

2026

Formulario (Lista de medicamentos cubiertos)



ElderServe Star (HMO I-SNP)

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS
MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

HPMS Approved Formulary File Submission ID 00026056, Version: 8

Este formulario se actualizó el 02/17/2026. Para obtener información más reciente u otras preguntas ,comuníquese con nosotros, con Servicios para Miembros de ElderServe Health, al 1-800-580-7000 o ,para usuarios de TTY, TTY/TDD 711, los siete días de la semana de 8:00a.m. a 8:00p. m., ovisite www.ElderServeHealth.org.

Índice

FORMULARIO DE LA PARTE D 2026	VI
¿Qué es el formulario de ElderServe Star (HMO I-SNP)?	vi
¿Puede cambiar el formulario?	vi
¿Cómo utilizo el formulario?	ii
Afección médica	ii
Listado alfabético	ii
¿Qué son los medicamentos genéricos?	ii
¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	ii
¿Hay alguna restricción en mi cobertura?	ii
¿Qué pasa si mi medicamento no está en el formulario?	ii
¿Cómo solicito una excepción al formulario de ElderServe Star (HMO I-SNP)?	ii
¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o tiene alguna restricción?	ii
Para obtener más información	ii
Formulario de ElderServe Star (HMO I-SNP)	ii
Lista de abreviaturas	1
Índice	98
ANTIINFECCIOSOS	2
AGENTES ANTIMICÓTICOS	2
ANTIVIRALES	2
CEFALOSPORINAS	5
ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS	7
ANTIINFECCIOSOS VARIOS	7
PENICILLINAS	9
QUINOLONAS	11
AGENTES RELACIONADOS CON LAS SULFAS	11
TETRACICLINAS	12
AGENTES DEL TRACTO URINARIO	12
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNOSUPRESORES	13
AGENTES ADJUNTIVOS	12

MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNOSUPRESORES	13
MEDICAMENTOS AUTONÓMICOS/DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIQUIATRÍA.....	28
ANTICONVULSIVOS	28
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS	31
TERAPIA DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS	32
TERAPIAS NEUROLÓGICAS VARIAS.....	33
RELAJANTES MUSCULARES/TERAPIA ANTIESPASMÓDICA.....	34
ANALGÉSICOS NARCÓTICOS.....	35
ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS	37
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS	38
CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS	46
AGENTES ANTIARRÍTMICOS	46
TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA.....	46
TERAPIA DE COAGULACIÓN.....	50
AGENTES REDUCTORES DE LÍPIDOS/COLESTEROL.....	52
AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS.....	53
NITRATOS.....	iii
DERMATOLÓGICOS/TERAPIA TÓPICA.....	54
ANTIPSORIÁSICO/ANTISEBORREICO.....	54
DERMATOLÓGICOS VARIOS	55
TERAPIA PARA EL ACNÉ	57
ANTIBACTERIANOS TÓPICOS.....	57
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS	58
ANTIVIRALES TÓPICOS	58
CORTICOSTEROIDES TÓPICOS.....	58
ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS	60
AGENTES DE DIAGNÓSTICO/VARIOS	60
ANTÍDOTOS	60
SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN	60
AGENTES VARIOS.....	62

ELEMENTOS DISUASORIOS PARA FUMAR.....	62
MEDICAMENTOS PARA OÍDOS, NARIZ/GARGANTA.....	62
AGENTES VARIOS.....	62
PREPARACIONES ÓTICAS DIVERSAS	63
ESTEROIDE ÓTICO/ANTIBIÓTICO	63
ENDOCRINO/DIABETES.....	63
HORMONAS SUPRARRENALES.....	63
AGENTES ANTITIROIDEOS.....	64
TERAPIA PARA LA DIABETES	64
HORMONAS MISCELÁNEAS	69
HORMONAS TIROIDEAS	70
GASTROENTEROLOGÍA.....	71
ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS.....	71
AGENTES GASTROINTESTINALES DIVERSOS	71
TRATAMIENTO DE ÚLCERAS.....	74
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA	75
MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS	75
VACUNAS/PRODUCTOS INMUNOLÓGICOS DIVERSOS	76
SUMINISTROS MISCELÁNEOS.....	78
SUMINISTROS MISCELÁNEOS.....	78
MUSCULOESQUELÉTICO/REUMATOLOGÍA	79
TRATAMIENTO DE LA GOTA.....	79
TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS	80
OTROS REUMATOLÓGICOS	80
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA.....	82
ESTRÓGENOS/PROGESTINAS.....	82
VARIOS DE OBSTETRICIA y GINECOLOGÍA	83
ANTICONCEPTIVOS ORALES y AGENTES RELACIONADOS	83
OXITÓCICOS.....	85
OFTALMOLOGÍA	85

ANTIBIÓTICOS	85
ANTIVIRALES	86
BETABLOQUEANTES	86
OFTALMOLÓGICOS VARIOS.....	86
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS.....	87
MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA.....	87
OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA	87
COMBINACIONES DE ESTEROIDES y ANTIBIÓTICOS.....	87
ESTEROIDES.....	88
SIMPATICOMIMÉTICA	88
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS y ALERGIAS.....	88
AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALÉRGICOS	88
AGENTES PULMONARES.....	88
UROLÓGICOS.....	93
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS.....	94
TERAPIA DE HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HBP)	94
UROLÓGICOS VARIOS	94
VITAMINAS HEMATÍNICOS ELECTROLITOS	94
HEMODERIVADOS	94
ELECTROLITOS	94
PRODUCTOS DE NUTRICIÓN VARIOS.....	96
VITAMINAS/HEMATÍNICOS.....	97

Formulario de la Parte D 2026

Nota para los miembros actuales: Este formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando en esta Lista de medicamentos (formulario) se hace referencia a “nosotros”, “nos” o “nuestro” se refiere a ElderServe Star (HMO I-SNP). Cuando se refiere a “plan” o “nuestro plan”, significa ElderServe Star (HMO I-SNP).

Este documento incluye una Lista de medicamentos (formulario) de nuestro plan actualizada al 02/17/2026. Para obtener una Lista de medicamentos (formulario) actualizada, contáctenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos (formulario), aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2026 y ocasionalmente durante el año.

¿Qué es el formulario de ElderServe Star (HMO I-SNP)?

En este documento, usamos los términos Lista de medicamentos y formulario para significar lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por ElderServe Star (HMO I-SNP) en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que incluye las terapias con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Generalmente, Star (HMO I-SNP) cubrirá los medicamentos incluidos en nuestro formulario siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de ElderServe Star (HMO I-SNP) y se cumplan otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realiza el 1.º de enero, pero ElderServe Star (HMO I-SNP) puede agregar o quitar medicamentos del formulario durante el año, transferirlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí: <https://elderservestar.org/members/member-materials/>.

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

- **Sustituciones inmediatas de ciertas nuevas versiones de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo estamos reemplazando con una determinada versión nueva de ese medicamento que aparecerá con las mismas o menos restricciones. 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 inmediatamente agregar nuevas restricciones.

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

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos un cambio inmediato, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo para usted el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de ElderServe Star (HMO I-SNP)?”.

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

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que se retira por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y luego notificar a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentra en el formulario, o agregar un nuevo producto biosimilar para reemplazar un producto biológico original que actualmente se encuentra en el formulario, o agregar nuevas restricciones, o ambas, después de agregar el medicamento correspondiente. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, o a ambos. También podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada a un medicamento, debemos notificar el cambio a los miembros afectados al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Alternativamente, cuando un miembro solicita una reposición del medicamento, puede recibir un suministro para 30 días del medicamento y un aviso del cambio.

Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción para usted y sigamos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de ElderServe Star (HMO I-SNP)?”.

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. Por lo general, si usted está tomando un medicamento de nuestro formulario del año de contrato 2026 que estaba cubierto al principio del año, no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2026, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1.º de enero del año siguiente, y es importante que verifique el formulario del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto entró en vigencia el 02/17/2026. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por ElderServe Star (HMO I-SNP), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del formulario:

Condición médica

El formulario comienza en la página 2. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una condición cardíaca se enumeran en la categoría enumeran en la categoría CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 2. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de la categoría a la que pertenece su medicamento, debe buscarlo en el índice que comienza en la página 93. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

ElderServe Star (HMO I-SNP) cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA dado que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. En general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los medicamentos de marca. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos pueden sustituir al 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 medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos habituales, en lugar de contar con una forma genérica, tienen alternativas que se llaman biosimilares. En general, los productos 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 ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Para analizar los tipos de medicamentos, consulte la Sección 3.1 del Capítulo 5 de la Evidencia de Cobertura, “La 'Lista de medicamentos' indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos”.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** ElderServe Star (HMO I-SNP) requiere que usted o la persona autorizada a dar recetas obtenga autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener la aprobación de ElderServe Star (HMO I-SNP) antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, ElderServe Star (HMO I-SNP) podría no cubrir el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, ElderServe Star (HMO I-SNP) limita la cantidad del medicamento que cubrirá ElderServe Star (HMO I-SNP). Por ejemplo, ElderServe Star (HMO I-SNP) proporciona 60 tabletas de ESTREPTOMICINA cada 30 días por receta. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, ElderServe Star (HMO I-SNP) requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su condición médica, es posible que ElderServe Star (HMO I-SNP) no cubra el medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, ElderServe Star (HMO I-SNP) cubrirá el medicamento B.

Puede verificar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales en el formulario que comienza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea donde se explican nuestras restricciones de terapia escalonada y autorización previa. También puede solicitarnos 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 portada posterior.

Puede solicitarle a ElderServe Star (HMO I-SNP) que haga una excepción a estas restricciones o límites, o que le proporcione una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su condición médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de ElderServe Star (HMO I-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 Servicios para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si le informan que ElderServe Star (HMO I-SNP) no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedir a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por ElderServe Star (HMO I-SNP). Cuando reciba la lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por ElderServe Star (HMO I-SNP).
- Puede solicitarle a ElderServe Star (HMO I-SNP) que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de ElderServe Star (HMO I-SNP)?

Puede pedirle a ElderServe Star (HMO I-SNP) que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento, incluso si este no se encuentra en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costos compartidos predeterminado y usted no podrá solicitarnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo.
- Puede solicitarnos que anulemos una restricción de cobertura, incluida la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, ElderServe Star (HMO I-SNP) limita la cantidad de medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, ElderServe Star (HMO I-SNP) solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan o la aplicación de la restricción no fueran tan eficaces para usted o le causarían efectos adversos.

Usted o la persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción al formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. ***Cuando solicite una excepción, la persona autorizada a dar recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.*** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si considera, y nosotros estamos de acuerdo, que su salud podría verse gravemente perjudicada si espera hasta 72 horas para que se tome una decisión. Si estamos

de acuerdo o si la persona autorizada a dar recetas solicita una decisión rápida, debemos comunicarle una decisión antes de las 24 horas después de haber recibido la declaración justificadora del profesional que receta.

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

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el formulario. o bien, puede estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario pero que tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con la persona autorizada a dar recetas acerca de solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios para la aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubramos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan la forma de proceder correcta para usted, es posible que, en ciertos casos, cubramos su medicamento durante los primeros 90 días a partir de la fecha en que se convierte en miembro de nuestro plan.

Por cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta se emite para menos días, permitiremos resurtidos para brindarle hasta un máximo de 30 días de medicamento. Si no se aprueba la cobertura, después de su primer suministro para 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, aunque haya sido un asegurado del plan durante menos de 90 días.

Si usted necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o si sus posibilidades de obtener sus medicamentos son limitadas, pero ya transcurrieron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción al formulario.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos con receta de ElderServe Star (HMO I-SNP), revise su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre ElderServe Star (HMO I-SNP), 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 la portada posterior.

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

Formulario de ElderServe Star (HMO I-SNP)

El formulario a continuación proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por ElderServe Star (HMO I-SNP). Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 93.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben con mayúscula (p. ej., DIFICID ORAL TABLET) y los medicamentos genéricos se enumeran en minúscula y cursiva (p. ej. eritromicina etilsuccinato tableta oral).

La siguiente es una lista de abreviaturas que pueden aparecer en las siguientes páginas en la columna de Requisitos/Límites para indicarle si su medicamento está sujeto a algún requisito especial de cobertura.

Lista de Abreviaciones

B/D PA: Este medicamento recetado podría estar cubierto bajo Medicare Parte B o Parte D, dependiendo de las circunstancias. Puede ser necesario que se presente información que describa la utilización y las circunstancias en las que se administrará el medicamento, para que se pueda tomar una determinación.

LA: Disponibilidad limitada. Este medicamento recetado puede estar disponible solamente en ciertas farmacias. Para obtener más información, llame al servicio de Atención al cliente.

MO: Medicamento obtenido por correo. Este medicamento recetado está disponible a través de nuestro servicio de pedido por correo, así como en las farmacias minoristas de nuestra red. Considere utilizar el servicio de farmacia por correo para obtener sus medicamentos de uso continuo, o de mantenimiento (por ejemplo, los medicamentos para la presión sanguínea elevada). Las farmacias minoristas de la red pueden ser más adecuadas para obtener medicamentos de uso a corto plazo (por ejemplo, los antibióticos).

PA: Autorización previa. El Plan requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para obtener ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener aprobación antes de que se surtan sus recetas. Si no obtiene aprobación, podríamos no cubrir el medicamento.

QL: Límite de cantidad. En el caso de ciertos medicamentos, el Plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos.

ST: Terapia de paso. En algunos casos, el Plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para el tratamiento de su afección médica antes de que podamos cubrir otro medicamento para tratar esa afección. Por ejemplo, si puede utilizarse tanto un medicamento A como un medicamento B en el tratamiento de la misma afección médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le produce mejoras, cubriremos el medicamento B.

V: Esta vacuna se suministra a los adultos sin costo alguno cuando se usa según las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ANTIINFECCIOSOS		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
<i>amphotericin b</i>	1	B/D PA; MO
<i>amphotericin b liposome</i>	1	B/D PA
<i>caspofungin</i>	1	
<i>clotrimazole mucous membrane</i>	1	MO
CRESEMBA ORAL	1	PA
<i>fluconazole</i>	1	MO
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml</i>	1	PA; MO
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 400 mg/200 ml</i>	1	PA
<i>flucytosine</i>	1	MO
<i>griseofulvin microsize</i>	1	MO
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	MO
<i>itraconazole oral capsule</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>itraconazole oral solution</i>	1	MO
<i>ketoconazole oral</i>	1	MO
<i>micafungin</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>nystatin oral suspension</i>	1	MO
<i>nystatin oral tablet</i>	1	MO
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	PA; MO; QL (96 por 30 días)
<i>terbinafine hcl oral</i>	1	MO
<i>voriconazole intravenous</i>	1	PA; MO
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution</i>	1	PA; MO
<i>voriconazole oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>voriconazole-hpbc</i>	1	PA
AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS		
<i>fosfomycin tromethamine</i>	1	MO
<i>methenamine hippurate</i>	1	MO
<i>methenamine mandelate</i>	1	MO
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	1	MO
<i>trimethoprim</i>	1	MO
ANTIINFECCIOSOS VARIOS		
<i>albendazole</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	1	PA; MO
ARIKAYCE	1	PA; LA
<i>atovaquone</i>	1	MO
<i>atovaquone-proguanil</i>	1	MO
<i>aztreonam</i>	1	PA; MO
CAYSTON	1	PA; MO; LA; QL (84 por 56 días)
<i>chloramphenicol sod succinate</i>	1	
<i>chloroquine phosphate</i>	1	MO
<i>clindamycin hcl</i>	1	MO
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	1	PA; MO
<i>clindamycin phosphate injection</i>	1	PA; MO
COARTEM	1	MO
<i>colistin (colistimethate na)</i>	1	PA; MO; QL (30 por 10 días)
<i>dapsone oral</i>	1	MO
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 350 MG	1	MO
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	1	MO
EMVERM	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ertapenem</i>	1	PA; MO; QL (14 por 14 días)
<i>ethambutol</i>	1	MO
<i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml</i>	1	PA; MO
<i>gentamicin injection</i>	1	PA; MO
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	1	PA; MO
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	1	MO
<i>imipenem-cilastatin</i>	1	PA; MO
IMPAVIDO	1	PA; MO
<i>isoniazid injection</i>	1	
<i>isoniazid oral</i>	1	MO
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	1	PA; MO; QL (20 por 30 días)
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>	1	PA; QL (8 por 30 días)
<i>lincomycin</i>	1	PA
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	1	PA; MO
<i>linezolid oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>linezolid oral tablet</i>	1	MO
<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i>	1	PA
<i>mefloquine</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	PA; QL (30 por 10 días)
<i>meropenem intravenous recon soln 500 mg</i>	1	PA; QL (10 por 10 días)
<i>metro i.v.</i>	1	PA; MO
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	1	PA; MO
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>neomycin</i>	1	MO
<i>nitazoxanide</i>	1	MO; QL (12 por 30 días)
<i>pentamidine inhalation</i>	1	B/D PA; MO; QL (1 por 28 días)
<i>pentamidine injection</i>	1	
<i>praziquantel</i>	1	MO
PRIFTIN	1	MO
PRIMAQUINE	1	MO
<i>pyrazinamide</i>	1	MO
<i>pyrimethamine</i>	1	PA; MO
<i>quinine sulfate</i>	1	MO
<i>rifabutin</i>	1	MO
<i>rifampin intravenous</i>	1	MO
<i>rifampin oral</i>	1	MO
SIRTURO	1	PA; LA
STREPTOMYCIN	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>tigecycline</i>	1	PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>tinidazole</i>	1	MO
TOBI PODHALER	1	MO; QL (224 por 56 días)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	1	PA; MO; QL (280 por 28 días)
<i>tobramycin inhalation</i>	1	PA; MO; QL (224 por 28 días)
<i>tobramycin sulfate injection recon soln</i>	1	PA; QL (9 por 14 días)
<i>tobramycin sulfate injection solution</i>	1	PA; MO
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/200 ML	1	QL (4000 por 10 días)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 500 MG/100 ML	1	QL (1000 por 10 días)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 750 MG/150 ML	1	QL (4050 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg</i>	1	MO; QL (20 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 10 gram</i>	1	QL (2 por 10 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>vancomycin intravenous recon soln 5 gram</i>	1	QL (4 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	1	MO; QL (10 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 750 mg</i>	1	MO; QL (27 por 10 días)
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	1	PA; MO; QL (40 por 10 días)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	1	PA; MO; QL (80 por 10 días)
VIBATIV INTRAVENOUS RECON SOLN 750 MG	1	PA
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	1	PA; QL (9 por 30 días)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
ANTIVÍRICOS		
<i>abacavir</i>	1	MO
<i>abacavir-lamivudine</i>	1	MO
<i>acyclovir oral capsule</i>	1	MO
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml (5 ml)</i>	1	
<i>acyclovir oral tablet</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>acyclovir sodium intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>adefovir</i>	1	MO
<i>amantadine hcl</i>	1	MO
APTIVUS	1	MO
<i>atazanavir</i>	1	MO
BARACLUDE ORAL SOLUTION	1	MO
BIKTARVY	1	MO
CABENUVA	1	MO
<i>cidofovir</i>	1	MO
CIMDUO	1	MO
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	1	MO
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	1	MO
DELSTRIGO	1	MO
DESCOVY	1	MO
DOVATO	1	MO
EDURANT	1	MO
EDURANT PED	1	MO
<i>efavirenz oral tablet</i>	1	MO
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir</i>	1	MO
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	MO
<i>emtricitabine</i>	1	MO
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>	1	MO
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	MO
EMTRIVA ORAL SOLUTION	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>entecavir</i>	1	MO
<i>etravirine</i>	1	MO
EVOTAZ	1	MO
<i>famciclovir</i>	1	MO
<i>fosamprenavir</i>	1	MO
<i>ganciclovir sodium intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>ganciclovir sodium intravenous solution</i>	1	B/D PA
GENVOYA	1	MO
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	1	MO
ISENTRESS HD	1	MO
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET	1	MO
ISENTRESS ORAL TABLET	1	MO
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	1	MO
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	1	MO
JULUCA	1	MO
KALETRA ORAL SOLUTION	1	MO
<i>lamivudine</i>	1	MO
<i>lamivudine-zidovudine</i>	1	MO
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	1	PA; MO; QL (28 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
LIVTENCITY	1	PA; LA; QL (120 por 30 días)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet</i>	1	MO
<i>maraviroc</i>	1	MO
MAVYRET ORAL PELLETS IN PACKET	1	PA; MO; QL (168 por 28 días)
MAVYRET ORAL TABLET	1	PA; MO; QL (84 por 28 días)
<i>nevirapine oral suspension</i>	1	MO
<i>nevirapine oral tablet</i>	1	MO
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	1	MO
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET	1	MO
ODEFSEY	1	MO
<i>oseltamivir</i>	1	MO
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)	1	QL (20 por 30 días)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)-100 MG (5)	1	QL (11 por 30 días)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	1	QL (30 por 30 días)
PIFELTRO	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
PREVYMIS INTRAVENOUS	1	PA
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG	1	PA; MO; QL (56 por 28 días)
PREVYMIS ORAL TABLET 480 MG	1	PA; MO; QL (28 por 28 días)
PREZCOBIX	1	MO
PREZISTA ORAL SUSPENSION	1	MO
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	1	MO
RELENZA DISKHALER	1	MO
RETROVIR INTRAVENOUS	1	MO
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET	1	MO
<i>ribavirin oral capsule</i>	1	MO
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	MO
<i>rimantadine</i>	1	MO
<i>ritonavir</i>	1	MO
RUKOBIA	1	MO
SELZENTRY ORAL SOLUTION	1	MO
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	1	PA; MO; QL (28 por 28 días)
STRIBILD	1	MO
SUNLENCA	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
SYMTUZA	1	MO
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	MO
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG	1	MO
TIVICAY PD	1	MO
TRIUMEQ	1	MO
TRIUMEQ PD	1	MO
TROGARZO	1	MO; LA
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>valacyclovir oral tablet 500 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>valganciclovir oral recon soln</i>	1	MO
<i>valganciclovir oral tablet</i>	1	MO
VEMLIDY	1	MO
VIRACEPT ORAL TABLET	1	MO
VIREAD ORAL POWDER	1	MO
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	1	MO
VOSEVI	1	PA; MO; QL (28 por 28 días)
XOFLUZA ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	1	MO
<i>zidovudine oral capsule</i>	1	MO
<i>zidovudine oral syrup</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>zidovudine oral tablet</i>	1	MO
CEFALOSPORINAS		
<i>cefactor oral capsule</i>	1	MO
<i>cefactor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefadroxil oral capsule</i>	1	MO
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml</i>	1	MO
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg</i>	1	MO
<i>cefazolin injection recon soln 100 gram, 300 gram</i>	1	
<i>cefazolin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram</i>	1	
<i>cefdinir oral capsule</i>	1	MO
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>cefepime in dextrose, iso-osm</i>	1	
<i>cefepime injection</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefixime oral capsule</i>	1	MO
<i>cefixime oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i>	1	PA
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	PA; MO
<i>cefoxitin intravenous recon soln 10 gram</i>	1	PA
<i>cefpodoxime</i>	1	MO
<i>cefprozil</i>	1	MO
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	PA; MO
<i>ceftazidime injection recon soln 6 gram</i>	1	PA
<i>ceftriaxone in dextrose, iso-os</i>	1	MO
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>ceftriaxone injection recon soln 10 gram</i>	1	
<i>ceftriaxone intravenous</i>	1	MO
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	1	MO
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	1	PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram</i>	1	PA; MO
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 7.5 gram</i>	1	PA
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>tazicef injection</i>	1	PA; MO
<i>tazicef intravenous</i>	1	PA
TEFLARO	1	PA; MO

ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS

<i>azithromycin intravenous</i>	1	PA; MO
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack)</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	1	MO
<i>clarithromycin</i>	1	MO
DIFICID ORAL TABLET	1	QL (20 por 10 días)
<i>ery-tab oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i>	1	
<i>erythromycin oral</i>	1	MO
<i>fidaxomicin</i>	1	QL (20 por 10 días)

PENICILINAS

<i>amoxicillin oral capsule</i>	1	MO
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>amoxicillin oral tablet</i>	1	MO
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	MO
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	PA; MO
<i>ampicillin sodium intravenous</i>	1	PA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 3 gram</i>	1	PA; MO
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 15 gram</i>	1	PA
<i>ampicillin-sulbactam intravenous</i>	1	PA
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125-31.25 MG/5 ML	1	MO
BICILLIN L-A	1	PA
<i>dicloxacillin</i>	1	MO
<i>nafcillin in dextrose iso-osm intravenous piggyback 2 gram/100 ml</i>	1	PA
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	PA; MO
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	1	PA
<i>oxacillin in dextrose(iso-osm) intravenous piggyback 2 gram/50 ml</i>	1	PA
<i>oxacillin injection recon soln 1 gram, 10 gram</i>	1	PA
<i>oxacillin injection recon soln 2 gram</i>	1	PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS PIGGYBACK 2 MILLION UNIT/50 ML, 3 MILLION UNIT/50 ML	1	PA
<i>penicillin g potassium</i>	1	PA; MO
<i>penicillin g sodium</i>	1	PA; MO
<i>penicillin v potassium</i>	1	MO
<i>pfizerpen-g</i>	1	PA
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 13.5 gram, 40.5 gram</i>	1	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram</i>	1	MO
QUINOLONAS		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	1	PA; MO
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 500 mg/5 ml</i>	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml</i>	1	PA
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	1	PA; MO
<i>levofloxacin intravenous</i>	1	PA
<i>levofloxacin oral solution</i>	1	MO
<i>levofloxacin oral tablet</i>	1	MO
<i>moxifloxacin oral</i>	1	MO
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	1	PA; MO
SULFAMIDAS/AGENTES RELACIONADOS		
<i>sulfadiazine</i>	1	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous</i>	1	PA; MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension</i>	1	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet</i>	1	MO
TETRACICLINAS		
<i>demeclocycline</i>	1	MO
<i>doxy-100</i>	1	PA; MO
<i>doxycycline hyclate intravenous</i>	1	PA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>doxycycline hyclate oral capsule</i>	1	MO
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>minocycline oral capsule</i>	1	MO
<i>minocycline oral tablet</i>	1	MO
<i>mondoxyne nl oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>tetracycline oral capsule</i>	1	MO
CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS		
AGENTES ANTIARRÍTMICOS		
<i>adenosine</i>	1	
<i>amiodarone intravenous solution</i>	1	MO
<i>amiodarone oral</i>	1	MO
<i>dofetilide</i>	1	MO
<i>flecainide</i>	1	MO
<i>ibutilide fumarate</i>	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>lidocaine (pf) intravenous</i>	1	
<i>lidocaine in 5 % dextrose (pf) intravenous parenteral solution 4 mg/ml (0.4 %), 8 mg/ml (0.8 %)</i>	1	
<i>mexiletine</i>	1	MO
MULTAQ	1	MO
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1	
<i>pacerone oral tablet 200 mg</i>	1	MO
<i>procainamide injection</i>	1	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>propafenone oral tablet</i>	1	MO
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	1	MO
<i>sotalol af</i>	1	
<i>sotalol oral</i>	1	MO
AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS		
CAMZYOS	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>digoxin oral solution</i>	1	MO
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	1	MO
<i>dobutamine</i>	1	B/D PA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>dobutamine in d5w intravenous parenteral solution 1,000 mg/250 ml (4,000 mcg/ml), 250 mg/250 ml (1 mg/ml), 500 mg/250 ml (2,000 mcg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>dopamine in 5 % dextrose intravenous solution 200 mg/250 ml (800 mcg/ml), 400 mg/250 ml (1,600 mcg/ml), 400 mg/500 ml (800 mcg/ml), 800 mg/500 ml (1,600 mcg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>dopamine in 5 % dextrose intravenous solution 800 mg/250 ml (3,200 mcg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
<i>dopamine intravenous solution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>dopamine intravenous solution 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
ENTRESTO SPRINKLE	1	QL (240 por 30 días)
<i>ivabradine</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>milrinone</i>	1	B/D PA
<i>milrinone in 5 % dextrose</i>	1	B/D PA
<i>norepinephrine bitartrate</i>	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ranolazine</i>	1	MO
<i>sacubitril-valsartan</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
VERQUVO	1	MO; QL (30 por 30 días)
VYNDAMAX	1	PA; MO
VYNDAQEL	1	PA
AGENTES PARA REDUCIR LOS LÍPIDOS/EL COLESTEROL		
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>atorvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>cholestyramine (with sugar)</i>	1	MO
<i>cholestyramine light</i>	1	MO
<i>colesevelam</i>	1	MO
<i>colestipol oral granules</i>	1	MO
<i>colestipol oral packet</i>	1	
<i>colestipol oral tablet</i>	1	MO
<i>ezetimibe</i>	1	MO
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	1	MO
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	1	MO
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	1	MO
<i>fenofibric acid</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fenofibric acid (choline)</i>	1	MO
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>fluvastatin oral capsule 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>gemfibrozil</i>	1	MO
<i>icosapent ethyl</i>	1	MO
<i>lovastatin oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
NEXLETOL	1	PA; MO
NEXLIZET	1	PA; MO
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	1	MO
<i>pitavastatin calcium</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>pravastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>prevalite</i>	1	MO
REPATHA	1	PA; QL (6 por 28 días)
REPATHA SURECLICK	1	PA; QL (6 por 28 días)
<i>rosuvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>simvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
NITRATOS		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate</i>	1	MO
<i>nitro-bid</i>	1	MO
<i>nitroglycerin sublingual</i>	1	MO
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	1	MO
<i>nitroglycerin translingual</i>	1	MO
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO		
<i>acebutolol</i>	1	MO
<i>aliskiren</i>	1	MO
<i>amiloride</i>	1	MO
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>amlodipine</i>	1	MO
<i>amlodipine-benazepril</i>	1	MO
<i>amlodipine-olmesartan</i>	1	MO
<i>amlodipine-valsartan</i>	1	MO
<i>amlodipine-valsartan-hcthiacid</i>	1	MO
<i>atenolol</i>	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	1	MO
<i>benazepril</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>betaxolol oral</i>	1	MO
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>bumetanide injection</i>	1	MO
<i>bumetanide oral</i>	1	MO
<i>candesartan</i>	1	MO
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	1	MO
<i>captopril</i>	1	MO
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>cartia xt</i>	1	MO
<i>carvedilol</i>	1	MO
<i>chlorothiazide sodium</i>	1	MO
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>clonidine transdermal patch</i>	1	MO; QL (4 por 28 días)
<i>clonidine (pf) epidural solution 1,000 mcg/10 ml (100 mcg/ml)</i>	1	
<i>clonidine hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl intravenous</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, ext. rel 24h degradable</i>	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24hr</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1	
<i>dilt-xr</i>	1	MO
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>doxazosin oral tablet 8 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
EDARBI	1	MO
EDARBYCLOR	1	MO
<i>enalapril maleate oral tablet</i>	1	MO
<i>enalaprilat intravenous solution</i>	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>eplerenone</i>	1	MO
<i>esmolol intravenous solution</i>	1	
<i>ethacrynate sodium</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>felodipine</i>	1	MO
<i>fosinopril</i>	1	MO
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>furosemide injection solution</i>	1	MO
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	MO
<i>furosemide oral tablet</i>	1	MO
<i>hydralazine</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>indapamide</i>	1	MO
<i>irbesartan</i>	1	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>isosorbide-hydralazine</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>isradipine</i>	1	
KERENDIA	1	PA; QL (30 por 30 días)
<i>labetalol intravenous solution</i>	1	
<i>labetalol intravenous syringe 20 mg/4 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril</i>	1	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>losartan</i>	1	MO
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>mannitol 20 %</i>	1	
<i>mannitol 25 % intravenous solution</i>	1	MO
<i>matzim la</i>	1	MO
<i>metolazone</i>	1	MO
<i>metoprolol succinate</i>	1	MO
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	1	MO
<i>metoprolol tartrate intravenous</i>	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>metirosine</i>	1	PA; MO
<i>minoxidil oral</i>	1	MO
<i>moexipril</i>	1	MO
<i>nadolol</i>	1	MO
<i>nebivolol</i>	1	MO
<i>nicardipine intravenous solution</i>	1	
<i>nicardipine oral</i>	1	MO
<i>nifedipine oral tablet extended release</i>	1	MO
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr</i>	1	MO
<i>nimodipine oral capsule</i>	1	MO
<i>olmesartan</i>	1	MO
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazid</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>osmitrol 20 %</i>	1	
<i>perindopril erbumine</i>	1	MO
<i>phentolamine</i>	1	
<i>pindolol</i>	1	MO
<i>prazosin</i>	1	MO
<i>propranolol intravenous</i>	1	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>propranolol oral solution</i>	1	MO
<i>propranolol oral tablet</i>	1	MO
<i>quinapril</i>	1	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>ramipril</i>	1	MO
<i>spironolactone oral tablet</i>	1	MO
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	1	MO
<i>telmisartan</i>	1	MO
<i>telmisartan-amlodipine</i>	1	MO
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	1	MO
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>terazosin oral capsule 10 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>tiadylt er</i>	1	MO
<i>timolol maleate oral</i>	1	MO
<i>torse mide oral</i>	1	MO
<i>trandolapril</i>	1	MO
<i>trandolapril-verapamil</i>	1	MO
<i>treprostinil sodium</i>	1	PA; MO; LA
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	1	MO
UPTRAVI ORAL TABLET	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK	1	PA; MO; LA; QL (200 por 180 días)
<i>valsartan oral tablet</i>	1	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>veletri</i>	1	B/D PA; MO
<i>verapamil intravenous</i>	1	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct</i>	1	MO
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr</i>	1	MO
<i>verapamil oral tablet</i>	1	MO
<i>verapamil oral tablet extended release</i>	1	MO

TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>aminocaproic acid intravenous</i>	1	MO
<i>aminocaproic acid oral</i>	1	MO
<i>aspirin-dipyridamole</i>	1	MO
CABLIVI INJECTION KIT	1	PA; LA
CEPROTIN (BLUE BAR)	1	PA; MO
CEPROTIN (GREEN BAR)	1	PA; MO
<i>cilostazol</i>	1	MO
<i>clopidogrel oral tablet 300 mg</i>	1	MO
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>dabigatran etexilate</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>dipyridamole intravenous</i>	1	
<i>dipyridamole oral</i>	1	MO
DOPTelet (10 TAB PACK)	1	PA; MO; LA
DOPTelet (15 TAB PACK)	1	PA; MO; LA
DOPTelet (30 TAB PACK)	1	PA; MO; LA
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	1	MO; QL (74 por 180 días)
ELIQUIS ORAL TABLET	1	MO; QL (60 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 0.5 MG	1	MO; QL (140 por 28 días)
ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1.5 MG (0.5 MG X 3)	1	QL (420 por 28 días)
ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG (0.5 MG X 4)	1	QL (560 por 28 días)
ELIQUIS SPRINKLE	1	QL (70 por 28 días)
<i>eltrombopag olamine</i>	1	PA; MO
<i>enoxaparin subcutaneous solution</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	1	MO; QL (28 por 28 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	1	MO; QL (22.4 por 28 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml, 60 mg/0.6 ml</i>	1	MO; QL (16.8 por 28 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	1	MO; QL (11.2 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	1	MO
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 20,000 unit/500 ml (40 unit/ml)</i>	1	
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 1,000 unit/500 ml</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 2,000 unit/1,000 ml</i>	1	
<i>heparin (porcine) injection cartridge</i>	1	
<i>heparin (porcine) injection solution</i>	1	MO
HEPARIN (PORCINE) INJECTION SYRINGE 5,000 UNIT/ML	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 12,500 UNIT/250 ML	1	
<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml, 25,000 unit/500 ml</i>	1	MO
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	1	
HEPARIN, PORCINE (PF) INJECTION SOLUTION 5,000 UNIT/0.5 ML	1	MO
HEPARIN, PORCINE (PF) INJECTION SYRINGE	1	MO
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>jantoven oral tablet 6 mg</i>	1	
<i>pentoxifylline</i>	1	MO
<i>prasugrel hcl</i>	1	MO
<i>protamine</i>	1	
<i>rivaroxaban oral suspension for reconstitution</i>	1	MO; QL (775 por 28 días)
<i>rivaroxaban oral tablet</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ticagrelor</i>	1	MO
<i>warfarin</i>	1	MO
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	1	MO; QL (51 por 180 días)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)

GASTROENTEROLOGÍA

AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS

<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i>	1	PA; MO
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i>	1	PA; MO
<i>aprepitant</i>	1	B/D PA; MO
<i>balsalazide</i>	1	MO
<i>betaine</i>	1	MO
<i>budesonide oral capsule, delayed, extended release</i>	1	MO
<i>budesonide oral tablet, delayed and extended release</i>	1	MO
CIMZIA POWDER FOR RECONST	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
CIMZIA STARTER KIT	1	PA; MO; QL (3 por 180 días)
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 200 MG/ML	1	PA; QL (2 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
CINVANTI	1	MO
<i>compro</i>	1	MO
<i>constulose</i>	1	MO
CORTIFOAM	1	MO
CREON	1	MO
<i>cromolyn oral</i>	1	MO
<i>dimenhydrinate injection solution</i>	1	MO
<i>dronabinol</i>	1	PA; MO
<i>droperidol injection solution</i>	1	MO
<i>enulose</i>	1	MO
<i>fosaprepitant</i>	1	MO
GATTEX 30-VIAL	1	PA; MO
GATTEX ONE- VIAL	1	PA; MO
<i>gavilyte-c</i>	1	MO
<i>gavilyte-g</i>	1	MO
<i>gavilyte-n</i>	1	
<i>generlac</i>	1	MO
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	1	MO
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>granisetron hcl oral</i>	1	B/D PA; MO
<i>hydrocortisone rectal</i>	1	MO
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	1	
INFLIXIMAB	1	PA; QL (20 por 28 días)
<i>lactulose oral solution</i>	1	MO
LINZESS	1	MO; QL (30 por 30 días)
LIVDELZI	1	PA; QL (30 por 30 días)
<i>lubiprostone</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	MO
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets)</i>	1	MO
<i>mesalamine oral capsule, extended release</i>	1	
<i>mesalamine oral capsule,extended release 24hr</i>	1	MO
<i>mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec)</i>	1	MO
<i>mesalamine rectal</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>mesalamine with cleansing wipe</i>	1	MO
<i>metoclopramide hcl injection</i>	1	MO
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	1	MO
<i>metoclopramide hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>nitroglycerin rectal</i>	1	MO
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution</i>	1	MO
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe</i>	1	
<i>ondansetron hcl intravenous</i>	1	MO
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>palonosetron intravenous solution 0.25 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>palonosetron intravenous syringe</i>	1	
<i>peg 3350-electrolytes</i>	1	
<i>peg-electrolyte</i>	1	MO
<i>prochlorperazine</i>	1	MO
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>prochlorperazine maleate oral</i>	1	MO
<i>procto-med hc</i>	1	MO
<i>proctosol hc topical</i>	1	MO
<i>proctozone-hc</i>	1	
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	ST; MO; QL (18 por 30 días)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	1	ST; MO; QL (18 por 30 días)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	1	ST; MO; QL (12 por 30 días)
REMICADE	1	PA; MO; QL (20 por 28 días)
<i>scopolamine base</i>	1	MO
SKYRIZI INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (30 por 180 días)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	1	PA; MO; QL (1.2 por 56 días)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	1	PA; MO; QL (2.4 por 56 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i>	1	MO
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	1	
SUCRAID	1	PA
<i>sulfasalazine</i>	1	MO
SYMPROIC	1	MO; QL (30 por 30 días)
TRULANCE	1	QL (30 por 30 días)
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	MO
<i>ursodiol oral tablet</i>	1	MO
VARUBI	1	B/D PA
VIBERZI	1	MO; QL (60 por 30 días)
VOWST	1	PA; LA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 - 63,000 UNIT, 20,000-63,000-84,000 UNIT, 25,000-79,000-105,000 UNIT, 3,000-10,000 - 14,000-UNIT, 40,000-126,000-168,000 UNIT, 5,000-17,000-24,000 UNIT, 60,000-189,600-252,600 UNIT	1	MO
ZYMFENTRA	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine intramuscular</i>	1	MO
<i>dicyclomine oral capsule</i>	1	MO
<i>dicyclomine oral solution</i>	1	MO
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	1	MO
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid</i>	1	MO
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>glycopyrrolate (pf) in water intravenous syringe 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	1	
<i>glycopyrrolate (pf) injection syringe 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	1	MO
<i>glycopyrrolate injection</i>	1	MO
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>loperamide oral capsule</i>	1	MO
<i>opium tincture</i>	1	MO
TRATAMIENTO DE ÚLCERAS		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>esomeprazole sodium</i>	1	MO
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml</i>	1	MO
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i>	1	MO
<i>famotidine intravenous solution 10 mg/ml</i>	1	MO
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>misoprostol</i>	1	MO
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>pantoprazole intravenous</i>	1	MO
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>sucralfate oral suspension</i>	1	MO
<i>sucralfate oral tablet</i>	1	MO
IMMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA		
MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS		
ACTIMMUNE	1	PA; MO
ARCALYST	1	PA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)
BESREMI	1	PA; LA
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT	1	PA; MO; QL (14 por 28 días)
FULPHILA	1	PA; MO
ILARIS (PF)	1	PA; MO; LA; QL (2 por 28 días)
NIVESTYM	1	PA; MO
NYVEPRIA	1	PA; MO
OMNITROPE	1	PA; MO
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	MO; QL (4 por 28 días)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	MO; QL (2 por 28 días)
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (1 por 180 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (1 por 180 días)
<i>plerixafor</i>	1	B/D PA; MO
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	1	PA; MO
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	1	PA; MO
RELEUKO SUBCUTANEOUS	1	PA; MO
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	1	PA; MO
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	1	PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
VACUNAS/AGENTES INMUNOLÓGICOS VARIOS		
ABRYSVO (PF)	1	V
ACTHIB (PF)	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	1	V
AREXVY (PF)	1	V
BCG VACCINE, LIVE (PF)	1	V
BEXSERO	1	V
BOOSTRIX TDAP	1	V
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	1	
DENGVAIXA (PF)	1	
ENGRIX-B (PF)	1	B/D PA; V
ENGRIX-B PEDIATRIC (PF)	1	B/D PA; V
<i>fomepizole</i>	1	
GAMASTAN	1	MO
GAMUNEX-C	1	PA; MO
GARDASIL 9 (PF)	1	V
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	1	V
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	1	
HEPLISAV-B (PF)	1	B/D PA; V
HIBERIX (PF)	1	
HYPERHEP B	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
HYPERHEP B NEONATAL	1	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	1	B/D PA; V
INFANRIX (DTAP) (PF)	1	
IPOL	1	V
IXIARO (PF)	1	V
JYNNEOS (PF)	1	B/D PA; V
KINRIX (PF)	1	
MENQUADFI (PF)	1	V
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	1	V
M-M-R II (PF)	1	V
MRESVIA (PF)	1	V
PEDIARIX (PF)	1	
PEDVAX HIB (PF)	1	
PENBRAYA (PF)	1	V
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF)	1	V
PENTACEL (PF)	1	
PRIORIX (PF)	1	V
PROQUAD (PF)	1	
QUADRACEL (PF)	1	
RABAVERT (PF)	1	B/D PA; V
RECOMBIVAX HB (PF)	1	B/D PA; V
ROTARIX ORAL SUSPENSION	1	
ROTATEQ VACCINE	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	1	V; QL (2 por 720 días)
STAMARIL (PF)	1	V
TENIVAC (PF)	1	V
TICE BCG	1	B/D PA
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	1	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	1	V
TRUMENBA	1	V
TWINRIX (PF)	1	V
TYPHIM VI	1	V
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	1	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	1	V
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	1	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	1	V
VARIVAX (PF)	1	V

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
VARIZIG	1	
VAXCHORAVACCINE	1	V
VIMKUNYA	1	V
VIVOTIF	1	MO; V
XEMBIFY	1	B/D PA; MO; LA
YF-VAX (PF)	1	V

MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES

AGENTES COADYUVANTES

BOMYNTRA	1	B/D PA; MO
<i>dexrazoxane hcl</i>	1	B/D PA; MO
ELITEK	1	MO
KHAPZORY INTRAVENOUS RECON SOLN 175 MG	1	B/D PA
<i>leucovorin calcium oral</i>	1	MO
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>levoleucovorin calcium intravenous solution</i>	1	B/D PA
<i>mesna intravenous</i>	1	B/D PA; MO
<i>mesna oral</i>	1	MO
WYOST	1	B/D PA; MO

MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>abirtega</i>	1	PA; QL (120 por 30 días)
ADCETRIS	1	B/D PA; MO
ADSTILADRIN	1	PA
AKEEGA	1	PA; LA; QL (60 por 30 días)
ALECENSA	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	1	PA; QL (30 por 30 días)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	1	PA; QL (60 por 30 días)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK	1	PA; QL (30 por 180 días)
<i>anastrozole</i>	1	MO
ANKTIVA	1	PA; MO
<i>arsenic trioxide intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	B/D PA
<i>arsenic trioxide intravenous solution 2 mg/ml</i>	1	B/D PA; MO
ASPARLAS	1	PA
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	1	PA; QL (60 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA; QL (240 por 30 días)
AVMAPKI-FAKZYNJA	1	PA; QL (66 por 28 días)
AYVAKIT	1	PA; LA; QL (30 por 30 días)
<i>azacitidine</i>	1	B/D PA; MO
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>azathioprine sodium</i>	1	B/D PA; MO
BALVERSA	1	PA; LA
BAVENCIO	1	B/D PA; LA
BEIZRAY-ALBUMIN	1	B/D PA
BELEODAQ	1	B/D PA
<i>bendamustine intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
BENDEKA	1	B/D PA; MO
BESPONS	1	B/D PA; MO; LA
<i>bexarotene</i>	1	PA; MO
<i>bicalutamide</i>	1	MO
BIZENGRI	1	PA
BLNREP	1	PA
<i>bleomycin</i>	1	B/D PA; MO
BLINCYTO INTRAVENOUS KIT	1	B/D PA
BORTEZOMIB INJECTION RECON SOLN 1 MG, 2.5 MG	1	B/D PA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i>	1	B/D PA; MO
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA; MO; QL (330 por 30 días)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
BRAFTOVI	1	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días)
BRUKINSA ORAL TABLET	1	PA; LA; QL (60 por 30 días)
<i>busulfan</i>	1	B/D PA
CABOMETYX	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	1	PA; LA; QL (60 por 30 días)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	1	PA; LA; QL (60 por 30 días)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	1	PA; LA; QL (30 por 30 días)
<i>carboplatin intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>carmustine intravenous recon soln 100 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>cisplatin intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>cladribine</i>	1	B/D PA; MO
<i>clofarabine</i>	1	B/D PA
COLUMVI	1	PA; MO
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	1	PA; MO; QL (56 por 28 días)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	1	PA; MO; QL (112 por 28 días)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	1	PA; MO; QL (84 por 28 días)
COPIKTRA	1	PA; LA; QL (56 por 28 días)
COTELLIC	1	PA; MO; LA; QL (63 por 28 días)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 25 MG	1	B/D PA
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG	1	B/D PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>cyclosporine modified</i>	1	B/D PA; MO
<i>cyclosporine oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
CYRAMZA	1	B/D PA; MO
<i>cytarabine</i>	1	B/D PA; MO
<i>cytarabine (pf) injection solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
<i>cytarabine (pf) injection solution 20 mg/ml</i>	1	B/D PA
<i>dacarbazine</i>	1	B/D PA; MO
<i>dactinomycin</i>	1	B/D PA; MO
DANYELZA	1	B/D PA
DANZITEN	1	PA; QL (112 por 28 días)
DARZALEX	1	B/D PA; MO; LA
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 80 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>dasatinib oral tablet 70 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
DATROWAY	1	PA; MO
<i>daunorubicin</i>	1	B/D PA
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>decitabine</i>	1	B/D PA; MO
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
<i>doxorubicin intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>doxorubicin intravenous solution 2 mg/ml</i>	1	B/D PA
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	1	B/D PA; MO
DROXIA	1	MO
ELAHERE	1	PA; LA
ELIGARD	1	PA; MO
ELIGARD (3 MONTH)	1	PA; MO
ELIGARD (4 MONTH)	1	PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ELIGARD (6 MONTH)	1	PA; MO
ELREXFIO	1	PA
ELZONRIS	1	B/D PA; LA
EMPLICITI	1	B/D PA; MO
EMRELIS	1	PA
ENSACOVE	1	PA; LA; QL (60 por 30 días)
ENVARUSUS XR	1	B/D PA; MO
<i>epirubicin intravenous solution 200 mg/100 ml</i>	1	B/D PA
EPKINLY	1	PA
ERBITUX	1	B/D PA; MO
<i>eribulin</i>	1	B/D PA
ERIVEDGE	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
ETOPOPHOS	1	B/D PA; MO
<i>etoposide intravenous</i>	1	B/D PA; MO
EULEXIN	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg</i>	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 5 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>exemestane</i>	1	MO
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	1	PA; MO
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	1	PA; MO
<i>floxuridine</i>	1	B/D PA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fludarabine intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>fludarabine intravenous solution</i>	1	B/D PA
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 500 mg/10 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>fluorouracil intravenous solution 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml</i>	1	B/D PA
FOTIVDA	1	PA; LA; QL (21 por 28 días)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA; QL (84 por 28 días)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	1	PA; QL (21 por 28 días)
<i>fulvestrant</i>	1	B/D PA; MO
FYARRO	1	PA
GAVRETO	1	PA; LA; QL (120 por 30 días)
GAZYVA	1	B/D PA; MO
<i>gefitinib</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 200 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>gemcitabine intravenous recon soln 2 gram</i>	1	B/D PA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
GEMCITABINE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML	1	B/D PA
<i>gengraf oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
GILOTRIF	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG	1	MO
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG	1	MO
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA; QL (126 por 28 días)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	1	PA; QL (84 por 28 días)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION	1	PA; QL (168 por 28 días)
GRAFAPEX	1	B/D PA
HERNEXEOS	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>hydroxyurea</i>	1	MO
IBRANCE	1	PA; MO; QL (21 por 28 días)
IBTROZI	1	PA; QL (90 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ICLUSIG	1	PA; QL (30 por 30 días)
<i>idarubicin</i>	1	B/D PA; MO
IDHIFA	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días)
<i>ifosfamide intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>ifosfamide intravenous solution 3 gram/60 ml</i>	1	B/D PA
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	1	PA; QL (90 por 30 días)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	1	PA; QL (30 por 30 días)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION	1	PA; QL (324 por 30 días)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	1	PA; QL (30 por 30 días)
IMDELLTRA	1	PA; MO
IMFINZI	1	B/D PA; MO; LA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
IMJUDO	1	PA; MO
IMKELDI	1	PA; MO; QL (280 por 28 días)
INLEXZO	1	PA; MO; LA
INLURIYO	1	PA
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
INQOVI	1	PA; MO; QL (5 por 28 días)
INREBIC	1	PA; MO; LA; QL (120 por 30 días)
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>irinotecan intravenous solution 300 mg/15 ml, 500 mg/25 ml</i>	1	B/D PA
<i>irinotecan intravenous solution 40 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; MO
ISTODAX	1	B/D PA; MO
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
IWILFIN	1	PA; LA; QL (240 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
IXEMPRA	1	B/D PA; MO
JAKAFI	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	1	PA; QL (60 por 30 días)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	1	PA; QL (30 por 30 días)
JEMPERLI	1	PA; MO
JEVTANA	1	B/D PA; MO
JYLAMVO	1	B/D PA; MO
KADCYLA	1	PA; MO
KEYTRUDA	1	PA; MO
KEYTRUDA QLEX	1	PA; MO
KIMMTRAK	1	B/D PA
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	PA; MO; QL (21 por 28 días)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	1	PA; MO; QL (42 por 28 días)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	1	PA; MO; QL (63 por 28 días)
KOMZIFTI	1	PA; QL (90 por 30 días)
KOSELUGO	1	PA
KRAZATI	1	PA; QL (180 por 30 días)
KYPROLIS	1	B/D PA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i>	1	PA; MO
<i>lapatinib</i>	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	1	PA; LA; QL (30 por 30 días)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	1	PA; LA; QL (60 por 30 días)
<i>lenalidomide</i>	1	PA; MO; QL (28 por 28 días)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 2), 24 MG/DAY (10 MG X 2-4 MG X 1)	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
LENVIMA ORAL CAPSULE 14 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2)	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>letrozole</i>	1	MO
LEUKERAN	1	MO
<i>leuprolide subcutaneous kit</i>	1	PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
LIBTAYO	1	PA; LA
<i>lomustine oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>lomustine oral capsule 100 mg, 40 mg</i>	1	
LONSURF	1	PA; MO
LOQTORZI	1	PA; MO
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
LUNSUMIO	1	PA; MO
LUPRON DEPOT	1	PA; MO
LYNOZYFIC	1	PA
LYNPARZA	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
LYSODREN	1	
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3)	1	PA; LA; QL (84 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
LYTGOBI ORAL TABLET 16 MG/DAY (4 MG X 4)	1	PA; LA; QL (112 por 28 días)
LYTGOBI ORAL TABLET 20 MG/DAY (4 MG X 5)	1	PA; LA; QL (140 por 28 días)
MATULANE	1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml)</i>	1	PA
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	1	PA; MO
<i>megestrol oral suspension 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	1	PA; MO
<i>megestrol oral tablet</i>	1	PA; MO
MEKINIST ORAL RECON SOLN	1	PA; MO; QL (1260 por 30 días)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
MEKTOVI	1	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días)
<i>melphalan hcl</i>	1	B/D PA
<i>mercaptopurine oral suspension</i>	1	MO
<i>mercaptopurine oral tablet</i>	1	MO
<i>methotrexate sodium</i>	1	B/D PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln</i>	1	B/D PA
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>mitomycin intravenous recon soln 20 mg, 5 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>mitomycin intravenous recon soln 40 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>mitoxantrone</i>	1	B/D PA; MO
MODEYSO	1	PA; QL (20 por 28 días)
MONJUVI	1	PA; LA
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	1	B/D PA; MO
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution</i>	1	B/D PA; MO
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	1	B/D PA; MO
<i>mycophenolate sodium</i>	1	B/D PA; MO
MYHIBBIN	1	B/D PA; MO
MYLOTARG	1	B/D PA; MO; LA
NELARABINE	1	B/D PA; MO
NEMLUVIO	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
NERLYNX	1	PA; MO; LA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	1	PA; MO; QL (112 por 28 días)
<i>nilotinib hcl oral capsule 50 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>nilutamide</i>	1	PA; MO
NINLARO	1	PA; MO; QL (3 por 28 días)
NUBEQA	1	PA; MO; LA; QL (120 por 30 días)
NULOJIX	1	B/D PA; MO
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	1	PA; MO
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	1	PA; MO
<i>octreotide acetate injection syringe</i>	1	PA; MO
<i>octreotide, microspheres</i>	1	PA; MO
ODOMZO	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días)
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA; QL (56 por 28 días)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	1	PA; QL (96 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4)	1	PA; QL (16 por 28 días)
OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5)	1	PA; QL (20 por 28 días)
OJEMDA ORAL TABLET 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	1	PA; QL (24 por 28 días)
OJJAARA	1	PA; QL (30 por 30 días)
ONCASPAR	1	B/D PA
ONIVYDE	1	B/D PA
ONUREG	1	PA; MO; QL (14 por 28 días)
OPDIVO	1	PA; MO
OPDIVO QVANTIG	1	PA; MO
OPDUALAG	1	PA; MO
ORGOVYX	1	PA; LA; QL (30 por 28 días)
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	1	PA; QL (30 por 30 días)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg</i>	1	B/D PA
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 50 mg</i>	1	B/D PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
<i>oxaliplatin intravenous solution 200 mg/40 ml</i>	1	B/D PA
<i>paclitaxel</i>	1	B/D PA; MO
<i>paclitaxel protein-bound</i>	1	B/D PA; MO
PADCEV	1	PA; MO
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
PAZOPANIB ORAL TABLET 400 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
PEMAZYRE	1	PA; LA; QL (28 por 28 días)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 750 mg</i>	1	B/D PA
PERJETA	1	B/D PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	PA; QL (28 por 28 días)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	1	PA; QL (56 por 28 días)
POLIVY	1	PA; MO
POMALYST	1	PA; MO; LA; QL (21 por 28 días)
POTELIGEO	1	PA
PRALATREXATE	1	B/D PA; MO
PROGRAF INTRAVENOUS	1	B/D PA; MO
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET	1	B/D PA; MO
QINLOCK	1	PA; LA; QL (90 por 30 días)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	1	PA; MO; LA; QL (90 por 30 días)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	1	PA; QL (120 por 30 días)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	1	PA; QL (60 por 30 días)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	1	PA; QL (240 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
REZLIDHIA	1	PA; QL (60 por 30 días)
REZUROCK	1	PA; LA; QL (30 por 30 días)
<i>romidepsin intravenous reconstruction</i>	1	B/D PA
ROMVIMZA	1	PA; LA; QL (8 por 28 días)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET	1	PA; MO; QL (336 por 28 días)
RUBRACA	1	PA; MO; LA; QL (120 por 30 días)
RUXIENCE	1	PA; MO
RYBREVANT	1	PA; MO
RYDAPT	1	PA; MO; QL (224 por 28 días)
RYLAZE	1	B/D PA
RYTELO	1	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 10 MG	1	PA; MO
SARCLISA	1	PA; LA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	1	PA; QL (120 por 30 días)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	1	PA; QL (60 por 30 días)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	1	PA; QL (300 por 30 días)
SIGNIFOR	1	PA
SIMULECT	1	B/D PA; MO
<i>sirolimus</i>	1	B/D PA; MO
SOLTAMOX	1	MO
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML	1	PA; MO
<i>sorafenib</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
STIVARGA	1	PA; MO; QL (84 por 28 días)
<i>sunitinib malate</i>	1	PA; MO; QL (28 por 28 días)
SYLVANT	1	B/D PA; MO
TABLOID	1	MO
TABRECTA	1	PA; MO
<i>tacrolimus oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
TAFINLAR ORAL CAPSULE	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION	1	PA; MO; QL (840 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
TAGRISSO	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días)
TALVEY	1	PA
TALZENNA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>tamoxifen</i>	1	MO
TAZVERIK	1	PA; LA
TECENTRIQ	1	B/D PA; MO; LA
TECENTRIQ HYBREZA	1	B/D PA; MO; LA
TECVAYLI	1	PA
TEMODAR	1	B/D PA; MO
<i>temsirolimus</i>	1	B/D PA; MO
TEPMETKO	1	PA; LA
TEVIMBRA	1	PA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; MO; QL (112 por 28 días)
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA; MO; QL (28 por 28 días)
<i>thiotepa injection recon soln 100 mg</i>	1	B/D PA
<i>thiotepa injection recon soln 15 mg</i>	1	B/D PA; MO
TIBSOVO	1	PA
TIVDAK	1	PA; MO
<i>topotecan</i>	1	B/D PA; MO
<i>toremifene</i>	1	MO
<i>torpenz</i>	1	PA; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
TRAZIMERA	1	B/D PA; MO
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	1	PA; MO
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	1	MO
TRODELVY	1	PA; LA
TRUQAP	1	PA; QL (64 por 28 días)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA; LA; QL (120 por 30 días)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	1	PA; LA; QL (300 por 30 días)
TURALIO	1	PA; LA; QL (120 por 30 días)
UNITUXIN	1	B/D PA
<i>valrubicin</i>	1	B/D PA; MO
VANFLYTA	1	PA; QL (56 por 28 días)
VECTIBIX	1	B/D PA; MO
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	1	PA; LA; QL (60 por 30 días)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	1	PA; LA; QL (180 por 30 días)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	1	PA; LA; QL (30 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
VENCLEXTA STARTING PACK	1	PA; LA; QL (42 por 180 días)
VERZENIO	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días)
<i>vinblastine</i>	1	B/D PA; MO
<i>vincristine</i>	1	B/D PA; MO
<i>vinorelbine</i>	1	B/D PA; MO
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días)
VITRAKVI ORAL SOLUTION	1	PA; MO; LA; QL (300 por 30 días)
VIZIMPRO	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
VONJO	1	PA; QL (120 por 30 días)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	1	PA; QL (60 por 30 días)
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	1	PA; QL (30 por 30 días)
VYLOY	1	PA; LA
VYXEOS	1	B/D PA
WELIREG	1	PA; LA
XALKORI ORAL CAPSULE	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
XALKORI ORAL PELLET 20 MG, 50 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
XERMELO	1	PA; LA; QL (84 por 28 días)
XOSPATA	1	PA; LA; QL (90 por 30 días)
XPOVIO	1	PA; LA
XTANDI ORAL CAPSULE	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
YERVOY	1	B/D PA; MO
YONDELIS	1	B/D PA
ZALTRAP	1	B/D PA; MO
ZEJULA ORAL TABLET	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días)
ZELBORAF	1	PA; MO; QL (224 por 28 días)
ZEPZELCA	1	PA
ZIIHERA	1	PA
ZIRABEV	1	B/D PA; MO
ZOLADEX	1	PA; MO
ZOLINZA	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ZYDELIG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
ZYKADIA	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
ZYNLONTA	1	PA; LA
ZYNYZ	1	PA; MO

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.

AGENTES ANTIPARKINSONIANOS

<i>benztropine injection</i>	1	MO
<i>benztropine oral</i>	1	PA; MO
<i>bromocriptine oral capsule</i>	1	
<i>bromocriptine oral tablet</i>	1	MO
<i>carbidopa</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	1	MO
<i>entacapone</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE	1	PA; QL (300 por 30 días)
NEUPRO	1	MO
<i>pramipexole oral tablet</i>	1	MO
<i>rasagiline</i>	1	MO
<i>ropinirole oral tablet</i>	1	MO
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>selegiline hcl</i>	1	MO
<i>trihexyphenidyl oral tablet</i>	1	MO
ANALGÉSICOS NARCÓTICOS		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 300 mg-30 mg /12.5 ml</i>	1	QL (4500 por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	MO; QL (4500 por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
BELBUCA	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>buprenorphine hcl injection syringe</i>	1	
<i>buprenorphine hcl sublingual</i>	1	MO
<i>buprenorphine transdermal patch</i>	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (360 por 30 días)
<i>endocet oral tablet 5-325 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	1	PA; MO; QL (10 por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml</i>	1	QL (5550 por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	1	MO; QL (5550 por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg</i>	1	QL (360 por 30 días)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	1	MO; QL (50 por 30 días)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml, 2 mg/ml</i>	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydromorphone injection solution 2 mg/ml</i>	1	MO
<i>hydromorphone injection syringe 1 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	MO
<i>hydromorphone injection syringe 2 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone oral liquid</i>	1	MO; QL (2400 por 30 días)
<i>hydromorphone oral tablet</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>hydromorphone oral tablet extended release 24 hr</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>methadone injection solution</i>	1	
<i>methadone intensol</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>methadone oral concentrate</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	PA; MO; QL (600 por 30 días)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	PA; MO; QL (1200 por 30 días)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>methadose oral concentrate</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>morphine (pf) injection solution 0.5 mg/ml</i>	1	
<i>morphine (pf) injection solution 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>morphine concentrate oral solution</i>	1	MO; QL (900 por 30 días)
<i>morphine injection syringe 4 mg/ml</i>	1	MO
<i>morphine intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	MO
<i>morphine intravenous syringe 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>morphine oral solution</i>	1	MO; QL (900 por 30 días)
<i>morphine oral tablet</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>morphine oral tablet extended release</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>oxycodone oral capsule</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>oxycodone oral concentrate</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>oxycodone oral solution</i>	1	MO; QL (1200 por 30 días)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxycodone oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
SUBLOCADE	1	MO
ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS		
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film</i>	1	MO
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet</i>	1	MO
<i>butorphanol injection</i>	1	MO
<i>butorphanol nasal</i>	1	MO; QL (10 por 28 días)
<i>celecoxib</i>	1	MO
<i>clonidine (pf) epidural solution 5,000 mcg/10 ml</i>	1	
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium oral</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium topical drops</i>	1	MO; QL (300 por 28 días)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	1	MO; QL (1000 por 28 días)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump</i>	1	MO; QL (224 por 28 días)
<i>diclofenac-misoprostol</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>diflunisal</i>	1	MO
<i>etodolac oral capsule</i>	1	MO
<i>etodolac oral tablet</i>	1	MO
<i>etodolac oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	MO
<i>ibu</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral suspension</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg</i>	1	
JOURNAVX	1	MO; QL (30 por 90 días)
KLOXXADO	1	MO
<i>lurbiro</i>	1	
<i>meloxicam oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>nabumetone</i>	1	MO
<i>nalbuphine</i>	1	
<i>naloxone injection solution</i>	1	MO
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml (prefilled syringe)</i>	1	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>naltrexone</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	MO
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	1	MO
<i>oxaprozin oral tablet</i>	1	MO
<i>piroxicam</i>	1	MO
<i>salsalate</i>	1	MO
<i>sulindac</i>	1	MO
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
<i>tramadol-acetaminophen</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
VIVITROL	1	MO
ANTICONVULSIVANTES		
BRIVIACT INTRAVENOUS	1	MO; QL (600 por 30 días)
BRIVIACT ORAL SOLUTION	1	MO; QL (600 por 30 días)
BRIVIACT ORAL TABLET	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml</i>	1	
<i>carbamazepine oral tablet</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	1	MO
<i>clobazam oral suspension</i>	1	PA; MO; QL (480 por 30 días)
<i>clobazam oral tablet</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (300 por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	1	MO; QL (300 por 30 días)
DIACOMIT	1	PA; LA
<i>diazepam rectal</i>	1	MO
DILANTIN 30 MG	1	MO
<i>divalproex</i>	1	MO
EPIDIOLEX	1	PA; MO; LA
<i>eslicarbazepine oral tablet 200 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>eslicarbazepine oral tablet 400 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>ethosuximide</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>felbamate</i>	1	MO
FINTEPLA	1	PA; LA; QL (360 por 30 días)
<i>fosphenytoin</i>	1	MO
FYCOMPA ORAL SUSPENSION	1	MO; QL (720 por 30 días)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg</i>	1	MO; QL (270 por 30 días)
<i>gabapentin oral capsule 300 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	MO; QL (2160 por 30 días)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml)</i>	1	QL (2160 por 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 450 mg, 750 mg, 900 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>lacosamide intravenous</i>	1	MO; QL (1200 por 30 días)
<i>lacosamide oral solution</i>	1	MO; QL (1200 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>lamotrigine oral tablet</i>	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible</i>	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating</i>	1	MO
<i>levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,000 mg/100 ml, 500 mg/100 ml</i>	1	MO
<i>levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,500 mg/100 ml</i>	1	
<i>levetiracetam intravenous</i>	1	MO
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	1	MO
<i>levetiracetam oral solution 500 mg/5 ml (5 ml)</i>	1	
<i>levetiracetam oral tablet</i>	1	MO
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>methsuximide</i>	1	MO
NAYZILAM	1	PA; MO; QL (10 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxcarbazepine oral suspension</i>	1	MO
<i>oxcarbazepine oral tablet</i>	1	MO
<i>perampanel oral suspension</i>	1	MO; QL (720 por 30 días)
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>phenobarbital oral elixir</i>	1	PA; MO
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	PA
<i>phenobarbital oral tablet 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	1	PA; MO
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml</i>	1	MO
<i>phenobarbital sodium injection solution 65 mg/ml</i>	1	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>phenytoin oral tablet, chewable</i>	1	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>phenytoin sodium intravenous solution</i>	1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>pregabalin oral solution</i>	1	MO; QL (900 por 30 días)
PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG	1	MO
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>roweepra</i>	1	MO
<i>rufinamide oral suspension</i>	1	PA; MO
<i>rufinamide oral tablet</i>	1	PA; MO
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 500 MG, 750 MG	1	
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG	1	MO
SUBVENITE ORAL SUSPENSION	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>subvenite oral tablet</i>	1	MO
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>tiagabine</i>	1	MO
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	1	PA; MO
<i>topiramate oral solution</i>	1	PA; MO
<i>topiramate oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>valproate sodium</i>	1	MO
<i>valproic acid</i>	1	MO
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml)</i>	1	
VALTOCO	1	PA; MO; QL (10 por 30 días)
<i>vigabatrin</i>	1	PA; MO; LA
<i>vigadrone</i>	1	PA; LA
XCOPRI MAINTENANCE PACK	1	MO; QL (56 por 28 días)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	1	MO; QL (28 por 180 días)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	1	MO; QL (28 por 180 días)
ZONISADE	1	PA; MO
<i>zonisamide</i>	1	PA; MO
ZTALMY	1	PA; LA; QL (1100 por 30 días)

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS

ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	1	MO; QL (2.4 por 56 días)
--	---	--------------------------

