTH)		MEIJER PEN NEEDLES	108
<i>levalbuterol hcl</i>	46	.....	7, 58	MEKINIST	8
<i>levalbuterol tartrate</i>	46	LUPRON DEPOT (4-MONTH)		MEKTOVI.....	8
<i>levetiracetam</i>	85	.....	7	<i>meleya</i>	82
<i>levetiracetam er</i>	85	LUPRON DEPOT (6-MONTH)		<i>meloxicam</i>	72
<i>levobunolol hcl</i>	66	.....	8	<i>memantine hcl</i>	16
<i>levocarnitine</i>	69	<i>lurasidone hcl</i>	28	<i>memantine hcl er</i>	16
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	93	<i>lutra</i>	82	MENQUADFI	63
<i>levofloxacin</i>	80	LUTRATE DEPOT	8	MENVEO	63
<i>levofloxacin in d5w</i>	80	LYBALVI.....	28	<i>meprobamate</i>	15
<i>levonest</i>	82	<i>lyleq</i>	82	<i>mercaptopurine</i>	8
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	82	LYNPARZA	8	<i>meropenem</i>	77
<i>levothyroxine sodium</i>	55	LYSODREN.....	8	<i>mesalamine</i>	39, 40
<i>levoxyl</i>	55	LYTGOBI (12 MG DAILY		<i>mesalamine er</i>	39
<i>l-glutamine</i>	70	DOSE)	8	<i>mesna</i>	70
<i>lidocaine</i>	74	LYTGOBI (16 MG DAILY		<i>metformin hcl</i>	17
<i>lidocaine hcl</i>	74	DOSE)	8	<i>metformin hcl er</i>	17
<i>lidocaine viscous hcl</i>	74	LYTGOBI (20 MG DAILY		<i>methadone hcl</i>	73
<i>lidocaine-prilocaine</i>	74	DOSE)	8	METHADONE HCL	73
LILETTA (52 MG).....	82	<i>lyza</i>	82	<i>methazolamide</i>	66
<i>linezolid</i>	76	M		<i>methenamine hippurate</i>	76
LINZESS	53	MAGELLAN INSULIN		<i>methimazole</i>	55
<i>lisinopril</i>	38	SAFETY SYR	108	<i>methotrexate sodium</i>	8
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	38	<i>magnesium sulfate</i>	117	METHOTREXATE SODIUM.....	8
LITETOUCH INSULIN		MAGNESIUM SULFATE ..	117	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	8
SYRINGE.....	108	<i>malathion</i>	51	<i>methsuximide</i>	85
LITETOUCH PEN NEEDLES		<i>maraviroc</i>	96	<i>methylphenidate hcl</i>	43
.....	108	MARPLAN.....	89	<i>methylphenidate hcl er</i>	43
<i>lithium</i>	43	MATULANE.....	8	<i>methylphenidate hcl er (osm)</i>	43
<i>lithium carbonate</i>	42, 43	MAVYRET	97	<i>methylprednisolone</i>	57
LITHIUM CARBONATE.....	42	MAXICOMFORT II PEN		<i>metoclopramide hcl</i>	53
<i>lithium carbonate er</i>	42	NEEDLE.....	108	<i>metolazone</i>	37
LIVTENCITY	97	MAXI-COMFORT INSULIN		<i>metoprolol succinate er</i>	31
LOKELMA.....	53	SYRINGE.....	108	<i>metoprolol tartrate</i>	31
LONSURF	7	MAXI-COMFORT SAFETY		<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	
<i>loperamide hcl</i>	53	PEN NEEDLE	108	.....	31
<i>lopinavir-ritonavir</i>	95	MAXICOMFORT SYR 27G X		<i>metronidazole</i>	51, 75, 76
<i>lorazepam</i>	15	1/2	108	<i>metryrosine</i>	33
<i>lorazepam intensol</i>	15	<i>meclizine hcl</i>	23	<i>mexiletine hcl</i>	31
LORBRENA.....	7	MEDIC INSULIN SYRINGE		<i>micafungin sodium</i>	92
<i>losartan potassium</i>	34	.....	108	MICONAZOLE 3	92
<i>losartan potassium-hctz</i>	34	MEDICINE SHOPPE PEN		MICRODOT PEN NEEDLE.....	109