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ABILIFY ASIMTUFI INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	1	MO; QL (3.2 por 56 días)
ABILIFY MAINTENA	1	MO; QL (1 por 28 días)
<i>amitriptyline</i>	1	MO
<i>amoxapine</i>	1	MO
<i>amphetamine</i>	1	MO
<i>aripiprazole oral solution</i>	1	MO
<i>aripiprazole oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
ARISTADA INITIO	1	MO; QL (4.8 por 365 días)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	1	MO; QL (3.9 por 56 días)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	1	MO; QL (1.6 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	1	MO; QL (2.4 por 28 días)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	1	MO; QL (3.2 por 28 días)
<i>armodafinil</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>asenapine maleate</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
AUVELITY	1	ST; QL (60 por 30 días)
BELSOMRA	1	PA; QL (30 por 30 días)
<i>bupropion hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>buspirone</i>	1	MO
CAPLYTA	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>chlorpromazine injection</i>	1	MO
<i>chlorpromazine oral</i>	1	MO
<i>citalopram oral solution</i>	1	MO
<i>citalopram oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>clomipramine</i>	1	MO
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg</i>	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (360 por 30 días)
<i>clozapine oral tablet</i>	1	
<i>clozapine oral tablet, disintegrating</i>	1	
COBENFY	1	MO; QL (60 por 30 días)
COBENFY STARTER PACK	1	MO; QL (56 por 180 días)
<i>desipramine</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>desvenlafaxine succinate</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr</i>	1	MO
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet</i>	1	MO
<i>diazepam injection</i>	1	PA
<i>diazepam intensol</i>	1	PA; QL (240 por 30 días)
<i>diazepam oral concentrate</i>	1	PA; QL (240 por 30 días)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	1	PA; MO; QL (1200 por 30 días)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)</i>	1	PA; QL (1200 por 30 días)
<i>diazepam oral tablet</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>doxepin oral capsule</i>	1	MO
<i>doxepin oral concentrate</i>	1	MO
<i>doxepin oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
EMSAM	1	MO
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	1	MO
<i>escitalopram oxalate oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>eszopiclone</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR	1	ST; MO; QL (30 por 30 días)
EXXUA ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK	1	ST; MO; QL (32 por 180 días)
FANAPT	1	ST; MO; QL (60 por 30 días)
FANAPT TITRATION PACK A	1	ST; MO; QL (8 por 180 días)
FANAPT TITRATION PACK B	1	ST; QL (12 por 180 días)
FANAPT TITRATION PACK C	1	ST; QL (8 por 180 días)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)-40 MG (26)	1	QL (28 por 180 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR	1	QL (30 por 30 días)
<i>flumazenil</i>	1	
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>fluoxetine oral capsule 20 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluoxetine oral capsule 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>fluoxetine oral solution</i>	1	MO
<i>fluphenazine decanoate</i>	1	MO
<i>fluphenazine hcl</i>	1	MO
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>fluvoxamine oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>fluvoxamine oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>haloperidol</i>	1	MO
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml(1ml)</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1	MO
<i>haloperidol lactate injection</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>haloperidol lactate intramuscular</i>	1	
<i>haloperidol lactate oral</i>	1	MO
<i>imipramine hcl</i>	1	MO
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	1	MO; QL (3.5 por 180 días)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	1	MO; QL (5 por 180 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	1	MO; QL (0.75 por 28 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	1	MO; QL (1 por 28 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	1	MO; QL (1.5 por 28 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	1	MO; QL (0.25 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	1	MO; QL (0.5 por 28 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	1	MO; QL (0.88 por 90 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	1	MO; QL (1.32 por 90 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	1	MO; QL (1.75 por 90 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	1	MO; QL (2.63 por 90 días)
<i>lithium carbonate</i>	1	MO
<i>lithium citrate</i>	1	
<i>lorazepam injection</i>	1	PA; MO
<i>lorazepam intensol</i>	1	PA; QL (150 por 30 días)
<i>lorazepam oral concentrate</i>	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
<i>loxapine succinate</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
MARPLAN	1	
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral solution</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet,chewable</i>	1	MO
<i>mirtazapine oral tablet</i>	1	MO
<i>mirtazapine oral tablet,disintegrating</i>	1	MO
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>molindone oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	1	
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>nefazodone</i>	1	MO
<i>nortriptyline oral capsule</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>nortriptyline oral solution</i>	1	MO
NUPLAZID	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>olanzapine intramuscular</i>	1	MO
<i>olanzapine oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG	1	ST; MO; QL (90 por 30 días)
OPIPZA ORAL FILM 2 MG	1	ST; MO; QL (30 por 30 días)
OPIPZA ORAL FILM 5 MG	1	ST; MO; QL (180 por 30 días)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>paroxetine hcl oral suspension</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>paroxetine hcl oral tablet 30 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>pentobarbital sodium injection solution</i>	1	
<i>perphenazine</i>	1	MO
<i>phenelzine</i>	1	MO
<i>pimozide</i>	1	MO
<i>protriptyline</i>	1	MO
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
RALDESY	1	ST; MO
<i>ramelteon</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
REXULTI ORAL TABLET	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml</i>	1	QL (2 por 28 días)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 25 mg/2 ml</i>	1	MO; QL (2 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i>	1	MO; QL (2 por 28 días)
<i>risperidone oral solution</i>	1	MO
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>risperidone oral tablet 4 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 4 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
SECUADO	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>sertraline oral concentrate</i>	1	MO
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>sertraline oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
SODIUM OXYBATE (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00054)	1	PA; LA; QL (540 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	1	PA; MO
<i>thioridazine</i>	1	MO
<i>thiothixene</i>	1	MO
<i>tranlycypromine</i>	1	MO
<i>trazodone</i>	1	MO
<i>trifluoperazine</i>	1	MO
<i>trimipramine</i>	1	MO
TRINTELLIX	1	QL (30 por 30 días)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 75 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>venlafaxine oral tablet</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
VERSACLOZ	1	
<i>vilazodone</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
VRAYLAR ORAL CAPSULE	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>ziprasidone hcl</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>ziprasidone mesylate</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>zolpidem oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	1	PA; MO; QL (28 por 365 días)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	1	PA; MO; QL (14 por 365 días)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	1	QL (2 por 28 días)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	1	QL (2 por 28 días)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	1	QL (1 por 28 días)
RELAJANTES MUSCULARES/TERAPIA ANTIESPASMÓDICA		
<i>baclofen oral tablet</i>	1	MO
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	PA; MO
<i>dantrolene intravenous</i>	1	
<i>dantrolene oral</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
LIORESAL INTRATHECAL SOLUTION 2,000 MCG/ML, 500 MCG/ML	1	B/D PA; MO
LIORESAL INTRATHECAL SOLUTION 50 MCG/ML	1	B/D PA
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	1	MO
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i>	1	MO
<i>revonto</i>	1	
<i>tizanidine oral tablet</i>	1	MO
VYVGART	1	PA; MO; LA
VYVGART HYTRULO	1	PA; MO; LA
TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	1	PA; MO; QL (1 por 30 días)
<i>dihydroergotamine injection</i>	1	
<i>dihydroergotamine nasal</i>	1	QL (8 por 28 días)
EMGALITY PEN	1	PA; MO; QL (2 por 30 días)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	1	PA; MO; QL (2 por 30 días)
<i>ergotamine-caffeine</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>naratriptan</i>	1	MO; QL (18 por 28 días)
NURTEC ODT	1	PA; QL (16 por 30 días)
QULIPTA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>rizatriptan oral tablet</i>	1	MO; QL (24 por 28 días)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating</i>	1	MO; QL (24 por 28 días)
<i>sumatriptan nasal</i>	1	MO; QL (18 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate oral</i>	1	MO; QL (18 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i>	1	MO; QL (8 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i>	1	MO; QL (8 por 28 días)
UBRELVY	1	PA; QL (20 por 30 días)

TRATAMIENTO NEUROLÓGICO DIVERSOS		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
AUSTEDO XR	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG	1	PA; MO; QL (28 por 180 días)
BRIUMVI	1	PA; MO; QL (24 por 180 días)
<i>dalfampridine</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg</i>	1	PA; MO; QL (56 por 28 días)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	1	PA; MO; QL (120 por 180 días)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i>	1	MO
<i>donepezil oral tablet, disintegrating</i>	1	MO
<i>fingolimod</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>galantamine oral solution</i>	1	MO
<i>galantamine oral tablet</i>	1	MO
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (12 por 28 días)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (12 por 28 días)
INGREZZA	1	PA; LA; QL (30 por 30 días)
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	1	PA; LA; QL (28 por 180 días)
INGREZZA SPRINKLE	1	PA; LA; QL (30 por 30 días)
KESIMPTA PEN	1	PA; MO; QL (1.6 por 28 días)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr</i>	1	PA; MO
<i>memantine oral solution</i>	1	PA; MO
<i>memantine oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>memantine-donepezil</i>	1	PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
NUEDEXTA	1	PA; MO
RADICAVA ORS	1	PA; MO
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP	1	PA; MO
<i>rivastigmine</i>	1	MO
<i>rivastigmine tartrate</i>	1	MO
<i>teriflunomide</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
VUMERITY	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
ZEPOSIA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	1	PA; MO; QL (28 por 180 días)
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY)	1	PA; MO; QL (7 por 180 días)
MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO		
AGENTES VARIOS		
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i>	1	QL (60 por 30 días)
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane</i>	1	MO
<i>denta 5000 plus</i>	1	MO
<i>dentagel</i>	1	MO
<i>fluoride (sodium) dental cream</i>	1	
<i>fluoride (sodium) dental gel</i>	1	
<i>fluoride (sodium) dental paste</i>	1	MO
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	1	MO; QL (30 por 20 días)
<i>kourzeq</i>	1	MO
<i>oralone</i>	1	
<i>periogard</i>	1	MO
<i>sf</i>	1	MO
<i>sf 5000 plus</i>	1	MO
<i>sodium fluoride 5000 dry mouth</i>	1	MO
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide dental</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS		
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	1	MO; QL (7.5 por 7 días)
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear)</i>	1	MO
PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS		
<i>acetic acid otic (ear)</i>	1	MO
<i>ciprofloxacin hcl otic (ear)</i>	1	MO
<i>flac otic oil</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	1	MO
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	1	MO
<i>ofloxacin otic (ear)</i>	1	MO
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA		
ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS		
<i>altavera (28)</i>	1	MO
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	1	MO
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	1	MO
<i>amethyst (28)</i>	1	MO
<i>apri</i>	1	MO
<i>aranella (28)</i>	1	MO
<i>aubra eq</i>	1	MO
<i>aviane</i>	1	MO
<i>azurette (28)</i>	1	MO
<i>camrese</i>	1	MO
<i>cryselle (28)</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>cyred eq</i>	1	MO
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	1	MO
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	1	MO
<i>daysee</i>	1	MO
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	1	
<i>drospirenone-e.estradiol-lm.f.a oral tablet 3-0.03-0.451 mg (21) (7)</i>	1	MO
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	1	MO
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	1	
<i>elinet</i>	1	MO
<i>enskyce</i>	1	MO
<i>estarylla</i>	1	MO
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	1	
<i>falmina (28)</i>	1	MO
<i>introvale</i>	1	MO
<i>isibloom</i>	1	MO
<i>jasmiel (28)</i>	1	MO
<i>jolessa</i>	1	MO
<i>juleber</i>	1	MO
<i>kalliga</i>	1	
<i>kariva (28)</i>	1	
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	1	MO
<i>kurvelo (28)</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	1	MO
<i>larin 1/20 (21)</i>	1	MO
<i>larin 24 fe</i>	1	MO
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	1	MO
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	1	MO
<i>lessina</i>	1	MO
<i>levonest (28)</i>	1	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablets,dose pack,3 month</i>	1	
<i>levonorg-eth estradiol triphasic</i>	1	MO
<i>levora-28</i>	1	
<i>loryna (28)</i>	1	MO
<i>low-ogestrel (28)</i>	1	
<i>lo-zumandimine (28)</i>	1	MO
<i>luter (28)</i>	1	
<i>marlissa (28)</i>	1	MO
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	1	MO
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	1	MO
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	1	MO
<i>mili</i>	1	MO
<i>mono-lynyah</i>	1	MO
<i>nikki (28)</i>	1	MO
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	1	MO
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	1	MO
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	1	MO
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	1	MO
<i>philith</i>	1	MO
<i>pimtrea (28)</i>	1	MO
<i>portia 28</i>	1	MO
<i>reclipsen (28)</i>	1	MO
<i>setlakin</i>	1	MO
<i>sprintec (28)</i>	1	MO
<i>sronyx</i>	1	
<i>syeda</i>	1	MO
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	1	MO
<i>tilia fe</i>	1	MO
<i>tri-estarylla</i>	1	MO
<i>tri-legest fe</i>	1	MO
<i>tri-lynyah</i>	1	MO
<i>tri-lo-estarylla</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>tri-lo-marzia</i>	1	MO
<i>tri-lo-sprintec</i>	1	
<i>tri-sprintec (28)</i>	1	MO
<i>turqoz (28)</i>	1	MO
<i>valtya</i>	1	MO
<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	1	MO
<i>vestura (28)</i>	1	MO
<i>vienva</i>	1	MO
<i>viorele (28)</i>	1	MO
<i>wera (28)</i>	1	MO
<i>zovia 1-35 (28)</i>	1	MO
<i>zumandimine (28)</i>	1	MO
ESTRÓGENOS/PROGESTINAS		
<i>abigale</i>	1	MO
<i>abigale lo</i>	1	MO
<i>camila</i>	1	MO
<i>conjugated estrogens</i>	1	MO
<i>deblitane</i>	1	MO
DEPO-SUBQ PROVERA 104	1	MO
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	1	MO; QL (8 por 28 días)
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.0375 mg/24 hr</i>	1	QL (8 por 28 días)
DUAVEE	1	MO
<i>emzahh</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>errin</i>	1	MO
<i>estradiol oral</i>	1	MO
<i>estradiol transdermal patch semiweekly</i>	1	MO; QL (8 por 28 días)
<i>estradiol transdermal patch weekly</i>	1	MO; QL (4 por 28 días)
<i>estradiol vaginal</i>	1	MO
<i>estradiol valerate</i>	1	MO
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	1	MO
<i>fyavolv</i>	1	MO
<i>gallifrey</i>	1	MO
<i>heather</i>	1	MO
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	1	MO
IMVEXXY STARTER PACK	1	MO
<i>incassia</i>	1	MO
<i>jencycla</i>	1	MO
<i>jinteli</i>	1	MO
<i>lyleq</i>	1	MO
<i>lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	1	MO; QL (8 por 28 días)
<i>lyllana transdermal patch semiweekly 0.05 mg/24 hr</i>	1	QL (8 por 28 días)
<i>lyza</i>	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>medroxyprogesterone</i>	1	MO
<i>meleya</i>	1	MO
<i>mimvey</i>	1	MO
<i>nora-be</i>	1	MO
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	1	
<i>norethindrone acetate</i>	1	MO
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	1	MO
<i>orquidea</i>	1	MO
PREMARIN ORAL	1	MO
PREMARIN VAGINAL	1	MO
PREMPHASE	1	
PREMPRO	1	MO
<i>progesterone</i>	1	MO
<i>progesterone micronized oral</i>	1	MO
<i>sharobel</i>	1	MO
<i>yuvaferm</i>	1	
OXITÓCICOS		
<i>methylergonovine oral</i>	1	PA
PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	1	MO
<i>eluryng</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	1	
LILETTA	1	MO
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	1	MO
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	1	LA
MYFEMBREE	1	PA; MO
NEXPLANON	1	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	1	MO
<i>terconazole</i>	1	MO
<i>tranexamic acid oral</i>	1	MO
<i>xulane</i>	1	
<i>zafemy</i>	1	MO

OFTALMOLOGÍA

AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

<i>bromfenac</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>flurbiprofen sodium</i>	1	MO
<i>ketorolac ophthalmic (eye)</i>	1	MO

AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS

<i>apraclonidine</i>	1	MO
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %</i>	1	MO
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ANTIBIÓTICOS		
<i>bacitracin ophthalmic (eye)</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	1	MO
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>erythromycin ophthalmic (eye)</i>	1	MO; QL (3.5 por 14 días)
<i>gatifloxacin</i>	1	MO
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO; QL (70 por 30 días)
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	MO
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous</i>	1	
NATACYN	1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	1	MO
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	1	MO
<i>ofloxacin ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>tobramycin ophthalmic (eye)</i>	1	MO; QL (10 por 14 días)
ANTIVÍRICOS		
<i>trifluridine</i>	1	MO
ZIRGAN	1	MO
BETABLOQUEANTES		
<i>betaxolol ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>carteolol</i>	1	MO
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	MO
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops (not single use)</i>	1	MO
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution</i>	1	MO
COMBINACIONES DE ESTEROIDES-ANTIBIÓTICOS		
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	1	MO
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>	1	MO
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye)</i>	1	MO
TOBRADEX OPTHALMIC (EYE) OINTMENT	1	MO; QL (3.5 por 14 días)
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	1	MO; QL (10 por 14 días)
ESTEROIDES		

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>fluorometholone</i>	1	MO
INVELTYS	1	MO
<i>loteprednol etabonate</i>	1	MO
OZURDEX	1	MO
<i>prednisolone acetate</i>	1	MO
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	1	MO
MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA		
<i>acetazolamide</i>	1	MO
<i>acetazolamide sodium</i>	1	MO
<i>methazolamide</i>	1	MO
OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA		
<i>bimatoprost ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>dorzolamide</i>	1	MO
<i>dorzolamide-timolol</i>	1	MO
<i>latanoprost</i>	1	MO
LUMIGAN OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	1	MO
<i>miostat</i>	1	
RHOPRESSA	1	
ROCKLATAN	1	
SIMBRINZA	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>travoprost</i>	1	MO
PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS VARIOS		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	MO
<i>azelastine ophthalmic (eye)</i>	1	MO
BYOOVIZ	1	PA
<i>cromolyn ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>cyclosporine ophthalmic (eye)</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
CYSTARAN	1	PA
<i>epinastine</i>	1	MO
MIEBO (PF)	1	MO; QL (3 por 30 días)
OXERVATE	1	PA; MO
PAVBLU	1	PA; MO
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	MO
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment</i>	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	1	MO
XDEMVEY	1	PA; QL (10 por 42 días)
XIIDRA	1	MO; QL (60 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS		
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR		
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	1	MO
NICOTROL NS	1	MO
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)</i>	1	
<i>varenicline tartrate oral tablets,dose pack</i>	1	MO
AGENTES VARIOS		
<i>acamprosate</i>	1	MO
<i>acetic acid irrigation</i>	1	MO
<i>anagrelide</i>	1	MO
<i>caffeine citrate intravenous</i>	1	
<i>caffeine citrate oral</i>	1	MO
<i>carglumic acid</i>	1	PA; MO
<i>cevimeline</i>	1	MO
CHEMET	1	PA
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	1	B/D PA
<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	1	
<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	1	MO
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	1	MO
<i>deferasirox oral granules in packet</i>	1	PA; MO
<i>deferasirox oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg</i>	1	PA; MO
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg</i>	1	PA; MO
<i>deferiprone</i>	1	PA; MO
<i>deferoxamine</i>	1	B/D PA; MO
<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	1	
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>	1	
<i>dextrose 25 % in water (d25w)</i>	1	
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	1	MO
<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>	1	MO
<i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.3 % sod.chloride</i>	1	
<i>dextrose 50 % in water (d50w)</i>	1	
<i>dextrose 70 % in water (d70w)</i>	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>disulfiram oral tablet 250 mg</i>	1	MO
<i>disulfiram oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	1	PA; MO
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	PA; MO
<i>glutamine (sickle cell)</i>	1	PA; MO
INCRELEX	1	LA
<i>kionex (with sorbitol)</i>	1	
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	1	MO
<i>levocarnitine oral solution 100 mg/ml</i>	1	MO
<i>levocarnitine oral tablet</i>	1	MO
LOKELMA	1	MO
<i>midodrine</i>	1	MO
<i>nitisinone</i>	1	PA; MO
<i>pilocarpine hcl oral</i>	1	MO
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA; MO; LA
REVCOVI	1	PA; LA
REZDIFFRA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>riluzole</i>	1	PA; MO
<i>risedronate oral tablet 30 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>sevelamer carbonate oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>sodium benzoate-sodium phenylacetate</i>	1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous</i>	1	MO
<i>sodium chloride irrigation</i>	1	MO
<i>sodium phenylbutyrate</i>	1	PA; MO
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	MO
<i>sodium polystyrene sulfonate oral suspension</i>	1	
<i>sps (with sorbitol) oral</i>	1	MO
<i>sps (with sorbitol) rectal</i>	1	
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	1	PA; MO
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 8.4 GRAM	1	MO
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 25.2 GRAM	1	
<i>water for irrigation, sterile</i>	1	MO
XIAFLEX	1	PA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i>	1	PA; MO

ANTÍDOTOS

<i>acetylcysteine intravenous</i>	1	
-----------------------------------	---	--

SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN

<i>lactated ringers irrigation</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	1	
<i>ringer's irrigation</i>	1	MO

PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO

ANTIBACTERIANOS TÓPICOS

<i>gentamicin topical</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>mupirocin</i>	1	MO; QL (44 por 30 días)
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	1	MO

ANTIMICÓTICOS TÓPICOS

<i>ciclodan topical solution</i>	1	QL (6.6 por 28 días)
<i>ciclopirox topical cream</i>	1	MO; QL (90 por 28 días)
<i>ciclopirox topical gel</i>	1	MO; QL (100 por 28 días)
<i>ciclopirox topical shampoo</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ciclopirox topical solution</i>	1	MO; QL (6.6 por 28 días)
<i>ciclopirox topical suspension</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>clotrimazole topical cream</i>	1	MO; QL (45 por 28 días)
<i>clotrimazole topical solution</i>	1	MO; QL (30 por 28 días)
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream</i>	1	MO; QL (45 por 28 días)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>econazole nitrate topical cream</i>	1	MO; QL (85 por 28 días)
<i>ketoconazole topical cream</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>ketoconazole topical shampoo</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)
<i>klayesta</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>naftifine topical gel</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>nyamyc</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>nystatin topical cream</i>	1	MO; QL (30 por 28 días)
<i>nystatin topical ointment</i>	1	MO; QL (30 por 28 días)
<i>nystatin topical powder</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>nystatin-triamcinolone</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>nystop</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ANTIPSORIÁSICOS/ANTISEBORREICOS		
<i>acitretin</i>	1	MO
<i>calcipotriene scalp</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>calcipotriene topical cream</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>calcipotriene topical ointment</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
COSENTYX (2 SYRINGES)	1	PA; MO; QL (10 por 28 días)
COSENTYX INTRAVENOUS	1	PA; QL (20 por 28 días)
COSENTYX PEN	1	PA; MO; QL (5 por 28 días)
COSENTYX PEN (2 PENS)	1	PA; MO; QL (10 por 28 días)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; MO; QL (5 por 28 días)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (2.5 por 28 días)
COSENTYX UNOREADY PEN	1	PA; MO; QL (10 por 28 días)
OTULFI INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (104 por 180 días)
OTULFI SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
OTULFI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
OTULFI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)
PYZCHIVA (ONLY NDCS STARTING WITH 61314) INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	1	PA; MO; QL (104 por 180 días)
PYZCHIVA (ONLY NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
PYZCHIVA (ONLY NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
PYZCHIVA (ONLY NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)
SELARSDI INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (104 por 180 días)
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)
<i>selenium sulfide topical lotion</i>	1	MO
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA; MO; QL (2 por 84 días)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA; MO; QL (2 por 84 días)
STELARA INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (104 por 180 días)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
TREMFYA INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (20 por 28 días)
TREMFYA ONE-PRESS	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
TREMFYA PEN	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN)	1	PA; MO; QL (12 por 180 días)
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
USTEKINUMAB INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (104 por 180 días)
USTEKINUMAB SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
USTEKINUMAB-AEKN SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
USTEKINUMAB-AEKN SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)
YESINTEK INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (104 por 180 días)
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)
ANTIVIRALES TÓPICOS		
<i>acyclovir topical ointment</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>penciclovir</i>	1	MO; QL (5 por 30 días)