<i>loteprednol etabonate</i>	68	NEEDLES	108	<i>midazolam hcl</i>	15
<i>lovastatin</i>	36	MEDPURA ALCOHOL PADS		<i>midazolam hcl (pf)</i>	15
<i>loxapine succinate</i>	28	.....	108	<i>midodrine hcl</i>	30

<i>mifepristone</i>	17	<i>naproxen</i>	72	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	82
<i>miglustat</i>	121	<i>naproxen dr</i>	72	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	82
<i>mili</i>	82	<i>naproxen sodium</i>	72	<i>nortrel 7/7/7</i>	82
<i>minocycline hcl</i>	81	<i>naratriptan hcl</i>	22	<i>nortriptyline hcl</i>	89
<i>minoxidil</i>	39	<i>nateglinide</i>	17	NORVIR	96
MIRASORB SPONGES	109	NAYZILAM	85	NOVOFINE AUTOCOVER	109
MIRENA (52 MG)	82	<i>nebivolol hcl</i>	31, 32	NOVOFINE PEN NEEDLE	110
<i>mirtazapine</i>	89	<i>nefazodone hcl</i>	89	NOVOFINE PLUS PEN	
<i>misoprostol</i>	52	NEFAZODONE HCL	89	NEEDLE	110
MM PEN NEEDLES	109	<i>neomycin sulfate</i>	75	NOVOLIN R FLEXPEN	20
M-M-R II	64	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>		NOVOLOG	21
M-NATAL PLUS	122	.....	67	NOVOLOG FLEXPEN	20
<i>modafinil</i>	41	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>		NOVOLOG MIX 70/30	21
MODEYSO	8	.....	67	NOVOLOG MIX 70/30	
<i>moexipril hcl</i>	38	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>		FLEXPEN	21
<i>molindone hcl</i>	28	.....	67	NOVOLOG PENFILL	21
<i>mometasone furoate</i>	49, 68	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	67	NOVOTWIST PEN NEEDLE	
MONOJECT INSULIN		NERLYNX	8	.....	110
SYRINGE	109	NEUPRO	25	NUBEQA	9
MONOJECT ULTRA		<i>nevirapine</i>	96	NUEDEXTA	43
COMFORT SYRINGE	109	<i>nevirapine er</i>	96	NUPLAZID	28
<i>montelukast sodium</i>	45, 46	NEXLETOL	36	NUVAKAAN-II	74
MORPHINE SULFATE	73	NEXLIZET	36	<i>nylia 1/35</i>	82
<i>morphine sulfate (concentrate)</i>		NEXPLANON	82	<i>nylia 7/7/7</i>	82
.....	73	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	36	<i>nystatin</i>	92
<i>morphine sulfate er</i>	73	<i>nicardipine hcl</i>	35	<i>nystatin-triamcinolone</i>	92
MOUNJARO	17	NICOTROL NS	14	O	
MOVANTIK	53	<i>nifedipine er</i>	35	OBSTETRIX DHA	122
<i>moxifloxacin hcl</i>	67, 80	<i>nifedipine er osmotic release</i>	35	<i>octreotide acetate</i>	58
MOXIFLOXACIN HCL	80	<i>nikki</i>	82	ODEFSEY	96
MOXIFLOXACIN HCL IN		<i>nilutamide</i>	8	ODOMZO	9
NACL	80	NINLARO	8	OFEV	44
MRESVIA	64	<i>nisoldipine er</i>	35	<i>ofloxacin</i>	67, 80
MS INSULIN SYRINGE	109	<i>nitazoxanide</i>	24	OGSIVEO	9
MULTAQ	31	NITRO-BID	39	OJEMDA	9
<i>multiple electro type 1 ph 5.1</i>	117	NITRO-DUR	39	OJJAARA	9
<i>multiple electro type 1 ph 7.4</i>	117	<i>nitrofurantoin</i>	76	<i>olanzapine</i>	28, 29
<i>mupirocin</i>	51	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	76	<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>	89, 90