CORTICOESTEROIDES TÓPICOS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ala-cort topical cream</i>	1	MO
<i>alclometasone</i>	1	MO
<i>betamethasone dipropionate</i>	1	MO
<i>betamethasone valerate topical cream</i>	1	MO
<i>betamethasone valerate topical lotion</i>	1	MO
<i>betamethasone valerate topical ointment</i>	1	MO
<i>betamethasone, augmented topical cream</i>	1	MO
<i>betamethasone, augmented topical gel</i>	1	MO
<i>betamethasone, augmented topical lotion</i>	1	MO
<i>betamethasone, augmented topical ointment</i>	1	MO
<i>clobetasol scalp</i>	1	MO; QL (100 por 28 días)
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)
<i>clobetasol topical foam</i>	1	MO; QL (100 por 28 días)
<i>clobetasol topical gel</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)
<i>clobetasol topical lotion</i>	1	MO; QL (118 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>clobetasol topical ointment</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)
<i>clobetasol topical shampoo</i>	1	MO; QL (236 por 28 días)
<i>clobetasol-emollient topical cream</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)
<i>desonide topical cream</i>	1	MO
<i>desonide topical ointment</i>	1	MO
<i>fluocinolone</i>	1	MO
<i>fluocinolone and shower cap</i>	1	MO
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluocinonide topical gel</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluocinonide topical ointment</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluocinonide topical solution</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluocinonide-emollient</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluticasone propionate topical cream</i>	1	MO
<i>fluticasone propionate topical ointment</i>	1	MO
<i>halobetasol propionate topical cream</i>	1	MO
<i>halobetasol propionate topical ointment</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	1	MO
<i>mometasone topical</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide topical cream</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide topical lotion</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	MO
<i>triderm topical cream 0.5 %</i>	1	
ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS		
<i>malathion</i>	1	MO
<i>permethrin</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS		
<i>ADBRY</i>	1	PA; MO; QL (6 por 28 días)
<i>ammonium lactate</i>	1	MO
<i>chloroprocaine (pf)</i>	1	
<i>dermacinrx lidocan</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	1	PA; MO; QL (100 por 28 días)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML	1	PA; MO; QL (4.56 por 28 días)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	1	PA; MO; QL (4.56 por 28 días)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)
EUCRISA	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	1	MO
<i>fluorouracil topical solution</i>	1	MO
<i>glydo</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	1	MO
<i>lidocaine (pf) injection solution</i>	1	
<i>lidocaine hcl injection solution</i>	1	
<i>lidocaine hcl laryngotracheal</i>	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %</i>	1	MO
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	1	MO
<i>lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>lidocaine topical ointment</i>	1	MO; QL (50 por 30 días)
<i>lidocaine viscous</i>	1	
<i>lidocaine-epinephrine</i>	1	
<i>lidocaine-epinephrine (pf) injection solution 1.5 %-1:200,000, 2 %-1:200,000</i>	1	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>lidocan iii</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>lidocan iv</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>lidocan v</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>methoxsalen</i>	1	MO
PANRETIN	1	PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>pimecrolimus</i>	1	PA; MO; QL (100 por 30 días)
<i>podofilox topical solution</i>	1	
<i>polocaine injection solution 1 % (10 mg/ml)</i>	1	
<i>polocaine-mpf</i>	1	
SANTYL	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>silver sulfadiazine</i>	1	MO
<i>ssd</i>	1	MO
<i>tacrolimus topical</i>	1	PA; MO; QL (100 por 30 días)
<i>tridacaine ii</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
VALCHLOR	1	PA; MO
TRATAMIENTO DEL ACNÉ		
<i>accutane</i>	1	
<i>amnesteam</i>	1	
<i>azelaic acid</i>	1	MO
<i>claravis</i>	1	
<i>clindamycin phosphate topical gel</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>clindamycin phosphate topical gel, once daily</i>	1	MO; QL (150 por 30 días)
<i>clindamycin phosphate topical lotion</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>clindamycin phosphate topical solution</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>ery pads</i>	1	MO
<i>erythromycin with ethanol topical solution</i>	1	MO
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
<i>metronidazole topical</i>	1	MO
<i>tazarotene topical cream</i>	1	PA; MO
<i>tazarotene topical gel</i>	1	PA; MO
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	1	PA; MO
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	1	PA; MO
<i>zenatane</i>	1	
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES		
AGENTES ANTITIROIDES		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>propylthiouracil</i>	1	MO
HORMONAS SUPRARRENALES		
<i>cortisone</i>	1	
<i>dexamethasone intensol</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>dexamethasone oral elixir</i>	1	MO
<i>dexamethasone oral solution</i>	1	MO
<i>dexamethasone oral tablet</i>	1	MO
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</i>	1	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution</i>	1	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate injection syringe</i>	1	
<i>fludrocortisone</i>	1	MO
<i>hydrocortisone oral</i>	1	MO
<i>methylprednisolone acetate</i>	1	MO
<i>methylprednisolone oral tablet</i>	1	B/D PA; MO
<i>methylprednisolone oral tablets, dose pack</i>	1	MO
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous</i>	1	MO
<i>prednisolone oral solution</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	1	MO
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (5 ml)</i>	1	
<i>prednisone intensol</i>	1	MO
<i>prednisone oral solution</i>	1	MO
<i>prednisone oral tablet</i>	1	MO
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg (48 pack), 5 mg (48 pack)</i>	1	
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetate injection suspension 10 mg/ml</i>	1	
<i>triamcinolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i>	1	MO
HORMONAS TIROIDEAS		
<i>levo-t</i>	1	
<i>levothyroxine intravenous reconstruction</i>	1	
<i>levothyroxine oral tablet</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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>	1	MO
<i>liomny</i>	1	
<i>liothyronine</i>	1	MO
<i>unithroid</i>	1	MO
HORMONAS VARIAS		
<i>ALDURAZYME</i>	1	PA; MO
<i>cabergoline</i>	1	MO
<i>calcitonin (salmon) injection</i>	1	MO
<i>calcitonin (salmon) nasal</i>	1	MO
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	1	
<i>calcitriol oral capsule</i>	1	MO
<i>calcitriol oral solution</i>	1	
<i>cinacalcet</i>	1	PA; MO
<i>clomid</i>	1	PA; MO
<i>clomiphene citrate</i>	1	PA; MO
<i>CRYSVITA</i>	1	PA; MO; LA
<i>danazol</i>	1	MO
<i>desmopressin injection</i>	1	MO
<i>desmopressin nasal spray with pump</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin oral</i>	1	MO
<i>doxercalciferol intravenous</i>	1	MO
<i>doxercalciferol oral</i>	1	MO
ELAPRASE	1	PA; MO
FABRAZYME	1	PA; MO
KANUMA	1	PA; MO
LUMIZYME	1	PA; MO
MEPSEVII	1	PA; MO
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	1	PA; MO
<i>milophene</i>	1	PA; MO
NAGLAZYME	1	PA; MO; LA
<i>pamidronate intravenous solution</i>	1	MO
<i>paricalcitol intravenous</i>	1	
<i>paricalcitol oral</i>	1	MO
<i>sapropterin</i>	1	PA; MO
SOMAVERT	1	PA; MO
STRENSIQ	1	PA; LA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	1	PA; MO
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>testosterone enanthate</i>	1	PA; MO
<i>testosterone transdermal gel</i>	1	PA; MO; QL (300 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	1	PA; MO; QL (300 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i>	1	PA; MO; QL (300 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram)</i>	1	PA; MO; QL (37.5 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)</i>	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app</i>	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
<i>tolvaptan</i>	1	PA; MO
<i>tolvaptan (polycystic kidney dis)</i>	1	PA; MO
VIMIZIM	1	PA; MO; LA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>zoledronic acid intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
TRATAMIENTO DE LA DIABETES		
<i>acarbose oral tablet 100 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>acarbose oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>acarbose oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS	1	MO
<i>alcohol pads</i>	1	PA; MO
BAQSIMI	1	MO
DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>diazoxide</i>	1	MO
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	1	PA
<i>exenatide subcutaneous pen injector 10 mcg/dose(250 mcg/ml) 2.4 ml</i>	1	PA; QL (2.4 por 30 días)
<i>exenatide subcutaneous pen injector 5 mcg/dose (250 mcg/ml) 1.2 ml</i>	1	PA; QL (1.2 por 30 días)
FARXIGA	1	MO; QL (30 por 30 días)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	1	MO
FIASP PENFILL U-100 INSULIN	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
FIASP U-100 INSULIN	1	MO
FREESTYLE INSULINX STRIP	1	MO
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS	1	MO
FREESTYLE LITE STRIPS	1	MO
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS	1	MO
FREESTYLE TEST	1	MO
<i>glimepiride oral tablet 1 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
<i>glimepiride oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
GLYXAMBI	1	MO; QL (30 por 30 días)
GVOKE	1	MO
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML	1	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 1 MG/0.2 ML	1	MO
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	1	MO
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	1	MO
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	1	MO
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	1	MO
HUMALOG KWIKPEN INSULIN	1	MO
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	1	MO
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN	1	MO
HUMALOG U-100 INSULIN	1	MO
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN	1	MO
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	1	MO
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN	1	MO
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN	1	MO
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN	1	MO
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN	1	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	1	MO
INPEFA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
INSULIN ASPART U-100 SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	MO
INSULIN ASPART U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	1	
INSULIN ASPART U-100 SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	MO
INSULIN LISPRO	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
INSULIN LISPRO PROTAMIN- LISPRO	1	MO
JANUMET	1	MO; QL (60 por 30 días)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
JANUVIA	1	MO; QL (30 por 30 días)
JARDIANCE	1	MO; QL (30 por 30 días)
JENTADUETO	1	MO; QL (60 por 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	1	MO
LANTUS U-100 INSULIN	1	MO
<i>liraglutide</i>	1	PA; QL (9 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN	1	MO
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN	1	MO
LYUMJEV U-100 INSULIN	1	MO
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	MO; QL (75 por 30 días)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	MO; QL (150 por 30 días)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
MOUNJARO	1	PA; QL (2 por 28 días)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>nateglinide oral tablet 60 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
NOVOLIN 70/30 U- 100 INSULIN	1	MO
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100	1	MO
NOVOLIN N FLEXPEN	1	MO
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	1	MO
NOVOLIN R FLEXPEN	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN	1	MO
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN	1	MO
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN	1	MO
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100	1	MO
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN	1	MO
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART	1	MO
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	1	PA; QL (3 por 28 días)
<i>pioglitazone</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
PRECISION XTRA TEST	1	MO
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg</i>	1	MO; QL (960 por 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 1 mg</i>	1	MO; QL (480 por 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
RYBELSUS	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>saxagliptin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 5-1,000 mg, 5-500 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
SOLQUA 100/33	1	QL (15 por 25 días)
SYNJARDY	1	MO; QL (60 por 30 días)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	1	MO
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	1	MO
TRADJENTA	1	MO; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5- 1,000 MG, 5-2.5- 1,000 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
TRULICITY	1	PA; QL (2 por 28 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5- 500 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)

SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

OTROS AGENTES REUMATOLÓGICOS

ACTEMRA ACTPEN	1	PA; MO; QL (3.6 por 28 días)
ACTEMRA INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (160 por 28 días)
ACTEMRA SUBCUTANEOUS	1	PA; MO; QL (3.6 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
BENLYSTA	1	PA; MO
ENBREL MINI	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)
ENBREL SURECLICK	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)
HADLIMA	1	PA; MO; QL (4.8 por 28 días)
HADLIMA PUSHTOUCH	1	PA; MO; QL (4.8 por 28 días)
HADLIMA(CF)	1	PA; MO; QL (2.4 por 28 días)
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH	1	PA; MO; QL (2.4 por 28 días)
KINERET	1	PA; QL (20.1 por 30 días)
<i>leflunomide</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
OTEZLA	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	1	PA; MO; QL (55 por 180 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
OTEZLA XR	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
OTEZLA XR INITIATION	1	PA; MO; QL (41 por 180 días)
<i>penicillamine oral tablet</i>	1	PA; MO
RINVOQ LQ	1	PA; MO; QL (360 por 30 días)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG	1	PA; MO; QL (84 por 180 días)
SAVELLA ORAL TABLET	1	QL (60 por 30 días)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK	1	QL (55 por 180 días)
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA; MO; QL (3 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
TYENNE AUTOINJECTOR	1	PA; MO; QL (3.6 por 28 días)
TYENNE INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (160 por 28 días)
TYENNE SUBCUTANEOUS	1	PA; MO; QL (3.6 por 28 días)
XELJANZ ORAL SOLUTION	1	PA; MO; QL (480 por 24 días)
XELJANZ ORAL TABLET	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
XELJANZ XR	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)

TRATAMIENTO DE LA GOTA

<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>allopurinol sodium</i>	1	
<i>aloprim</i>	1	
<i>colchicine oral tablet</i>	1	MO
<i>febuxostat</i>	1	MO
<i>probenecid</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
------------------------	----------------------	--------------------

<i>probenecid-colchicine</i>	1	MO
------------------------------	---	----

TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS

<i>alendronate oral solution</i>	1	MO; QL (300 por 28 días)
----------------------------------	---	--------------------------

<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
--------------------------------------	---	-------------------------

<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	MO; QL (4 por 28 días)
---	---	------------------------

BONSITY	1	PA; MO; QL (2.48 por 28 días)
---------	---	-------------------------------

CONEXXENCE	1	MO; QL (1 por 180 días)
------------	---	-------------------------

<i>ibandronate intravenous solution</i>	1	PA
---	---	----

<i>ibandronate intravenous syringe</i>	1	PA; MO
--	---	--------

<i>ibandronate oral</i>	1	MO; QL (1 por 30 días)
-------------------------	---	------------------------

JUBBONTI	1	MO; QL (1 por 180 días)
----------	---	-------------------------

<i>raloxifene</i>	1	MO
-------------------	---	----

<i>risedronate oral tablet 150 mg</i>	1	MO; QL (1 por 30 días)
---------------------------------------	---	------------------------

<i>risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	1	MO; QL (4 por 28 días)
---	---	------------------------

<i>risedronate oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
-------------------------------------	---	-------------------------

<i>risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	MO; QL (4 por 28 días)
---	---	------------------------

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
------------------------	----------------------	--------------------

<i>teriparatide (only ndcs starting with 47781)</i>	1	PA; MO; QL (2.48 por 28 días)
---	---	-------------------------------

TYMLOS	1	PA; MO; QL (1.56 por 30 días)
--------	---	-------------------------------

SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA

AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALÉRGICOS

<i>adrenalin injection solution 1 mg/ml</i>	1	
---	---	--

<i>adrenalin injection solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	1	MO
--	---	----

<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	1	MO
---	---	----

<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	1	MO
--	---	----

<i>diphenhydramine hcl injection syringe</i>	1	MO
--	---	----

<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml (manufactured by mylan specialty)</i>	1	MO; QL (4 por 30 días)
--	---	------------------------

<i>epinephrine injection solution</i>	1	
---------------------------------------	---	--

<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	1	PA; MO
------------------------------------	---	--------

<i>levocetirizine oral solution</i>	1	MO
-------------------------------------	---	----

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>levocetirizine oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>promethazine injection solution</i>	1	MO
<i>promethazine oral</i>	1	PA; MO
AGENTES PULMONARES		
<i>acetylcysteine</i>	1	B/D PA; MO
ADEMPAS	1	PA; MO; LA; QL (90 por 30 días)
ADVAIR HFA	1	MO; QL (12 por 30 días)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	1	MO; QL (17 por 30 días)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation package size 6.7 gm</i>	1	QL (13.4 por 30 días)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 5 mg/ml</i>	1	B/D PA
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	1	MO
<i>albuterol sulfate oral tablet</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160 MCG/ACTUATION	1	MO; QL (12.2 por 30 días)
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 80 MCG/ACTUATION	1	MO; QL (6.1 por 30 días)
<i>alyq</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>ambrisentan</i>	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días)
<i>arformoterol</i>	1	B/D PA; MO; QL (120 por 30 días)
ASMANEX HFA	1	MO; QL (13 por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 110 MCG/ACTUATION (30), 220 MCG/ACTUATION (30), 220 MCG/ACTUATION (60)	1	MO; QL (1 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ ACTUATION (120)	1	MO; QL (2 por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ ACTUATION (14)	1	QL (2 por 28 días)
ATROVENT HFA	1	MO; QL (25.8 por 30 días)
BEVESPI AEROSPHERE	1	MO; QL (10.7 por 30 días)
<i>bosentan oral tablet</i>	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días)
BREO ELLIPTA	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>breynd</i>	1	MO; QL (10.3 por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE	1	MO; QL (10.7 por 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; MO; QL (60 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>budesonide-formoterol</i>	1	QL (10.2 por 30 días)
CINRYZE	1	PA; MO
COMBIVENT RESPIMAT	1	QL (8 por 30 días)
<i>cromolyn inhalation</i>	1	B/D PA; MO
DULERA	1	MO; QL (13 por 30 días)
FASENRA PEN	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)
<i>flunisolide</i>	1	MO; QL (50 por 30 días)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	1	ST; MO; QL (12 por 30 días)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	1	ST; MO; QL (24 por 30 días)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	1	ST; MO; QL (10.6 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluticasone propionate nasal</i>	1	MO; QL (16 por 30 días)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>formoterol fumarate</i>	1	B/D PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>icatibant</i>	1	PA; MO
<i>ipratropium bromide inhalation</i>	1	B/D PA; MO
<i>ipratropium-albuterol</i>	1	B/D PA; MO
KALYDECO	1	PA; MO; QL (56 por 28 días)
<i>mometasone nasal</i>	1	MO; QL (34 por 30 días)
<i>montelukast oral granules in packet</i>	1	MO
<i>montelukast oral tablet</i>	1	MO
<i>montelukast oral tablet, chewable</i>	1	MO
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN	1	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	1	PA; MO; LA; QL (0.4 por 28 días)
OFEV	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
OPSUMIT	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días)
OPSYNVI	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET	1	PA; MO; QL (56 por 28 días)
ORKAMBI ORAL TABLET	1	PA; MO; QL (112 por 28 días)
<i>pirfenidone oral capsule</i>	1	PA; MO; QL (270 por 30 días)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	1	PA; MO; QL (270 por 30 días)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTUATION	1	MO; QL (2 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	1	MO; QL (1 por 30 días)
PULMOZYME	1	B/D PA; MO
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION	1	QL (10.6 por 30 días)
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACTUATION	1	QL (21.2 por 30 días)
<i>roflumilast</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>sajazir</i>	1	PA; MO
<i>sildenafil (pulmonary arterial hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml</i>	1	
<i>sildenafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT	1	MO; QL (4 por 30 días)
STIOLTO RESPIMAT	1	MO; QL (4 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
STRIVERDI RESPIMAT	1	MO; QL (4 por 30 días)
SYMDEKO	1	PA; MO; QL (56 por 28 días)
<i>tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg</i>	1	PA; QL (60 por 30 días)
<i>terbutaline oral</i>	1	MO
<i>terbutaline subcutaneous</i>	1	MO
<i>theophylline oral elixir</i>	1	MO
<i>theophylline oral solution</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 300 mg, 450 mg</i>	1	MO
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr</i>	1	
<i>tiotropium bromide</i>	1	QL (90 por 90 días)
TRELEGY ELLIPTA	1	MO; QL (60 por 30 días)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL	1	PA; MO; QL (56 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL	1	PA; MO; QL (84 por 28 días)
TYVASO	1	B/D PA; MO; QL (81.2 por 28 días)
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	1	B/D PA; QL (11.6 por 180 días)
TYVASO REFILL KIT	1	B/D PA; MO; QL (81.2 por 28 días)
TYVASO STARTER KIT	1	B/D PA; MO; QL (81.2 por 180 días)
WINREVAIR	1	PA; MO; QL (1 por 21 días)
<i>wixela inhub</i>	1	QL (60 por 30 días)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	1	PA; MO; LA; QL (8 por 28 días)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 75 MG/0.5 ML	1	PA; MO; LA; QL (1 por 28 días)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN	1	PA; MO; LA; QL (8 por 28 días)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	1	PA; MO; LA; QL (8 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	1	PA; MO; LA; QL (1 por 28 días)
<i>zafirlukast</i>	1	MO

SUMINISTROS DIVERSOS

SUMINISTROS DIVERSOS

ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER	1	MO
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR	1	MO
NOVO PEN NEEDLE	1	PA; MO
CEQR SIMPLICITY	1	MO
CEQR SIMPLICITY INSERTER	1	MO
DEXCOM G6 RECEIVER	1	MO
DEXCOM G6 SENSOR	1	MO
DEXCOM G6 TRANSMITTER	1	MO
DEXCOM G7 RECEIVER	1	MO
DEXCOM G7 SENSOR	1	MO
FREESTYLE FREEDOM LITE	1	MO
FREESTYLE INSULINX	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	1	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	1	
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR	1	MO
FREESTYLE LIBRE 2 READER	1	MO
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	1	
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR	1	MO
FREESTYLE LIBRE 3 READER	1	MO
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	1	
FREESTYLE LITE METER	1	MO
GAUZE PADS 2 X 2	1	PA; MO
EMBECTA INSULIN SYRINGE	1	PA; MO
BD PEN NEEDLE	1	PA; MO
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)	1	MO
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	1	MO; QL (1 por 720 días)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2 PLUS)	1	MO; QL (1 por 720 días)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	1	QL (1 por 720 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	1	MO
EMBECTA PEN NEEDLE	1	PA; MO
PRECISION XTRA MONITOR	1	MO
BD INSULIN SYRINGE	1	PA; MO