<i>mupirocin calcium</i>	51	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>		<i>olmesartan medoxomil</i>	34
<i>mycophenolate mofetil</i>	60	.....	76	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	34
<i>mycophenolate sodium</i>	60	<i>nitroglycerin</i>	39, 70	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	34
MYRBETRIQ	54	NIVA-PLUS	122	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	36
N		<i>nizatidine</i>	52	<i>omeprazole</i>	52
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	54	<i>norelgestromin-eth estradiol</i> ..	82	OMNITROPE	58
<i>nabumetone</i>	72	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	82	<i>ondansetron</i>	23
<i>nadolol</i>	31	<i>norethindrone</i>	82	<i>ondansetron hcl</i>	23
<i>nafacillin sodium</i>	79, 80	<i>norethindrone acetate</i>	58	ONUREG	9
<i>nafrinse drops</i>	122	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	56	OPIPZA	29
<i>naloxone hcl</i>	14	<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	82	OPSUMIT	71
<i>naltrexone hcl</i>	14	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	82	ORENCIA	61

ORENCIA CLICKJECT	61	PENTIPS GENERIC PEN		<i>potassium chloride er</i>	118
ORGOVYX	58	NEEDLES	110	POTASSIUM CHLORIDE IN	
ORKAMBI	44	<i>pentoxifylline er</i>	120	NACL	118
<i>orphenadrine citrate er</i>	121	<i>perampanel</i>	85	<i>potassium citrate er</i>	118
<i>orquidea</i>	82	<i>perindopril erbumine</i>	38	POTASSIUM CL IN	
ORSERDU	9	<i>periogard</i>	47	DEXTROSE 5%	118
<i>oseltamivir phosphate</i>	97	<i>permethrin</i>	51	<i>pramipexole dihydrochloride</i> ..	25
OTEZLA	61	<i>perphenazine</i>	29	<i>pravastatin sodium</i>	36
<i>oxaprozin</i>	72	<i>perphenazine-amitriptyline</i> ..	90	<i>praziquantel</i>	24
<i>oxcarbazepine</i>	85	PERSERIS	29	<i>prazosin hcl</i>	30
<i>oxybutynin chloride</i>	55	<i>phenelzine sulfate</i>	90	PRECISION SURE-DOSE	
<i>oxybutynin chloride er</i>	54, 55	<i>phenobarbital</i>	85	SYRINGE	110
<i>oxycodone hcl</i>	73, 74	<i>phenytec</i>	85	<i>prednisolone</i>	57
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	74	<i>phenytoin</i>	85	<i>prednisolone acetate</i>	68
OZEMPIC (0.25 OR 0.5		<i>phenytoin sodium extended</i> ..	85	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	
MG/DOSE)	18	PIFELTRO	96	.....	57, 68
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	18	<i>pilocarpine hcl</i>	47, 66	<i>prednisone</i>	57
OZEMPIC (2 MG/DOSE)	18	<i>pimecrolimus</i>	49	PREDNISONE INTENSOL ..	57
P		<i>pimozide</i>	29	PREFERRED PLUS INSULIN	
<i>paliperidone er</i>	29	<i>pindolol</i>	32	SYRINGE	110
PANRETIN	50	<i>pioglitazone hcl</i>	18	PREFERRED PLUS UNIFINE	
<i>pantoprazole sodium</i>	52	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i> ..	18	PENTIPS	110
<i>paricalcitol</i>	40	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>		<i>pregabalin</i>	85
<i>paroxetine hcl</i>	90	.....	18	PREMARIN	56
<i>paroxetine hcl er</i>	90	PIP PEN NEEDLES 31G X		PRENA 1 TRUE	122
PAXLOVID (150/100)	97	5MM	110	PRENAISSANCE	122
PAXLOVID (300/100 &		PIP PEN NEEDLES 32G X		PRENAISSANCE PLUS	122
150/100)	97	4MM	110	PRENATABS FA	122
PAXLOVID (300/100)	97	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>		PRENATAL	122
<i>pazopanib hcl</i>	9	.....	80	PRENATAL-U	122
PC UNIFINE PENTIPS	110	PIQRAY (200 MG DAILY		PREPLUS	122
PEDIARIX	64	DOSE)	9	PRETAB	122
PEDVAX HIB	64	PIQRAY (250 MG DAILY		<i>prevalite</i>	36
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> ..	54	DOSE)	9	PREVENT DROPSAFE PEN	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	54	PIQRAY (300 MG DAILY		NEEDLES	110
PEGASYS	98	DOSE)	9	PREVENT SAFETY PEN	
PEMAZYRE	9	<i>pirfenidone</i>	44	NEEDLES	110
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP		<i>piroxicam</i>	72	PREVYMIS	98
.....	110	PNV 27-CA/FE/FA	122	PREZCOBIX	96
PEN NEEDLES	110	PNV TABS 29-1	122	PREZISTA	96
PENBRAYA	64	PNV-DHA+DOCUSATE	122	PRIFTIN	93
<i>penicillamine</i>	74	PNV-OMEGA	122	PRIMAQUINE PHOSPHATE	
<i>penicillin g potassium</i>	80	<i>podofilox</i>	50	.....	24
<i>penicillin g sodium</i>	80	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	67	<i>primidone</i>	85
<i>penicillin v potassium</i>	80	POMALYST	9	PRIORIX	64
PENMENVY	64	<i>posaconazole</i>	92	PRIZOPAK II	74
PENTACEL	64	<i>potassium chloride</i>	118	PRO COMFORT ALCOHOL	
<i>pentamidine isethionate</i>	24	POTASSIUM CHLORIDE ..	118	.....	110
PENTIPS	110	<i>potassium chloride crys er</i> ..	117,	PRO COMFORT INSULIN	
		118		SYRINGE	110

PRO COMFORT PEN		
NEEDLES	110	
PROAIR RESPICLICK.....	46	
<i>probenecid</i>	21	
<i>prochlorperazine</i>	23	
<i>prochlorperazine maleate</i>	23	
<i>procto-med hc</i>	49	
<i>proctosol hc</i>	49	
<i>proctozone-hc</i>	50	
PRODIGY INSULIN		
SYRINGE.....	110	
<i>progesterone</i>	58	
PROGRAF.....	61	
PROLASTIN-C	44	
PROLIA.....	40	
PROMACTA.....	120	
<i>promethazine hcl</i>	23, 93	
<i>promethegan</i>	23	
<i>propafenone hcl</i>	31	
<i>propranolol hcl</i>	32	
<i>propranolol hcl er</i>	32	
<i>propylthiouracil</i>	55	
PROQUAD.....	64	
<i>protriptyline hcl</i>	90	
PULMOZYME.....	121	
PURE COMFORT ALCOHOL		
PREP.....	110	
PURE COMFORT PEN		
NEEDLE	111	
PURE COMFORT SAFETY		
PEN NEEDLE.....	111	
PX SHORTLENGTH PEN		
NEEDLES	111	
<i>pyrazinamide</i>	93	
<i>pyridostigmine bromide</i>	70	
<i>pyridostigmine bromide er</i>	70	
<i>pyrimethamine</i>	24	
Q		
QC ALCOHOL SWABS.....	111	
QC BORDER ISLAND		
GAUZE	111	
QINLOCK.....	9	
QUADRACEL	64	
<i>quetiapine fumarate</i>	29	
<i>quetiapine fumarate er</i>	29	
QUICK TOUCH INSULIN		
PEN NEEDLE	111	
<i>quinapril hcl</i>	38	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> 38		
<i>quinidine sulfate</i>	31	
<i>quinine sulfate</i>	24	
R		
RA ALCOHOL SWABS.....	111	