UROLÓGICOS

AGENTES UROLÓGICOS VARIOS

<i>alprostadil</i>	1	
<i>bethanechol chloride</i>	1	MO
CYSTAGON	1	PA; LA
ELMIRON	1	MO
<i>glycine urologic</i>	1	
<i>glycine urologic solution</i>	1	
K-PHOS NO 2	1	MO
K-PHOS ORIGINAL	1	MO
<i>potassium citrate oral tablet extended release</i>	1	MO
RENACIDIN	1	MO
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>mirabegron</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral syrup</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr</i>	1	MO
<i>solifenacin</i>	1	MO
<i>tolterodine</i>	1	MO
<i>tropium oral tablet</i>	1	MO
TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (BPH)		
<i>alfuzosin</i>	1	MO
<i>dutasteride</i>	1	MO
<i>dutasteride-tamsulosin</i>	1	MO
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>tamsulosin</i>	1	MO
VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS		
DERIVADOS DE SANGRE		
<i>albumin, human 25 %</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>alburx (human) 25 %</i>	1	
<i>alburx (human) 5 %</i>	1	
<i>albutein 25 %</i>	1	
<i>albutein 5 %</i>	1	
ELECTROLITOS		
<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	1	PA; MO
<i>calcium chloride</i>	1	
<i>calcium gluconate intravenous</i>	1	
<i>effer-k oral tablet, effervescent 25 meq</i>	1	MO
<i>klor-con 10</i>	1	MO
<i>klor-con 8</i>	1	MO
<i>klor-con m10</i>	1	MO
<i>klor-con m15</i>	1	MO
<i>klor-con m20</i>	1	MO
<i>klor-con oral packet 20</i>	1	
<i>lactated ringers intravenous</i>	1	MO
<i>magnesium chloride injection</i>	1	
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/100 ML	1	
<i>magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution</i>	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)</i>	1	
<i>magnesium sulfate injection solution</i>	1	MO
<i>magnesium sulfate injection syringe</i>	1	
<i>potassium acetate</i>	1	
<i>potassium chloride-d5-0.45%nacl</i>	1	
<i>potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride in lr-d5 intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml</i>	1	
<i>potassium chloride intravenous</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride oral capsule, extended release</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral liquid</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 20 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	1	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	1	
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl</i>	1	
<i>potassium phosphate m-/d-basic intravenous solution 3 mmol/ml</i>	1	
<i>ringer's intravenous</i>	1	
<i>sodium acetate</i>	1	
<i>sodium bicarbonate intravenous solution</i>	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>sodium bicarbonate intravenous syringe 50 meq/50 ml (8.4 %)</i>	1	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous</i>	1	MO
<i>sodium chloride 3 % hypertonic</i>	1	
<i>sodium chloride 5 % hypertonic</i>	1	MO
<i>sodium chloride intravenous</i>	1	
<i>sodium phosphate</i>	1	MO
PRODUCTOS NUTRICIONALES VARIOS		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	1	B/D PA
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	1	B/D PA
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	1	B/D PA
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	1	B/D PA
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	1	B/D PA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	1	B/D PA
<i>electrolyte-148</i>	1	
<i>electrolyte-48 in d5w</i>	1	
<i>electrolyte-a</i>	1	
<i>intralipid intravenous emulsion 20 %</i>	1	B/D PA
ISOLYTE S PH 7.4	1	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	1	
ISOLYTE-S	1	
PLENAMINE	1	B/D PA
<i>premasol 10 %</i>	1	B/D PA
<i>travasol 10 %</i>	1	B/D PA
TROPHAMINE 10 %	1	B/D PA
VITAMINAS/HEMATÍNICOS		
<i>fluoride (sodium) oral tablet</i>	1	MO
<i>fluoride (sodium) oral tablet, chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	1	MO
<i>prenatal vitamin oral tablet</i>	1	MO
<i>wescap-pn dha</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Index

A		
<i>abacavir</i>	5	
<i>abacavir-lamivudine</i>	5	
<i>abigale</i>	60	
<i>abigale lo</i>	60	
ABILIFY ASIMTUFII... 47, 48		
ABILIFY MAINTENA.....	48	
<i>abiraterone</i>	27	
<i>abirtega</i>	27	
ABRYSVO (PF).....	25	
<i>acamprosate</i>	64	
<i>acarbose</i>	75	
ACCU-CHEK GUIDE		
GLUCOSE METER.....	86	
ACCU-CHEK GUIDE ME		
GLUCOSE MTR.....	86	
ACCU-CHEK GUIDE TEST		
STRIPS.....	75	
<i>accutane</i>	71	
<i>acebutolol</i>	14	
<i>acetaminophen-codeine</i>	41	
<i>acetazolamide</i>	63	
<i>acetazolamide sodium</i>	63	
<i>acetic acid</i>	58, 64	
<i>acetylcysteine</i>	66, 82	
<i>acitretin</i>	67	
ACTEMRA.....	79	
ACTEMRA ACTPEN.....	79	
ACTHIB (PF).....	25	
ACTIMMUNE.....	23	
<i>acyclovir</i>	5, 68	
<i>acyclovir sodium</i>	5	
ADACEL(TDAP		
ADOLESN/ADULT)(PF) 25		
ADBRY.....	70	
ADCETRIS.....	27	
<i>adefovir</i>	5	
ADEMPAS.....	82	
<i>adenosine</i>	11	
<i>adrenalin</i>	81	
ADSTILADRIN.....	27	
ADVAIR HFA.....	82	
AIMOVIG AUTOINJECTOR		
.....	55	
AKEEGA.....	27	
<i>ala-cort</i>	69	
<i>albendazole</i>	2	
<i>albumin, human 25 %</i>	88	
<i>alburx (human) 25 %</i>	88	
<i>alburx (human) 5 %</i>	88	
<i>albutein 25 %</i>	88	
<i>albutein 5 %</i>	88	
<i>albuterol sulfate</i>	82	
<i>alclometasone</i>	69	
<i>alcohol pads</i>	75	
ALDURAZYME.....	73	
ALECENSA.....	27	
<i>alendronate</i>	81	
<i>alfuzosin</i>	88	
<i>aliskiren</i>	14	
<i>allopurinol</i>	80	
<i>allopurinol sodium</i>	80	
<i>aloprim</i>	80	
<i>alosetron</i>	19	
<i>alprostadil</i>	87	
<i>altavera (28)</i>	58	
ALUNBRIG.....	27	
ALVESCO.....	82	
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	58	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	58	
<i>alyq</i>	82	
<i>amantadine hcl</i>	5	
<i>ambrisentan</i>	82	
<i>amethyst (28)</i>	58	
<i>amikacin</i>	3	
<i>amiloride</i>	14	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>		
.....	14	
<i>aminocaproic acid</i>	17	
<i>amiodarone</i>	11	
<i>amitriptyline</i>	48	
<i>amlodipine</i>	14	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	13	
<i>amlodipine-benazepril</i>	14	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	14	
<i>amlodipine-valsartan</i>	14	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i>		
.....	14	
<i>ammonium lactate</i>	70	
<i>amnestem</i>	71	
<i>amoxapine</i>	48	
<i>amoxicillin</i>	9	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	9	
<i>amphetamine</i>	48	
<i>amphotericin b</i>	2	
<i>amphotericin b liposome</i>	2	
<i>ampicillin</i>	9	
<i>ampicillin sodium</i>	9	
<i>ampicillin-sulbactam</i>	10	
<i>anagrelide</i>	64	
<i>anastrozole</i>	27	
ANKTIVA.....	27	
<i>apraclonidine</i>	61	
<i>aprepitant</i>	19	
<i>apri</i>	58	
APTIVUS.....	5	
<i>aranelle (28)</i>	58	
ARCALYST.....	23	
AREXVY (PF).....	25	
<i>arformoterol</i>	82	
ARIKAYCE.....	3	
<i>aripiprazole</i>	48	
ARISTADA.....	48	
ARISTADA INITIO.....	48	
<i>armodafinil</i>	48	
<i>arsenic trioxide</i>	27	
<i>asenapine maleate</i>	48	
ASMANEX HFA.....	82	
ASMANEX TWISTHALER		
.....	82, 83	
ASPARLAS.....	27	
<i>aspirin-dipyridamole</i>	17	
ASSURE ID INSULIN		
SAFETY.....	86	
<i>atazanavir</i>	5	
<i>atenolol</i>	14	
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	14	
<i>atomoxetine</i>	48	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

<i>atorvastatin</i>	13	<i>benztropine</i>	40	<i>buprenorphine transdermal</i>	
<i>atovaquone</i>	3	BESPONSA.....	27	<i>patch</i>	41
<i>atovaquone-proguanil</i>	3	BESREMI.....	24	<i>buprenorphine-naloxone</i>	43
<i>atropine</i>	63	<i>betaine</i>	19	<i>bupropion hcl</i>	48, 49
ATROVENT HFA	83	<i>betamethasone dipropionate</i>	69	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	
<i>aubra eq</i>	58	<i>betamethasone valerate</i>	69	.....	64
AUGMENTIN.....	10	<i>betamethasone, augmented</i>	69	<i>buspirone</i>	49
AUGTYRO	27	BETASERON	24	<i>busulfan</i>	28
AUSTEDO	55	<i>betaxolol</i>	14, 62	<i>butorphanol</i>	43
AUSTEDO XR.....	55	<i>bethanechol chloride</i>	87	BYOOVIZ	63
AUSTEDO XR TITRATION		BEVESPI AEROSPHERE	83	C	
KT(WK1-4).....	56	<i>bexarotene</i>	27	CABENUVA.....	5
AUVELITY.....	48	BEXSERO.....	25	<i>cabergoline</i>	73
<i>aviane</i>	58	<i>bicalutamide</i>	27	CABLIVI.....	17
AVMAPKI-FAKZYNJA	27	BICILLIN L-A	10	CABOMETYX.....	28
AVONEX.....	24	BIKTARVY	5	<i>caffeine citrate</i>	64
AYVAKIT.....	27	<i>bimatoprost</i>	63	<i>calcipotriene</i>	67
<i>azacitidine</i>	27	<i>bisoprolol fumarate</i>	14	<i>calcitonin (salmon)</i>	73
<i>azathioprine</i>	27	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>		<i>calcitriol</i>	73
<i>azathioprine sodium</i>	27	.....	14	<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	
<i>azelaic acid</i>	71	BIZENGRI	27	.....	88
<i>azelastine</i>	57, 63	BLNREP	27	<i>calcium chloride</i>	88
<i>azithromycin</i>	9	<i>bleomycin</i>	27	<i>calcium gluconate</i>	88
<i>aztreonam</i>	3	BLINCYTO.....	27	CALQUENCE	
<i>azurette (28)</i>	58	BOMYNTRA	26	(ACALABRUTINIB MAL)	
B		BONSITY.....	81	.....	28
<i>bacitracin</i>	62	BOOSTRIX TDAP.....	25	<i>camila</i>	60
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	62	<i>bortezomib</i>	28	<i>camrese</i>	58
<i>baclofen</i>	54	BORTEZOMIB	27	CAMZYOS.....	12
<i>balsalazide</i>	19	<i>bosentan</i>	83	<i>candesartan</i>	14
BALVERSA.....	27	BOSULIF	28	<i>candesartan-</i>	
BAQSIMI.....	75	BRAFTOVI.....	28	<i>hydrochlorothiazid</i>	14
BARACLUDE	5	BREO ELLIPTA	83	CAPLYTA.....	49
BAVENCIO	27	<i>breyina</i>	83	CAPRELSA.....	28
BCG VACCINE, LIVE (PF)	25	BREZTRI AEROSPHERE.....	83	<i>captopril</i>	14
BD PEN NEEDLE	87	<i>brimonidine</i>	61	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	
BEIZRAY-ALBUMIN.....	27	BRIUMVI.....	56	.....	14
BELBUCA	41	BRIVIACT	44	<i>carbamazepine</i>	44
BELEODAQ	27	<i>bromfenac</i>	61	<i>carbidopa</i>	40
BELSOMRA	48	<i>bromocriptine</i>	40	<i>carbidopa-levodopa</i>	40
<i>benazepril</i>	14	BRUKINSA.....	28	<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>		<i>budesonide</i>	19, 83	<i>entacapone</i>	40
.....	14	<i>budesonide-formoterol</i>	83	<i>carboplatin</i>	28
<i>bendamustine</i>	27	<i>bumetanide</i>	14	<i>carglumic acid</i>	64
BENDEKA.....	27	<i>buprenorphine hcl</i>	41	<i>carmustine</i>	28
BENLYSTA.....	79			<i>carteolol</i>	62

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

<i>cartia xt</i>.....14	CIMZIA.....19, 20	<i>clonidine transdermal patch</i> ..14
<i>carvedilol</i>.....14	CIMZIA POWDER FOR RECONST.....19	<i>clopidogrel</i>.....17
<i>caspofungin</i> .....2	CIMZIA STARTER KIT ....19	<i>clorazepate dipotassium</i> .....49
CAYSTON.....3	<i>cinacalcet</i>.....73	<i>clotrimazole</i> .....2, 66
<i>cefaclor</i>.....8	CINRYZE.....83	<i>clotrimazole-betamethasone</i> ..66
<i>cefadroxil</i>.....8	CINVANTI.....20	<i>clozapine</i>.....49
<i>cefazolin</i> .....8	<i>ciprofloxacin</i>.....10	COARTEM.....3
<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i> .8	<i>ciprofloxacin hcl</i>.....10, 58, 62	COBENFY .....49
<i>cefdinir</i> .....8	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>.....10	COBENFY STARTER PACK.....49
<i>cefepime</i>.....8	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>.....58	<i>colchicine</i>.....80
<i>cefepime in dextrose, iso-osm</i> ..8	<i>cisplatin</i> .....28	<i>colesevelam</i>.....13
<i>cefixime</i>.....8	<i>citalopram</i> .....49	<i>colestipol</i>.....13
<i>cefoxitin</i> .....8	<i>cladribine</i>.....28	<i>colistin (colistimethate na)</i> .....3
<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i> .8	<i>claravis</i> .....71	COLUMVI .....28
<i>cefpodoxime</i>.....8	<i>clarithromycin</i> .....9	COMBIVENT RESPIMAT..83
<i>cefprozil</i>.....8	<i>clindamycin hcl</i>.....3	COMETRIQ .....28
<i>ceftazidime</i>.....8	<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> ..3	<i>compro</i>.....20
<i>ceftriaxone</i>.....8	<i>clindamycin phosphate</i> ....3, 61, 71, 72	CONEXXENCE .....81
<i>ceftriaxone in dextrose, iso-os</i> .8	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE .....90	<i>conjugated estrogens</i> .....60
<i>cefuroxime axetil</i> .....8	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE .....90	<i>constulose</i> .....20
<i>cefuroxime sodium</i>.....8, 9	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE.....64	COPIKTRA .....28
<i>celecoxib</i>.....43	CLINIMIX 5%- D20W(SULFITE-FREE)..90	CORTIFOAM.....20
<i>cephalexin</i>.....9	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) .....90	<i>cortisone</i> .....72
CEPROTIN (BLUE BAR) ...17	CLINIMIX 8%- D10W(SULFITE-FREE)..90	COSENTYX.....67
CEPROTIN (GREEN BAR) 17	CLINIMIX 8%- D14W(SULFITE-FREE)..90	COSENTYX (2 SYRINGES) .....67
CEQUR SIMPLICITY .....86	<i>clobazam</i>.....44	COSENTYX PEN .....67
INSERTER.....86	<i>clobetasol</i>.....69	COSENTYX PEN (2 PENS)67
<i>cetirizine</i>.....81	<i>clobetasol-emollient</i> .....69	COSENTYX UNOREADY PEN.....67
<i>cevimeline</i>.....64	<i>clofarabine</i>.....28	COTELLIC.....28
CHEMET .....64	<i>clomid</i> .....73	CREON.....20
<i>chloramphenicol sod succinate</i>.....3	<i>clomiphene citrate</i> .....73	CRESEMBA.....2
<i>chlorhexidine gluconate</i> .....57	<i>clomipramine</i>.....49	<i>cromolyn</i> .....20, 63, 83
<i>chloroprocaine (pf)</i> .....70	<i>clonazepam</i>.....44	<i>cryselle (28)</i> .....58
<i>chloroquine phosphate</i> .....3	<i>clonidine (pf)</i> .....14, 43	CRYSVITA .....73
<i>chlorothiazide sodium</i> .....14	<i>clonidine hcl</i> .....14, 49	<i>cyclobenzaprine</i> .....54
<i>chlorpromazine</i>.....49		<i>cyclophosphamide</i> .....28
<i>chlorthalidone</i> .....14		CYCLOPHOSPHAMIDE ....28
<i>cholestyramine (with sugar)</i> .13		<i>cyclosporine</i>.....29, 63
<i>cholestyramine light</i> .....13		<i>cyclosporine modified</i>.....29
<i>ciclodan</i> .....66		CYRAMZA .....29
<i>ciclopirox</i>.....66		<i>cyred eq</i> .....58
<i>cidofovir</i> .....5		CYSTAGON .....87
<i>cilostazol</i> .....17		CYSTARAN.....63
CIMDUO.....5		

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

<i>cytarabine</i>	29	DEPO-SUBQ PROVERA	104	<i>diclofenac sodium</i>	43, 61, 70
<i>cytarabine (pf)</i>	29	.....	60	<i>diclofenac-misoprostol</i>	43
D		<i>dermacinrx lidocan</i>	70	<i>dicloxacillin</i>	10
<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>		DESCOVY	5	<i>dicyclomine</i>	22
.....	64	<i>desipramine</i>	49	DIFICID	9
<i>d2.5 %-0.45 % sodium</i>		<i>desmopressin</i>	73, 74	<i>diflunisal</i>	43
<i>chloride</i>	64	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	58	<i>digoxin</i>	12
<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>		<i>desonide</i>	69	<i>dihydroergotamine</i>	55
<i>chloride</i>	64	<i>desvenlafaxine succinate</i>	49	DILANTIN 30 MG.....	44
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>		<i>dexamethasone</i>	72	<i>diltiazem hcl</i>	14, 15
.....	64	<i>dexamethasone intensol</i>	72	<i>dilt-xr</i>	15
<i>dabigatran etexilate</i>	17	<i>dexamethasone sodium phos</i>		<i>dimenhydrinate</i>	20
<i>dacarbazine</i>	29	<i>(pf)</i>	72	<i>dimethyl fumarate</i>	56
<i>dactinomycin</i>	29	<i>dexamethasone sodium</i>		<i>diphenhydramine hcl</i>	81
<i>dalfampridine</i>	56	<i>phosphate</i>	63, 72	<i>diphenoxylate-atropine</i>	22
<i>danazol</i>	73	DEXCOM G6 RECEIVER ..	86	<i>dipyridamole</i>	17
<i>dantrolene</i>	54	DEXCOM G6 SENSOR	86	<i>disulfiram</i>	65
DANYELZA	29	DEXCOM G6		<i>divalproex</i>	44
DANZITEN.....	29	TRANSMITTER	86	<i>dobutamine</i>	12
DAPAGLIFLOZIN		DEXCOM G7 RECEIVER ..	86	<i>dobutamine in d5w</i>	12
PROPANEDIOL	75	DEXCOM G7 SENSOR	86	<i>docetaxel</i>	29
<i>dapsone</i>	3	<i>dextrazoxane hcl</i>	26	<i>dofetilide</i>	11
DAPTACEL (DTAP		<i>dextroamphetamine-</i>		<i>donepezil</i>	56
PEDIATRIC) (PF)	25	<i>amphetamine</i>	49	<i>dopamine</i>	12
<i>daptomycin</i>	3	<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>		<i>dopamine in 5 % dextrose</i>	12
DAPTOMYCIN	3	.....	64	DOPTELET (10 TAB PACK)	
<i>darunavir</i>	5	<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>		.....	17
DARZALEX	29	.....	64	DOPTELET (15 TAB PACK)	
<i>dasatinib</i>	29	<i>dextrose 25 % in water (d25w)</i>		.....	17
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	58	.....	64	DOPTELET (30 TAB PACK)	
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	58	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	64	.....	17
DATROWAY.....	29	<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>		<i>dorzolamide</i>	63
<i>daunorubicin</i>	29	.....	64	<i>dorzolamide-timolol</i>	63
DAURISMO.....	29	<i>dextrose 5%-0.2 % sod</i>		<i>dotti</i>	60
<i>daysee</i>	58	<i>chloride</i>	64	DOVATO	5
<i>deblitane</i>	60	<i>dextrose 5%-0.3 %</i>		<i>doxazosin</i>	15
<i>decitabine</i>	29	<i>sod.chloride</i>	64	<i>doxepin</i>	49
<i>deferasirox</i>	64	<i>dextrose 50 % in water (d50w)</i>		<i>doxercalciferol</i>	74
<i>deferiprone</i>	64	.....	64	<i>doxorubicin</i>	29
<i>deferoxamine</i>	64	<i>dextrose 70 % in water (d70w)</i>		<i>doxorubicin, peg-liposomal</i> ..	29
DELSTRIGO.....	5	.....	64	<i>doxy-100</i>	11
<i>demeclocycline</i>	11	DIACOMIT	44	<i>doxycycline hyclate</i>	11
DENG VAXIA (PF).....	25	<i>diazepam</i>	44, 49	<i>doxycycline monohydrate</i>	11
<i>denta 5000 plus</i>	57	<i>diazepam intensol</i>	49	DRIZALMA SPRINKLE	49
<i>dentagel</i>	57	<i>diazoxide</i>	75	<i>dronabinol</i>	20
		<i>diclofenac potassium</i>	43	<i>droperidol</i>	20

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

DROPSAFE ALCOHOL	EMGALITY PEN.....55	<i>erythromycin</i>.....9, 62
PREP PADS .....75	EMGALITY SYRINGE.....55	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...9
<i>drospirenone-e.estradiol-lm.fa</i>	EMPLICITI .....30	<i>erythromycin with ethanol</i> ...72
.....58	EMRELIS.....30	<i>escitalopram oxalate</i> .....50
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	EMSAM .....50	<i>eslicarbazepine</i> .....44
.....58	<i>emtricitabine</i>.....5	<i>esmolol</i>.....15
DROXIA .....29	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ...5	<i>esomeprazole magnesium</i>.....23
<i>droxidopa</i> .....65	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ...5	<i>esomeprazole sodium</i>.....23
DUAVEE .....60	EMTRIVA.....5	<i>estaryl</i> .....58
DULERA.....83	EMVERM .....3	<i>estradiol</i> .....60
<i>duloxetine</i> .....50	<i>emzahn</i>.....60	<i>estradiol valerate</i>.....60
DUPIXENT PEN .....70	<i>enalapril maleate</i>.....15	<i>estradiol-norethindrone acet</i> 60
DUPIXENT SYRINGE .....70	<i>enalaprilat</i> .....15	<i>eszopiclone</i> .....50
<i>dutasteride</i>.....88	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	<i>ethacrynate sodium</i>.....15
<i>dutasteride-tamsulosin</i> .....88	15	<i>ethambutol</i> .....3
E	ENBREL .....79	<i>ethosuximide</i> .....44
<i>econazole nitrate</i> .....66	ENBREL MINI .....79	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> 58
EDARBI.....15	ENBREL SURECLICK .....79	<i>etodolac</i> .....43
EDARBYCLOR.....15	<i>endocet</i>.....41	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>
EDURANT.....5	ENERGIX-B (PF) .....25	61
EDURANT PED .....5	ENERGIX-B PEDIATRIC	ETOPHOS .....30
<i>efavirenz</i> .....5	(PF).....25	<i>etoposide</i>.....30
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir</i> 5	<i>enoxaparin</i>.....18	<i>etravirine</i> .....6
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disop</i>	ENSACOVE.....30	EUCRISA .....70
.....5	<i>enskyce</i>.....58	EULEXIN.....30
<i>effek</i> .....88	<i>entacapone</i>.....40	<i>everolimus (antineoplastic)</i> ..30
ELAHIRE.....29	<i>entecavir</i> .....6	<i>everolimus</i>
ELAPRASE.....74	ENTRESTO SPRINKLE ....12	(immunosuppressive) .....30
<i>electrolyte-148</i>.....90	<i>enulose</i>.....20	EVOTAZ .....6
<i>electrolyte-48 in d5w</i>.....90	ENVARUS XR .....30	<i>exemestane</i>.....30
<i>electrolyte-a</i>.....90	EPIDIOLEX.....44	<i>exenatide</i>.....75
ELIGARD .....29	<i>epinastine</i>.....63	EXXUA .....50
ELIGARD (3 MONTH).....29	<i>epinephrine</i> .....81	<i>ezetimibe</i> .....13
ELIGARD (4 MONTH).....29	<i>epirubicin</i>.....30	<i>ezetimibe-simvastatin</i> .....13
ELIGARD (6 MONTH).....30	EPKINLY .....30	F
<i>eline</i> .....58	<i>eplerenone</i> .....15	FABRAZYME .....74
ELIQUIS .....17, 18	ERBITUX.....30	<i>falmina (28)</i> .....58
ELIQUIS DVT-PE TREAT	<i>ergotamine-caffeine</i>.....55	<i>famciclovir</i> .....6
30D START .....17	<i>eribulin</i> .....30	<i>famotidine</i> .....23
ELIQUIS SPRINKLE .....18	ERIVEDGE .....30	<i>famotidine (pf)</i> .....23
ELITEK.....26	ERLEADA .....30	<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i> 23
ELMIRON.....87	<i>erlotinib</i> .....30	FANAPT.....50
ELREXFIO .....30	<i>errin</i> .....60	FANAPT TITRATION PACK
<i>eltrombopag olamine</i>.....18	<i>ertapenem</i> .....3	A .....50
<i>eluryng</i>.....61	<i>ery pads</i> .....72	FANAPT TITRATION PACK
ELZONRIS .....30	<i>ery-tab</i> .....9	B .....50