<i>ra clotrimazole</i>	92	
RA INSULIN SYRINGE	111	
RA PEN NEEDLES	111	
RA STERILE.....	111	
RABAVERT.....	64	
RALDESY.....	90	
<i>raloxifene hcl</i>	56	
<i>ramelteon</i>	41	
<i>ramipril</i>	38	
<i>ranolazine er</i>	33	
<i>rasagiline mesylate</i>	25	
RAVICTI.....	53	
RAYA SURE PEN NEEDLE		
.....	111	
REALITY INSULIN SYRINGE		
.....	111	
REALITY SWABS	111	
RECOMBIVAX HB.....	64	
RELENZA DISKHALER	98	
RELION ALCOHOL SWABS		
.....	111	
RELION INSULIN SYRINGE		
.....	111	
RELI-ON INSULIN SYRINGE		
.....	111	
RELION MINI PEN NEEDLES		
.....	111	
RELION PEN NEEDLES	111	
<i>repaglinide</i>	18	
REPATHA.....	36	
REPATHA SURECLICK.....	36	
RESTORE CONTACT LAYER		
.....	111	
RETACRIT.....	120	
RETEVMO.....	9, 10	
REVCovi	121	
REVUFORJ.....	10	
REXULTI.....	29	
REYATAZ.....	96	
REZDIFFRA	55	
REZLIDHIA.....	10	
REZUROCK.....	61	
RHOPRESSA	66	
<i>ribavirin</i>	98	
<i>rifabutin</i>	93	
<i>rifampin</i>	93	
<i>riluzole</i>	43	
<i>rimantadine hcl</i>	98	
RINVOQ.....	61	
RINVOQ LQ	61	
<i>risedronate sodium</i>	40	
<i>risperidone</i>	29	
<i>risperidone microspheres er</i> ...29		
<i>ritonavir</i>	96	
<i>rivaroxaban</i>	119, 120	
<i>rivastigmine</i>	16	
<i>rivastigmine tartrate</i>	16	
<i>rizatriptan benzoate</i>	22	
ROCKLATAN.....	66	
<i>roflumilast</i>	44	
ROMVIMZA	10	
<i>ropinirole hcl</i>	25	
<i>ropinirole hcl er</i>	25	
<i>rosuvastatin calcium</i>	36	
ROTARIX	64	
ROTATEQ.....	64	
ROZLYTREK.....	10	
RUBRACA.....	10	
<i>rufinamide</i>	86	
RUKOBIA	96	
RYBELSUS.....	18	
RYBELSUS (FORMULATION		
R2)	18	
RYDAPT	10	
RYTARY	25	
S		
<i>sacubitril-valsartan</i>	34	
SAFETY INSULIN SYRINGES		
.....	112	
SAFETY PEN NEEDLES....	112	
SANTYL	50	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> .121		
SAVELLA	43	
SAVELLA TITRATION PACK		
.....	43	
SB ALCOHOL PREP.....	112	
SB INSULIN SYRINGE	112	
SCSEMBLIX.....	10	
<i>scopolamine</i>	23	
SECUADO	30	
SECURESAFE INSULIN		
SYRINGE	112	
SECURESAFE SAFETY PEN		
NEEDLES	112	
SELARSDI	61	
SELECT-OB.....	123	
<i>selegiline hcl</i>	25	

<i>selenium sulfide</i>	51	<i>sulfacetamide sodium</i>	67	TEFLARO	78
SELZENTRY	96	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> ..	51	<i>telmisartan</i>	34
SE-NATAL 19.....	123	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	67	<i>telmisartan-amlodipine</i>	34
SEREVENT DISKUS	47	<i>sulfadiazine</i>	80	<i>telmisartan-hctz</i>	34
<i>sertraline hcl</i>	90	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>		<i>temazepam</i>	15
SHINGRIX	64	.....	80	TENIVAC	65
SIGNIFOR.....	58	<i>sulfasalazine</i>	40	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ..	96
<i>sildenafil citrate</i>	71	<i>sulindac</i>	72	TEPMETKO	11
<i>silodosin</i>	54	<i>sumatriptan succinate</i>	22	<i>terazosin hcl</i>	54
<i>silver sulfadiazine</i>	51	<i>sunitinib malate</i>	10	<i>terbinafine hcl</i>	92
SIMBRINZA	66	SUNLENCA.....	96	<i>terbutaline sulfate</i>	47
SIMLANDI (1 PEN)	61	SURE COMFORT ALCOHOL		<i>terconazole</i>	75
SIMLANDI (1 SYRINGE).....	61	PREP.....	112	TERUMO INSULIN SYRINGE	
SIMLANDI (2 PEN)	61	SURE COMFORT INSULIN		.....	113
SIMLANDI (2 SYRINGE).....	61	SYRINGE.....	112	<i>testosterone</i>	56
<i>simvastatin</i>	36	SURE COMFORT PEN		<i>testosterone cypionate</i>	55
<i>sirolimus</i>	61	NEEDLES	112	<i>testosterone enanthate</i>	55
SIRTURO	93	SURE-JECT INSULIN		<i>tetrabenazine</i>	43
SKYLA.....	83	SYRINGE.....	112	<i>tetracycline hcl</i>	81
SKYRIZI	61, 62	SURE-PREP ALCOHOL PREP		THALOMID	70
SKYRIZI PEN.....	61	.....	112	<i>theophylline</i>	47
SM ALCOHOL PREP.....	112	SURGICAL GAUZE SPONGE		<i>theophylline er</i>	47
SM GAUZE.....	112	.....	112	THERAGAUZE	113
<i>sodium chloride</i>	118, 122	SYMPAZAN	86	<i>thioridazine hcl</i>	30
<i>sodium fluoride</i>	123	SYMTUZA.....	96	<i>thiothixene</i>	30
<i>sodium oxybate</i>	41	SYNAREL.....	58	<i>tiadylt er</i>	32
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> ..	53	SYNJARDY	18	<i>tiagabine hcl</i>	86
<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	97	SYNJARDY XR.....	18	TIBSOVO	11
SOLQUA.....	21	SYNTHROID	55	<i>ticagrelor</i>	120
SOLTAMOX.....	10	T		TICOVAC	65
SOMAVERT	58	TABLOID.....	10	TIGECYCLINE.....	81
<i>sorafenib tosylate</i>	10	TABRECTA	10	<i>timolol hemihydrate</i>	66
<i>sotalol hcl</i>	32	<i>tacrolimus</i>	50, 62	<i>timolol maleate</i>	32, 66
<i>sotalol hcl (af)</i>	32	<i>tadalafil</i>	71	<i>tinidazole</i>	24
SPIRIVA RESPIMAT	47	TAFINLAR	11	<i>tiotropium bromide</i>	
<i>spironolactone</i>	37	TAGRISSO.....	11	monohydrate	47
<i>spironolactone-hctz</i>	37	TAKHZYRO	70	TIVICAY	96
<i>sprintec 28</i>	83	TALZENNA.....	11	TIVICAY PD.....	97
SPRITAM.....	86	<i>tamoxifen citrate</i>	11	<i>tizanidine hcl</i>	121, 122
<i>sps (sodium polystyrene sulf)</i> ..	53	<i>tamsulosin hcl</i>	54	TOBI PODHALER.....	75
<i>ssd</i>	51	TARON-C DHA.....	123	<i>tobramycin</i>	67, 75
<i>stavudine</i>	96	TARON-PREX.....	123	<i>tobramycin sulfate</i>	75
STELARA	62	TASIGNA.....	11	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	68
STERILE	112	TAVNEOS.....	62	TODAYS HEALTH PEN	
STERILE GAUZE.....	112	<i>tazarotene</i>	51	NEEDLES	113
STIOLTO RESPIMAT.....	47	TAZVERIK	11	TODAYS HEALTH SHORT	
STIVARGA	10	TDVAX.....	64	PEN NEEDLE	113
<i>streptomycin sulfate</i>	75	TECHLITE INSULIN		<i>tolterodine tartrate</i>	55
STRIBILD	96	SYRINGE.....	113	<i>tolterodine tartrate er</i>	55
<i>sucalfate</i>	52	TECHLITE PEN NEEDLES	113	<i>tolvaptan</i>	37

TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES	113	TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR	113	ULTRA THIN PEN NEEDLES	115
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR.....	113	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES	113	ULTRACARE INSULIN SYRINGE.....	115