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

FANAPT TITRATION PACK	<i>fluphenazine hcl</i>.....50	FREESTYLE PRECISION
C.....50	<i>flurbiprofen</i>.....43	NEO STRIPS.....75
FARXIGA.....75	<i>flurbiprofen sodium</i>.....61	FREESTYLE TEST.....75
FASENRA.....83	<i>fluticasone propionate</i>....69, 84	FRUZAQLA.....31
FASENRA PEN.....83	FLUTICASONE	FULPHILA.....24
<i>febuxostat</i>.....80	PROPIONATE.....83	<i>fulvestrant</i>.....31
<i>felbamate</i>.....45	<i>fluticasone propion-salmeterol</i>	<i>furosemide</i>.....15
<i>felodipine</i>.....15	84	FYARRO.....31
<i>fenofibrate</i>.....13	<i>fluvastatin</i>.....13	<i>fyavolv</i>.....60
<i>fenofibrate micronized</i>.....13	<i>fluvoxamine</i>.....50	FYCOMPA.....45
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>.....13	<i>fomepizole</i>.....25	G
<i>fenofibric acid</i>.....13	<i>fondaparinux</i>.....18	<i>gabapentin</i>.....45
<i>fenofibric acid (choline)</i>.....13	<i>formoterol fumarate</i>.....84	<i>galantamine</i>.....56
<i>fentanyl</i>.....41	<i>fosamprenavir</i>.....6	<i>gallifrey</i>.....60
FETZIMA.....50	<i>fosaprepitant</i>.....20	GAMASTAN.....25
FIASP FLEXTOUCH U-100	<i>fosfomycin tromethamine</i>.....2	GAMUNEX-C.....25
INSULIN.....75	<i>fosinopril</i>.....15	<i>ganciclovir sodium</i>.....6
FIASP PENFILL U-100	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	GARDASIL 9 (PF).....25
INSULIN.....75	15	<i>gatifloxacin</i>.....62
FIASP U-100 INSULIN.....75	<i>fosphenytoin</i>.....45	GATTEX 30-VIAL.....20
<i>fidaxomicin</i>.....9	FOTIVDA.....31	GATTEX ONE-VIAL.....20
<i>finasteride</i>.....88	FREESTYLE FREEDOM	GAUZE PAD.....87
<i>fingolimod</i>.....56	LITE.....86	<i>gavilyte-c</i>.....20
FINTEPLA.....45	FREESTYLE INSULINX...75,	<i>gavilyte-g</i>.....20
FIRMAGON KIT W	86	<i>gavilyte-n</i>.....20
DILUENT SYRINGE.....30	FREESTYLE INSULINX	GAVRETO.....31
<i>flac otic oil</i>.....58	TEST STRIPS.....75	GAZYVA.....31
<i>flecainide</i>.....11	FREESTYLE LIBRE 14 DAY	<i>gefitinib</i>.....31
<i>floxuridine</i>.....30	READER.....87	<i>gemcitabine</i>.....31
<i>fluconazole</i>.....2	FREESTYLE LIBRE 14 DAY	GEMCITABINE.....31
<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> ..2	SENSOR.....87	<i>gemfibrozil</i>.....13
<i>flucytosine</i>.....2	FREESTYLE LIBRE 2 PLUS	<i>generlac</i>.....20
<i>fludarabine</i>.....31	SENSOR.....87	<i>gengraf</i>.....31
<i>fludrocortisone</i>.....72	FREESTYLE LIBRE 2	<i>gentamicin</i>.....3, 62, 66
<i>flumazenil</i>.....50	READER.....87	<i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i> ..3
<i>flunisolide</i>.....83	FREESTYLE LIBRE 2	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i> ..3
<i>fluocinolone</i>.....69	SENSOR.....87	GENVOYA.....6
<i>fluocinolone acetone oil</i>....58	FREESTYLE LIBRE 3 PLUS	GILOTRIF.....31
<i>fluocinolone and shower cap</i> 69	SENSOR.....87	<i>glatiramer</i>.....56
<i>fluocinonide</i>.....69	FREESTYLE LIBRE 3	<i>glatopa</i>.....56
<i>fluocinonide-emollient</i>.....69	READER.....87	GLEOSTINE.....31
<i>fluoride (sodium)</i>.....57, 90	FREESTYLE LIBRE 3	<i>glimepiride</i>.....75
<i>fluorometholone</i>.....63	SENSOR.....87	<i>glipizide</i>.....75
<i>fluorouracil</i>.....31, 70	FREESTYLE LITE METER87	<i>glipizide-metformin</i>.....75, 76
<i>fluoxetine</i>.....50	FREESTYLE LITE STRIPS 75	<i>glutamine (sickle cell)</i>.....65
<i>fluphenazine decanoate</i>.....50		<i>glycine urologic</i>.....87

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

<i>glycine urologic solution</i>	87	HIBERIX (PF).....	25	<i>ibuprofen</i>	43
<i>glycopyrrolate</i>	23	HUMALOG JUNIOR		<i>ibutilide fumarate</i>	11
<i>glycopyrrolate (pf)</i>	23	KWIKPEN U-100.....	76	<i>icatibant</i>	84
<i>glycopyrrolate (pf) in water</i>	23	HUMALOG KWIKPEN		ICLUSIG.....	32
<i>glydo</i>	70	INSULIN.....	76	<i>icosapent ethyl</i>	13
GLYXAMBI.....	76	HUMALOG MIX 50-50		<i>idarubicin</i>	32
GOMEKLI.....	31	KWIKPEN.....	76	IDHIFA.....	32
GRAFAPEX.....	31	HUMALOG MIX 75-25		<i>ifosfamide</i>	32
<i>granisetron (pf)</i>	20	KWIKPEN.....	76	ILARIS (PF).....	24
<i>granisetron hcl</i>	20	HUMALOG MIX 75-25(U-		<i>imatinib</i>	32
<i>griseofulvin microsize</i>	2	100)INSULN.....	76	IMBRUVICA.....	32
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	2	HUMALOG U-100 INSULIN		IMDELLTRA.....	32
GVOKE.....	76	.....	76	IMFINZI.....	32
GVOKE HYPOPEN 1-PACK		HUMULIN 70/30 U-100		<i>imipenem-cilastatin</i>	3
.....	76	INSULIN.....	76	<i>imipramine hcl</i>	51
GVOKE HYPOPEN 2-PACK		HUMULIN 70/30 U-100		<i>imiquimod</i>	70
.....	76	KWIKPEN.....	76	IMJUDO.....	32
GVOKE PFS 1-PACK		HUMULIN N NPH INSULIN		IMKELDI.....	32
SYRINGE.....	76	KWIKPEN.....	76	IMOVAX RABIES VACCINE	
GVOKE PFS 2-PACK		HUMULIN N NPH U-100		(PF).....	25
SYRINGE.....	76	INSULIN.....	76	IMPAVIDO.....	3
H		HUMULIN R REGULAR U-		IMVEXXY MAINTENANCE	
HADLIMA.....	79	100 INSULN.....	76	PACK.....	60
HADLIMA PUSH TOUCH..	79	HUMULIN R U-500 (CONC)		IMVEXXY STARTER PACK	
HADLIMA(CF).....	79	INSULIN.....	76	.....	60
HADLIMA(CF)		HUMULIN R U-500 (CONC)		INBRIJA.....	41
PUSH TOUCH.....	79	KWIKPEN.....	76	<i>incassia</i>	60
<i>halobetasol propionate</i>	69	<i>hydralazine</i>	15	INCRELEX.....	65
<i>haloperidol</i>	50	<i>hydrochlorothiazide</i>	15	<i>indapamide</i>	15
<i>haloperidol decanoate</i>	50	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	41	INFANRIX (DTAP) (PF).....	25
<i>haloperidol lactate</i>	50, 51	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	41	INFLIXIMAB.....	20
HAVRIX (PF).....	25	<i>hydrocortisone</i>	20, 70, 72	INGREZZA.....	56
<i>heather</i>	60	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	58	INGREZZA INITIATION	
<i>heparin (porcine)</i>	18	<i>hydromorphone</i>	42	PK(TARDIV).....	56
HEPARIN (PORCINE).....	18	<i>hydromorphone (pf)</i>	41	INGREZZA SPRINKLE.....	56
<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i>	18	<i>hydroxychloroquine</i>	3	INLEXZO.....	32
<i>heparin (porcine) in nacl (pf)</i>		<i>hydroxyurea</i>	31	INLURIYO.....	32
.....	18	<i>hydroxyzine hcl</i>	81	INLYTA.....	32
<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl</i>		HYPERHEP B.....	25	INPEFA.....	76
.....	19	HYPERHEP B NEONATAL		INQOVI.....	32
HEPARIN(PORCINE) IN		.....	25	INREBIC.....	32
0.45% NACL.....	19	I		INSULIN ASPART U-100...76	
<i>heparin, porcine (pf)</i>	19	<i>ibandronate</i>	81	INSULIN LISPRO.....	76
HEPARIN, PORCINE (PF) .	19	IBRANCE.....	31	INSULIN LISPRO	
HEPLISAV-B (PF).....	25	IBTROZI.....	31	PROTAMIN-LISPRO.....	77
HERNEXEOS.....	31	<i>ibu</i>	43		

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

INSULIN SYRINGE- NEEDLE U-100.....	87	JEMPERLI	33	KRAZATI.....	33
INTELENCE.....	6	<i>jencycla</i>	60	<i>kurvelo (28)</i>	58
<i>intralipid</i>	90	JENTADUETO	77	KYPROLIS.....	33
<i>introvale</i>	58	JENTADUETO XR.....	77	L	
INVEGA HAFYERA.....	51	JEVTANA	33	<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	59
INVEGA SUSTENNA.....	51	<i>jinteli</i>	60	<i>labetalol</i>	15
INVEGA TRINZA.....	51	<i>jolessa</i>	58	<i>lacosamide</i>	45
INVELTYS	63	JOURNAVX	43	<i>lactated ringers</i>	66, 88
IPOL	25	JUBBONTI.....	81	<i>lactulose</i>	20
<i>ipratropium bromide</i>	57, 84	<i>juleber</i>	58	<i>lamivudine</i>	6
<i>ipratropium-albuterol</i>	84	JULUCA.....	6	<i>lamivudine-zidovudine</i>	6
<i>irbesartan</i>	15	JYLAMVO.....	33	<i>lamotrigine</i>	45
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	15	JYNNEOS (PF)	25	<i>lanreotide</i>	33
<i>irinotecan</i>	32	K		<i>lansoprazole</i>	23
ISENTRESS.....	6	KADCYLA	33	LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	77
ISENTRESS HD	6	KALETRA	6	LANTUS U-100 INSULIN ..	77
<i>isibloom</i>	58	<i>kalliga</i>	58	<i>lapatinib</i>	33
ISOLYTE S PH 7.4.....	90	KALYDECO	84	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	59
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	90	KANUMA.....	74	<i>larin 1/20 (21)</i>	59
ISOLYTE-S.....	90	<i>kariva (28)</i>	58	<i>larin 24 fe</i>	59
<i>isoniazid</i>	3	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	58	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	59
<i>isosorbide dinitrate</i>	14	KERENDIA.....	15	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	59
<i>isosorbide mononitrate</i>	14	KESIMPTA PEN	56	<i>latanoprost</i>	63
<i>isosorbide-hydralazine</i>	15	<i>ketoconazole</i>	2, 66	LAZCLUZE	33
<i>isotretinoin</i>	72	<i>ketorolac</i>	61	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	6
<i>isradipine</i>	15	KEYTRUDA	33	<i>leflunomide</i>	79
ISTODAX	32	KEYTRUDA QLEX	33	<i>lenalidomide</i>	33
ITOVEBI.....	32	KHAPZORY	26	LENVIMA.....	33
<i>itraconazole</i>	2	KIMMTRAK.....	33	<i>lessina</i>	59
<i>ivabradine</i>	12	KINERET	79	<i>letrozole</i>	33
<i>ivermectin</i>	3	KINRIX (PF).....	25	<i>leucovorin calcium</i>	26
IWILFIN.....	32	<i>kionex (with sorbitol)</i>	65	LEUKERAN.....	33
IXEMPRA.....	33	KISQALI	33	<i>leuprolide</i>	33
IXIARO (PF).....	25	<i>klayesta</i>	66	<i>levetiracetam</i>	45
J		<i>klor-con 10</i>	88	<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i>	45
JAKAFI.....	33	<i>klor-con 8</i>	88	<i>levobunolol</i>	62
<i>jantoven</i>	19	<i>klor-con m10</i>	88	<i>levocarnitine</i>	65
JANUMET	77	<i>klor-con m15</i>	88	<i>levocarnitine (with sugar)</i>	65
JANUMET XR.....	77	<i>klor-con m20</i>	88	<i>levocetirizine</i>	81, 82
JANUVIA	77	<i>klor-con oral packet 20</i>	88	<i>levofloxacin</i>	11, 62
JARDIANCE.....	77	KLOXXADO	43	<i>levofloxacin in d5w</i>	11
<i>jasmiel (28)</i>	58	KOMZIFTI.....	33	<i>levoleucovorin calcium</i>	26
JAYPIRCA.....	33	KOSELUGO	33	<i>levonest (28)</i>	59
		<i>kourzeq</i>	57		
		K-PHOS NO 2.....	87		
		K-PHOS ORIGINAL	87		

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	59	<i>loryna (28)</i>	59	MAVYRET	6
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	59	<i>losartan</i>	16	<i>meclizine</i>	20
<i>levora-28</i>	59	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	16	<i>medroxyprogesterone</i>	61
<i>levo-t</i>	73		16	<i>mefloquine</i>	3
<i>levothyroxine</i>	73	<i>loteprednol etabonate</i>	63	<i>megestrol</i>	34
<i>levoxyl</i>	73	<i>lovastatin</i>	13	MEKINIST	34
LIBTAYO	34	<i>low-ogestrel (28)</i>	59	MEKTOVI	34
<i>lidocaine</i>	71	<i>loxapine succinate</i>	51	<i>meleya</i>	61
<i>lidocaine (pf)</i>	12, 70	<i>lo-zumandimine (28)</i>	59	<i>meloxicam</i>	43
<i>lidocaine hcl</i>	70, 71	<i>lubiprostone</i>	20	<i>melphalan hcl</i>	34
<i>lidocaine in 5 % dextrose (pf)</i>	12	LUMAKRAS	34	<i>memantine</i>	56
	12	LUMIGAN	63	<i>memantine-donepezil</i>	56
<i>lidocaine viscous</i>	71	LUMIZYME	74	MENQUADFI (PF)	25
<i>lidocaine-epinephrine</i>	71	LUNSUMIO	34	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	25
<i>lidocaine-epinephrine (pf)</i>	71	LUPRON DEPOT	34	(PF)	25
<i>lidocaine-prilocaine</i>	71	<i>lurasidone</i>	52	MEPSEVII	74
<i>lidocan iii</i>	71	<i>lurbiro</i>	43	<i>mercaptopurine</i>	34
<i>lidocan iv</i>	71	<i>luter a (28)</i>	59	<i>meropenem</i>	4
<i>lidocan v</i>	71	<i>lyleq</i>	60	<i>mesalamine</i>	20
LILETTA	61	<i>lyllana</i>	60	<i>mesalamine with cleansing</i>	21
<i>lincomycin</i>	3	LYNOZYFIC	34	<i>wipe</i>	21
<i>linezolid</i>	3	LYNPARZA	34	<i>mesna</i>	26
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	3	LYSODREN	34	<i>metformin</i>	77
<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i>	3	LYTGOBI	34	<i>methadone</i>	42
LINZESS	20	LYUMJEV KWIKPEN U-100	77	<i>methadone intensol</i>	42
<i>liomny</i>	73	INSULIN	77	<i>methadose</i>	42
LIORESAL	55	LYUMJEV KWIKPEN U-200	77	<i>methazolamide</i>	63
<i>liothyronine</i>	73	INSULIN	77	<i>methenamine hippurate</i>	2
<i>liraglutide</i>	77	LYUMJEV U-100 INSULIN	77	<i>methenamine mandelate</i>	2
<i>lisinopril</i>	15		77	<i>methimazole</i>	72
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	15	<i>lyza</i>	60	<i>methotrexate sodium</i>	34
	15	M		<i>methotrexate sodium (pf)</i>	35
<i>lithium carbonate</i>	51	<i>magnesium chloride</i>	88	<i>methoxsalen</i>	71
<i>lithium citrate</i>	51	<i>magnesium sulfate</i>	89	<i>methsuximide</i>	45
LIVDELZI	20	MAGNESIUM SULFATE IN		<i>methylergonovine</i>	61
LIVTENCITY	6	D5W	88	<i>methylphenidate hcl</i>	52
LOKELMA	65	<i>magnesium sulfate in water</i>	88, 89	<i>methylprednisolone</i>	72
<i>lomustine</i>	34	<i>malathion</i>	70	<i>methylprednisolone acetate</i>	72
LONSURF	34	<i>mannitol 20 %</i>	16	<i>methylprednisolone sodium</i>	72
<i>loperamide</i>	23	<i>mannitol 25 %</i>	16	<i>succ</i>	72
<i>lopinavir-ritonavir</i>	6	<i>maraviroc</i>	6	<i>metoclopramide hcl</i>	21
LOQTORZI	34	<i>marlissa (28)</i>	59	<i>metolazone</i>	16
<i>lorazepam</i>	51	MARPLAN	52	<i>metoprolol succinate</i>	16
<i>lorazepam intensol</i>	51	MATULANE	34	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	16
LORBRENA	34	<i>matzim la</i>	16		16
				<i>metoprolol tartrate</i>	16

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

<i>metro i.v.</i>	4	<i>mycophenolate mofetil</i>	35	<i>nikki (28)</i>	59
<i>metronidazole</i>	4, 61, 72	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> .	35	<i>nilotinib hcl</i>	35
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	4	<i>mycophenolate sodium</i>	35	<i>nilutamide</i>	35
<i>metryrosine</i>	16	MYFEMBREE	61	<i>nimodipine</i>	16
<i>mexiletine</i>	12	MYHIBBIN.....	35	NINLARO	35
<i>micafungin</i>	2	MYLOTARG	35	<i>nitazoxanide</i>	4
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	59	N		<i>nitisinone</i>	65
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	59	<i>nabumetone</i>	43	<i>nitro-bid</i>	14
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	59	<i>nadolol</i>	16	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ...	2
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	59	<i>nafcillin</i>	10	<i>nitrofurantoin monohyd/m-</i>	
<i>midodrine</i>	65	<i>nafcillin in dextrose iso-osm.</i>	10	<i>cryst</i>	2
MIEBO (PF).....	63	<i>naftifine</i>	66	<i>nitroglycerin</i>	14, 21
<i>mifepristone</i>	61, 74	NAGLAZYME.....	74	NIVESTYM	24
<i>mili</i>	59	<i>nalbuphine</i>	43	<i>nora-be</i>	61
<i>milophene</i>	74	<i>naloxone</i>	43	<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	
<i>milrinone</i>	12	<i>naltrexone</i>	43	.....	61
<i>milrinone in 5 % dextrose</i>	12	<i>naproxen</i>	43, 44	<i>norepinephrine bitartrate</i>	12
<i>mimvey</i>	61	<i>naproxen sodium</i>	44	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	
<i>minocycline</i>	11	<i>naratriptan</i>	55	.....	61
<i>minoxidil</i>	16	NATACYN	62	<i>norethindrone acetate</i>	61
<i>miostat</i>	63	<i>nateglinide</i>	77	<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	
<i>mirabegron</i>	88	NAYZILAM.....	45	.....	59, 61
<i>mirtazapine</i>	52	<i>nebivolol</i>	16	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	
<i>misoprostol</i>	23	<i>nefazodone</i>	52	.....	59
<i>mitomycin</i>	35	NELARABINE	35	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	59
<i>mitoxantrone</i>	35	NEMLUVIO.....	35	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	59
M-M-R II (PF).....	25	<i>neomycin</i>	4	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	59
<i>modafinil</i>	52	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	62	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	59
MODEYSO	35	<i>neomycin-bacitracin-</i>		<i>nortriptyline</i>	52
<i>moexipril</i>	16	<i>polymyxin</i>	62	NORVIR.....	6
<i>molindone</i>	52	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	66	NOVOLIN 70/30 U-100	
<i>mometasone</i>	70, 84	<i>neomycin-polymyxin b-</i>		INSULIN	77
<i>mondoxyne nl</i>	11	<i>dexameth</i>	62	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	
MONJUVI.....	35	<i>neomycin-polymyxin-</i>		U-100.....	77
<i>mono-lynyah</i>	59	<i>gramicidin</i>	62	NOVOLIN N FLEXPEN	77
<i>montelukast</i>	84	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> ..	58, 62	NOVOLIN N NPH U-100	
<i>morphine</i>	42	NERLYNX.....	35	INSULIN	77
<i>morphine (pf)</i>	42	NEUPRO	41	NOVOLIN R FLEXPEN.....	77
<i>morphine concentrate</i>	42	<i>nevirapine</i>	6	NOVOLIN R REGULAR	
MOUNJARO.....	77	NEXLETOL	13	U100 INSULIN	78
<i>moxifloxacin</i>	11, 62	NEXLIZET.....	13	NOVOLOG FLEXPEN U-100	
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>		NEXPLANON.....	61	INSULIN	78
.....	11	<i>niacin</i>	13	NOVOLOG MIX 70-30 U-100	
MRESVIA (PF).....	25	<i>nicardipine</i>	16	INSULN	78
MULTAQ.....	12	NICOTROL NS.....	64	NOVOLOG MIX 70-	
<i>mupirocin</i>	66	<i>nifedipine</i>	16	30FLEXPEN U-100	78