<i>topiramate</i>	86	TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES	113	ULTRACARE PEN NEEDLES	115
<i>topiramate er</i>	86	TRUEPLUS INSULIN SYRINGE.....	114	ULTRA-COMFORT INSULIN SYRINGE.....	115
<i>toremifene citrate</i>	11	TRUEPLUS PEN NEEDLES	114	ULTRA-THIN II INS SYR SHORT	115
<i>torsemide</i>	37	TRULICITY	18	ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE	116
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	21	TRUMENBA.....	65	ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE.....	116
TOUJEO SOLOSTAR	21	TRUQAP	11	ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT	116
TPN ELECTROLYTES	118	TUKYSA.....	11	ULTRA-THIN II PEN NEEDLES	116
TRADJENTA	18	TURALIO.....	11	UNIFINE OTC PEN NEEDLES	116
<i>tramadol-acetaminophen</i>	74	TWINRIX.....	65	UNIFINE PEN NEEDLES ..	116
<i>trandolapril</i>	38	TYBOST.....	70	UNIFINE PENTIPS.....	116
<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	38	TYENNE	62	UNIFINE PENTIPS PLUS...	116
<i>tranexamic acid</i>	119	TYMLOS.....	41	UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE.....	116
<i>tranylcypromine sulfate</i>	90	TYPHIM VI.....	65	UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE	116
<i>travoprost (bak free)</i>	66	U		UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE.....	116
<i>trazodone hcl</i>	90	UBRELVY	22	UPTRAVI.....	71
TRELEGY ELLIPTA.....	47	ULTICARE INSULIN SAFETY SYR.....	114	UPTRAVI TITRATION.....	71
TRELSTAR MIXJECT	11	ULTICARE INSULIN SYRINGE.....	114	<i>ursodiol</i>	53
<i>tretinoin</i>	11, 51, 52	ULTICARE MICRO PEN NEEDLES	114	<i>ustekinumab</i>	62
<i>triamcinolone acetonide</i> ...	47, 50	ULTICARE MINI PEN NEEDLES	114	V	
<i>triamterene-hctz</i>	37	ULTICARE PEN NEEDLES	114	<i>valacyclovir hcl</i>	98
<i>trientine hcl</i>	75	ULTICARE SHORT PEN NEEDLES	114	VALCHLOR.....	50
<i>tri-estarylla</i>	83	ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE.....	114	<i>valganciclovir hcl</i>	98
<i>trifluoperazine hcl</i>	30	ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE.....	114, 115	<i>valproic acid</i>	86
<i>trifluridine</i>	68	ULTILET ALCOHOL SWABS	115	<i>valsartan</i>	34
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	25	ULTILET PEN NEEDLE.....	115	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	34
TRIJARDY XR	18	ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE.....	115	VALTOCO 10 MG DOSE	86
TRIKAFTA	44	ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES	115	VALTOCO 15 MG DOSE	86
<i>trimethobenzamide hcl</i>	23	ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT	115	VALTOCO 20 MG DOSE	86
<i>trimethoprim</i>	76	ULTRA FLO INSULIN SYRINGE.....	115	VALTOCO 5 MG DOSE	86
<i>tri-mili</i>	83			VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE.....	116
<i>trimipramine maleate</i>	90			<i>vancomycin hcl</i>	76
TRINTELLIX.....	90			VANDAZOLE.....	75
<i>tri-sprintec</i>	83			VANFLYTA.....	11
TRIUMEQ.....	97				
TRIUMEQ PD.....	97				
<i>tropium chloride</i>	55				
<i>tropium chloride er</i>	55				
TRUE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	113				
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	113				
TRUE COMFORT PEN NEEDLES	113				
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PREP	113				

VANISHPOINT INSULIN	VIZIMPRO.....	12	XPOVIO (40 MG ONCE	
SYRINGE.....	VONJO.....	12	WEEKLY).....	12
VAQTA.....	VOQUEZNA.....	52	XPOVIO (40 MG TWICE	
<i>varenicline tartrate</i>	VORANIGO.....	12	WEEKLY).....	13
<i>varenicline tartrate (starter)</i> ...	<i>voriconazole</i>	92, 93	XPOVIO (60 MG ONCE	
VARIVAX.....	VOWST.....	70	WEEKLY).....	13
VAXCHORA.....	VP INSULIN SYRINGE.....	116	XPOVIO (60 MG TWICE	
VEMLIDY.....	VP-PNV-DHA.....	123	WEEKLY).....	13
VENCLEXTA.....	VRAYLAR.....	30	XPOVIO (80 MG ONCE	
VENCLEXTA STARTING	VUMERITY.....	43	WEEKLY).....	13
PACK.....	<i>vyfemla</i>	83	XPOVIO (80 MG TWICE	
VENLAFAXINE BESYLATE	VYZULTA.....	66	WEEKLY).....	13
ER.....	W		XTANDI.....	13
<i>venlafaxine hcl</i>	<i>warfarin sodium</i>	120	<i>xulane</i>	83
<i>venlafaxine hcl er</i>	WEBCOL ALCOHOL PREP		Y	
VEOZAH.....	LARGE.....	116	YF-VAX.....	65
<i>verapamil hcl</i>	WEGMANS UNIFINE		YONSA.....	13
<i>verapamil hcl er</i>	PENTIPS PLUS.....	117	<i>yuvaferm</i>	57
VERIFINE INSULIN PEN	WELIREG.....	12	Z	
NEEDLE.....	WINREVAIR.....	44	<i>zafemy</i>	83
VERIFINE INSULIN	<i>wixela inhub</i>	45	<i>zafirlukast</i>	46
SYRINGE.....	X		<i>zaleplon</i>	41
VERIFINE PLUS PEN	XALKORI.....	12	ZARXIO.....	121
NEEDLE.....	XARELTO.....	120	ZATEAN-PN DHA.....	123
VERQUVO.....	XARELTO STARTER PACK		ZATEAN-PN PLUS.....	123
VERSACLOZ.....	.....	120	ZEJULA.....	13
VERZENIO.....	XATMEP.....	12	ZELBORAF.....	13
<i>vigabatrin</i>	XCOPRI.....	87	<i>zenatane</i>	50, 51
<i>vigadrone</i>	XCOPRI (250 MG DAILY		ZENPEP.....	121
<i>vigpoder</i>	DOSE).....	87	ZEV RX STERILE ALCOHOL	
VIJOICE.....	XCOPRI (350 MG DAILY		PREP PAD.....	117
<i>vilazodone hcl</i>	DOSE).....	87	<i>zidovudine</i>	97
VIMKUNYA.....	XDEMVY.....	68	<i>ziprasidone hcl</i>	30
VIRACEPT.....	XERMELO.....	53	<i>ziprasidone mesylate</i>	30
VIREAD.....	XGEVA.....	41	ZOLINZA.....	13
VIRT-C DHA.....	XIFAXAN.....	76	<i>zolpidem tartrate</i>	41
VIRT-NATE DHA.....	XIGDUO XR.....	19	ZONISADE.....	87
VIRT-PN DHA.....	XIIDRA.....	68	<i>zonisamide</i>	87
VIRT-PN PLUS.....	XOLAIR.....	44	<i>zovia 1/35 (28)</i>	83
VITAFOL GUMMIES.....	XOSPATA.....	12	ZTALMY.....	87
VITAFOL-OB+DHA.....	XPOVIO (100 MG ONCE		ZURZUVAE.....	91
VITRAKVI.....	WEEKLY).....	12	ZYDELIG.....	13
VIVOTIF.....			ZYKADIA.....	13

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.