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

NOVOLOG PENFILL U-100	OMNITROPE.....24	PANRETIN .....71
INSULIN.....78	ONCASPAR.....36	<i>pantoprazole</i>.....23
NOVOLOG U-100 INSULIN	<i>ondansetron</i>.....21	<i>paricalcitol</i>.....74
ASPART .....78	<i>ondansetron hcl</i>.....21	<i>paroxetine hcl</i>.....52
NUBEQA .....35	<i>ondansetron hcl (pf)</i>.....21	PAVBLU .....63
NUCALA .....84	ONIVYDE.....36	PAXLOVID.....6
NUEDEXTA .....57	ONUREG .....36	<i>pazopanib</i>.....36
NULOJIX.....35	OPDIVO.....36	PAZOPANIB.....36
NUPLAZID.....52	OPDIVO QVANTIG.....36	PEDIARIX (PF) .....25
NURTEC ODT.....55	OPDUALAG.....36	PEDVAX HIB (PF).....25
<i>nyamyc</i>.....66	OPIPZA.....52	<i>peg 3350-electrolytes</i>.....21
<i>nystatin</i>.....2, 66	<i>opium tincture</i>.....23	PEGASYS .....24
<i>nystatin-triamcinolone</i>.....66	OPSUMIT .....84	<i>peg-electrolyte</i>.....21
<i>nystop</i>.....66	OPSYNVI.....84	PEMAZYRE.....36
NYVEPRIA.....24	<i>oralone</i>.....57	<i>pemetrexed disodium</i>.....36
O	ORGOVYX.....36	PEN NEEDLE, DIABETIC .87
<i>octreotide acetate</i>.....35	ORKAMBI.....84	PENBRAYA (PF) .....25
<i>octreotide,microspheres</i>.....35	<i>orquidea</i>.....61	<i>penciclovir</i>.....68
ODEFSEY.....6	ORSERDU .....36	<i>penicillamine</i>.....80
ODOMZO .....35	<i>oseltamivir</i>.....6	PENICILLIN G POT IN
OFEV .....84	<i>osmitrol 20 %</i>16	DEXTROSE .....10
<i>ofloxacin</i>.....58, 62	OTEZLA .....79	<i>penicillin g potassium</i>.....10
OGSIVEO .....35	OTEZLA STARTER.....79	<i>penicillin g sodium</i>.....10
OJEMDA.....35, 36	OTEZLA XR.....80	<i>penicillin v potassium</i>.....10
OJJAARA .....36	OTEZLA XR INITIATION .80	PENMENVY MEN A-B-C-W-
<i>olanzapine</i>.....52	OTULFI.....67	Y (PF) .....25
<i>olmesartan</i>.....16	<i>oxacillin</i>.....10	PENTACEL (PF).....25
<i>olmesartan-amlodipin-</i>	<i>oxacillin in dextrose(iso-osm)</i>	<i>pentamidine</i>.....4
<i>hcthiazid</i>.....16	10	<i>pentobarbital sodium</i>.....53
<i>olmesartan-</i>	<i>oxaliplatin</i>.....36	<i>pentoxifylline</i>.....19
<i>hydrochlorothiazide</i>.....16	<i>oxaprozin</i>.....44	<i>perampanel</i>.....46
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>.....13	<i>oxcarbazepine</i>.....46	<i>perindopril erbumine</i>.....16
<i>omeprazole</i>.....23	OXERVATE .....63	<i>perigard</i>.....57
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2	<i>oxybutynin chloride</i>.....88	PERJETA .....36
PLUS).....87	<i>oxycodone</i>.....42, 43	<i>permethrin</i>.....70
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO	<i>oxycodone-acetaminophen</i> ...43	<i>perphenazine</i>.....53
KT(GEN5).....87	OZEMPIC .....78	<i>pfizerpen-g</i>.....10
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS	OZURDEX.....63	<i>phenelzine</i>.....53
(GEN 5).....87	P	<i>phenobarbital</i>.....46
OMNIPOD 5	<i>pacerone</i>.....12	<i>phenobarbital sodium</i>.....46
INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	<i>paclitaxel</i>.....36	<i>phentolamine</i>.....16
.....87	<i>paclitaxel protein-bound</i>.....36	<i>phenytoin</i>.....46
OMNIPOD DASH INTRO	PADCEV .....36	<i>phenytoin sodium</i>.....46
KIT (GEN 4).....87	<i>paliperidone</i>.....52	<i>phenytoin sodium extended</i> ..46
OMNIPOD DASH PODS	<i>palonosetron</i>.....21	<i>philith</i>.....59
(GEN 4).....87	<i>pamidronate</i>.....74	PIFELTRO .....6

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

<i>pilocarpine hcl</i>	63, 65	<i>pravastatin</i>	13	PROQUAD (PF).....	25
<i>pimecrolimus</i>	71	<i>praziquantel</i>	4	<i>protamine</i>	19
<i>pimozide</i>	53	<i>prazosin</i>	16	<i>protriptyline</i>	53
<i>pimtrea (28)</i>	59	PRECISION XTRA		PULMICORT FLEXHALER	
<i>pindolol</i>	16	MONITOR	87	.....	84, 85
<i>pioglitazone</i>	78	PRECISION XTRA TEST ..	78	PULMOZYME.....	85
<i>piperacillin-tazobactam</i>	10	<i>prednisolone</i>	72	<i>pyrazinamide</i>	4
PIQRAY	37	<i>prednisolone acetate</i>	63	<i>pyridostigmine bromide</i>	55
<i>pirfenidone</i>	84	<i>prednisolone sodium</i>		<i>pyrimethamine</i>	4
<i>piroxicam</i>	44	<i>phosphate</i>	63, 73	PYZCHIVA (ONLY NDCS	
<i>pitavastatin calcium</i>	13	<i>prednisone</i>	73	STARTING WITH 61314)	
PLEGRIDY	24	<i>prednisone intensol</i>	73	.....	67
PLENAMINE.....	90	<i>pregabalin</i>	46	Q	
<i>plerixafor</i>	24	PREMARIN	61	QINLOCK	37
<i>podofilox</i>	71	<i>premasol 10 %</i>	90	QUADRACEL (PF)	25
POLIVY	37	PREMPHASE	61	<i>quetiapine</i>	53
<i>polocaine</i>	71	PREMPRO	61	<i>quinapril</i>	16
<i>polocaine-mpf</i>	71	<i>prenatal vitamin oral tablet</i> ..	90	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>		<i>prevalite</i>	13	.....	16
.....	62	PREVYMIS.....	7	<i>quinidine sulfate</i>	12
POMALYST	37	PREZCOBIX.....	7	<i>quinine sulfate</i>	4
<i>portia 28</i>	59	PREZISTA	7	QULIPTA	55
<i>posaconazole</i>	2	PRIFTIN	4	QVAR REDHALER	85
<i>potassium acetate</i>	89	PRIMAQUINE	4	R	
<i>potassium chlorid-d5-</i>		<i>primidone</i>	46	RABAVERT (PF)	25
<i>0.45%nacl</i>	89	PRIMIDONE.....	46	RADICAVA ORS	57
<i>potassium chloride</i>	89	PRIORIX (PF).....	25	RADICAVA ORS STARTER	
<i>potassium chloride in</i>		<i>probenecid</i>	80	KIT SUSP	57
<i>0.9%nacl</i>	89	<i>probenecid-colchicine</i>	81	RALDESY.....	53
<i>potassium chloride in 5 % dex</i>		<i>procainamide</i>	12	<i>raloxifene</i>	81
.....	89	<i>prochlorperazine</i>	21	<i>ramelteon</i>	53
<i>potassium chloride in lr-d5</i> ..	89	<i>prochlorperazine edisylate</i> ..	21	<i>ramipril</i>	16
<i>potassium chloride in water</i> ..	89	<i>prochlorperazine maleate oral</i>		<i>ranolazine</i>	13
<i>potassium chloride-0.45 %</i>		.....	21	<i>rasagiline</i>	41
<i>nacl</i>	89	PROCRIT	24	<i>reclipsen (28)</i>	59
<i>potassium chloride-d5-</i>		<i>procto-med hc</i>	21	RECOMBIVAX HB (PF).....	25
<i>0.2%nacl</i>	89	<i>proctosol hc</i>	21	RELENZA DISKHALER	7
<i>potassium chloride-d5-</i>		<i>proctozone-hc</i>	21	RELEUKO	24
<i>0.9%nacl</i>	89	<i>progesterone</i>	61	RELISTOR	21
<i>potassium citrate</i>	87	<i>progesterone micronized</i>	61	REMICADE	21
<i>potassium phosphate m-/d-</i>		PROGRAF.....	37	RENACIDIN	87
<i>basic</i>	89	PROLASTIN-C	65	<i>repaglinide</i>	78
POTELIGEO	37	<i>promethazine</i>	82	REPATHA.....	13
PRALATREXATE.....	37	<i>propafenone</i>	12	REPATHA SURECLICK	13
<i>pramipexole</i>	41	<i>propranolol</i>	16	RETACRIT.....	24
<i>prasugrel hcl</i>	19	<i>propylthiouracil</i>	72	RETEVMO.....	37

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

RETROVIR.....	7	S		<i>sodium chloride 3 %</i>	
REVCovi.....	65	<i>sacubitril-valsartan</i>	13	<i>hypertonic</i>	90
<i>revonto</i>	55	<i>sajazir</i>	85	<i>sodium chloride 5 %</i>	
REVUFORJ.....	37	<i>salsalate</i>	44	<i>hypertonic</i>	90
REXULTI.....	53	SANDOSTATIN LAR		<i>sodium fluoride 5000 dry</i>	
REYATAZ	7	DEPOT	37	<i>mouth</i>	57
REZDIFFRA	65	SANTYL	71	<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	57
REZLIDHIA.....	37	<i>sapropterin</i>	74	<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> ...	57
REZUROCK	37	SARCLISA.....	37	SODIUM OXYBATE	
RHOPRESSA.....	63	SAVELLA.....	80	(PREFERRED NDCS	
<i>ribavirin</i>	7	<i>saxagliptin</i>	78	STARTING WITH 00054)	
<i>rifabutin</i>	4	<i>saxagliptin-metformin</i>	78	.....	53
<i>rifampin</i>	4	SCEMBLIX.....	38	<i>sodium phenylbutyrate</i>	65
<i>riluzole</i>	65	<i>scopolamine base</i>	21	<i>sodium phosphate</i>	90
<i>rimantadine</i>	7	SECUADO	53	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	65
<i>ringer's</i>	66, 89	SELARSDI.....	67, 68	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i>	
RINVOQ	80	<i>selegiline hcl</i>	41	.....	22
RINVOQ LQ.....	80	<i>selenium sulfide</i>	68	SOFOSBUVIR-	
<i>risedronate</i>	65, 81	SELZENTRY	7	VELPATASVIR.....	7
<i>risperidone</i>	53	<i>sertraline</i>	53	<i>solifenacin</i>	88
<i>risperidone microspheres</i>	53	<i>setlakin</i>	59	SOLQUA 100/33	78
<i>ritonavir</i>	7	<i>sevelamer carbonate</i>	65	SOLTAMOX.....	38
<i>rivaroxaban</i>	19	<i>sf 57</i>		SOMATULINE DEPOT	38
<i>rivastigmine</i>	57	<i>sf 5000 plus</i>	57	SOMAVERT	74
<i>rivastigmine tartrate</i>	57	<i>sharobel</i>	61	<i>sorafenib</i>	38
<i>rizatriptan</i>	55	SHINGRIX (PF).....	26	<i>sotalol</i>	12
ROCKLATAN	63	SIGNIFOR.....	38	<i>sotalol af</i>	12
<i>roflumilast</i>	85	<i>sildenafil (pulmonary arterial</i>		SPIRIVA RESPIMAT.....	85
<i>romidepsin</i>	37	<i>hypertension)</i>	85	<i>spironolactone</i>	16
ROMVIMZA.....	37	<i>silver sulfadiazine</i>	71	<i>spironolacton-</i>	
<i>ropinirole</i>	41	SIMBRINZA	63	<i>hydrochlorothiaz</i>	16
<i>rosuvastatin</i>	13	SIMLANDI(CF).....	80	SPRAVATO	54
ROTARIX	25	SIMLANDI(CF)		<i>sprintec (28)</i>	59
ROTATEQ VACCINE	25	AUTOINJECTOR	80	SPRITAM.....	46
<i>roweepra</i>	46	SIMULECT	38	<i>sps (with sorbitol)</i>	65
ROZLYTREK	37	<i>simvastatin</i>	13	<i>sronyx</i>	59
RUBRACA	37	<i>sirolimus</i>	38	<i>ssd</i>	71
<i>rufinamide</i>	46	SIRTURO	4	STAMARIL (PF).....	26
RUKOBIA.....	7	SKYRIZI	21, 68	STELARA	68
RUXIENCE.....	37	<i>sodium acetate</i>	89	STIOLTO RESPIMAT.....	85
RYBELSUS	78	<i>sodium benzoate-sod</i>		STIVARGA.....	38
RYBREVANT	37	<i>phenylacet</i>	65	STRENSIQ	74
RYDAPT	37	<i>sodium bicarbonate</i>	89, 90	STREPTOMYCIN	4
RYLAZE	37	<i>sodium chloride</i>	65, 90	STRIBILD	7
RYTELO	37	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	90	STRIVERDI RESPIMAT	85
		<i>sodium chloride 0.9 %</i>	65	SUBLOCADE	43

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

<i>subvenite</i>	47	<i>telmisartan</i>	16	<i>tobramycin-dexamethasone</i> ..	62
SUBVENITE.....	46	<i>telmisartan-amlodipine</i>	16	<i>tolterodine</i>	88
SUCRAID	22	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>		<i>tolvaptan</i>	74
<i>sucralfate</i>	23	.....	16	<i>tolvaptan (polycys kidney dis)</i>	
<i>sulfacetamide sodium</i>	63	TEMODAR	38	.....	74
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> 66		<i>temsirolimus</i>	38	<i>topiramate</i>	47
<i>sulfacetamide-prednisolone</i> .63		TENIVAC (PF)	26	<i>topotecan</i>	38
<i>sulfadiazine</i>	11	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .7		<i>toremifene</i>	38
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>		TEPMETKO.....	38	<i>torpenz</i>	38
.....	11	<i>terazosin</i>	16, 17	<i>torsemide</i>	17
<i>sulfasalazine</i>	22	<i>terbinafine hcl</i>	2	TOUJEO MAX U-300	
<i>sulindac</i>	44	<i>terbutaline</i>	85	SOLOSTAR	78
<i>sumatriptan nasal</i>	55	<i>terconazole</i>	61	TOUJEO SOLOSTAR U-300	
<i>sumatriptan succinate</i>	55	<i>teriflunomide</i>	57	INSULIN	78
<i>sunitinib malate</i>	38	<i>teriparatide</i>	81	TRADJENTA	78
SUNLENCA.....	7	<i>testosterone</i>	74	<i>tramadol</i>	44
<i>syeda</i>	59	<i>testosterone cypionate</i>	74	<i>tramadol-acetaminophen</i>	44
SYLVANT	38	<i>testosterone enanthate</i>	74	<i>trandolapril</i>	17
SYMDEKO	85	<i>tetrabenazine</i>	57	<i>trandolapril-verapamil</i>	17
SYMPAZAN.....	47	<i>tetracycline</i>	11	<i>tranexamic acid</i>	61
SYMPROIC	22	TEVIMBRA	38	<i>tranylcypromine</i>	54
SYMTUZA	7	THALOMID.....	38	<i>travasol 10 %</i>	90
SYNJARDY	78	<i>theophylline</i>	85	<i>travoprost</i>	63
SYNJARDY XR	78	<i>thioridazine</i>	54	TRAZIMERA.....	39
T		<i>thiotepa</i>	38	<i>trazodone</i>	54
TABLOID	38	<i>thiothixene</i>	54	TRELEGY ELLIPTA.....	85
TABRECTA.....	38	<i>tiadylt er</i>	17	TRELSTAR.....	39
<i>tacrolimus</i>	38, 71	<i>tiagabine</i>	47	TREMFYA	68
<i>tadalafil</i>	87, 88	TIBSOVO.....	38	TREMFYA ONE-PRESS....	68
<i>tadalafil (pulmonary arterial</i>		<i>ticagrelor</i>	19	TREMFYA PEN	68
<i>hypertension) oral tablet 20</i>		TICE BCG.....	26	TREMFYA PEN	
<i>mg</i>	85	TICOVAC	26	INDUCTION PK(2PEN)..	68
TAFINLAR	38	<i>tigecycline</i>	4	<i>treprostinil sodium</i>	17
TAGRISSO	38	<i>tilia fe</i>	59	<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	39
TALVEY.....	38	<i>timolol maleate</i>	17, 62	<i>tretinoin topical</i>	72
TALZENNA.....	38	<i>tinidazole</i>	4	<i>triamcinolone acetonide</i> 57, 70,	
<i>tamoxifen</i>	38	<i>tiotropium bromide</i>	85	73	
<i>tamsulosin</i>	88	TIVDAK.....	38	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	59	TIVICAY.....	7	.....	17
<i>tazarotene</i>	72	TIVICAY PD	7	<i>tridacaine ii</i>	71
<i>tazicef</i>	9	<i>tizanidine</i>	55	<i>triderm</i>	70
TAZVERIK.....	38	TOBI PODHALER	4	<i>trientine</i>	65
TECENTRIQ.....	38	TOBRADEX	62	<i>tri-estarylla</i>	59
TECENTRIQ HYBREZA....	38	<i>tobramycin</i>	4, 62	<i>trifluoperazine</i>	54
TECVAYLI.....	38	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> ...	4	<i>trifluridine</i>	62
TEFLARO	9	<i>tobramycin sulfate</i>	4	<i>trihexyphenidyl</i>	41

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

TRIJARDY XR.....	79	V		VIMKUNYA.....	26
TRIKAFTA.....	85, 86	<i>valacyclovir</i>	7	<i>vinblastine</i>	39
<i>tri-legest fe</i>	59	VALCHLOR	71	<i>vincristine</i>	39
<i>tri-linyah</i>	59	<i>valganciclovir</i>	7	<i>vinorelbine</i>	39
<i>tri-lo-estarylla</i>	59	<i>valproate sodium</i>	47	<i>viorele (28)</i>	60
<i>tri-lo-marzia</i>	60	<i>valproic acid</i>	47	VIRACEPT.....	7
<i>tri-lo-sprintec</i>	60	<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	47	VIREAD	7
<i>trimethoprim</i>	2	.....	47	VITRAKVI.....	39
<i>trimipramine</i>	54	<i>valrubicin</i>	39	VIVITROL	44
TRINTELLIX.....	54	<i>valsartan</i>	17	VIVOTIF	26
<i>tri-sprintec (28)</i>	60	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	17	VIZIMPRO.....	39
TRIUMEQ.....	7	.....	17	VONJO	39
TRIUMEQ PD	7	VALTOCO	47	VORANIGO.....	39
TRODELVY	39	<i>valtya</i>	60	<i>voriconazole</i>	2
TROGARZO	7	<i>vancomycin</i>	4, 5	<i>voriconazole-hpbcd</i>	2
TROPHAMINE 10 %	90	VANCOMYCIN IN 0.9 %		VOSEVI	7
<i>trospium</i>	88	SODIUM CHL	4	VOWST	22
TRULANCE.....	22	VANFLYTA	39	VRAYLAR.....	54
TRULICITY.....	79	VAQTA (PF).....	26	VUMERITY	57
TRUMENBA	26	<i>varenicline tartrate</i>	64	VYLOY	39
TRUQAP	39	VARIVAX (PF)	26	VYNDAMAX	13
TUKYSA.....	39	VARIZIG.....	26	VYNDAQEL.....	13
TURALIO	39	VARUBI.....	22	VYVGART.....	55
<i>turqoz (28)</i>	60	VAXCHORA VACCINE.....	26	VYVGART HYTRULO	55
TWINRIX (PF)	26	VECTIBIX	39	VYXEOS.....	39
TYENNE.....	80	<i>veletri</i>	17	W	
TYENNE AUTOINJECTOR		<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	60	<i>warfarin</i>	19
.....	80	.....	60	<i>water for irrigation, sterile</i> ...65	
TYMLOS	81	VELTASSA.....	65	WELIREG	39
TYPHIM VI	26	VEMLIDY.....	7	<i>wera (28)</i>	60
TYVASO.....	86	VENCLEXTA	39	<i>wescap-pn dha</i>	90
TYVASO INSTITUTIONAL		VENCLEXTA STARTING		WINREVAIR	86
START KIT	86	PACK	39	<i>wixela inhub</i>	86
TYVASO REFILL KIT	86	<i>venlafaxine</i>	54	WYOST	26
TYVASO STARTER KIT ...	86	<i>verapamil</i>	17	X	
U		VERQUVO	13	XALKORI	39, 40
UBRELVY	55	VERSACLOZ	54	XARELTO	19
ULTRA-FINE INSULIN		VERZENIO	39	XARELTO DVT-PE TREAT	
SYRINGE	87	<i>vestura (28)</i>	60	30D START.....	19
<i>unithroid</i>	73	VIBATIV	5	XCOPRI	47
UNITUXIN	39	VIBERZI	22	XCOPRI MAINTENANCE	
UPTRAVI	17	<i>vienna</i>	60	PACK	47
<i>ursodiol</i>	22	<i>vigabatrin</i>	47	XCOPRI TITRATION PACK	
USTEKINUMAB.....	68	<i>vigadrone</i>	47	.....	47
USTEKINUMAB-AEKN	68	<i>vilazodone</i>	54	XDEMVY.....	63
		VIMIZIM.....	74	XELJANZ.....	80

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

XELJANZ XR.....	80	Z	ZIRGAN	62
XEMBIFY	26	<i>zafemy</i>	ZOLADEx	40
XERMELO	40	<i>zafirlukast</i>	<i>zoledronic acid</i>	75
XIAFLEX.....	65	<i>zaleplon</i>	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	66
XIFAXAN.....	5	ZALTRAP	ZOLINZA.....	40
XIGDUO XR.....	79	ZEJULA	<i>zolpidem</i>	54
XIIDRA	63	ZELBORAF	ZONISADE	47
XOFLUZA	7	<i>zenatane</i>	<i>zonisamide</i>	47
XOLAIR.....	86	ZENPEP	<i>zovia 1-35 (28)</i>	60
XOSPATA	40	ZEPOSIA.....	ZTALMY	47
XPOVIO.....	40	ZEPOSIA STARTER KIT (28- DAY).....	<i>zumandimine (28)</i>	60
XTANDI.....	40	ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY)	ZURZUVAE.....	54
<i>xulane</i>	61	ZEPZELCA	ZYDELIG.....	40
Y		<i>zidovudine</i>	ZYKADIA.....	40
YERVOY	40	7, 8	ZYMFENTRA.....	22
YESINTEK	68	ZIIHERA	ZYNLONTA	40
YF-VAX (PF).....	26	<i>ziprasidone hcl</i>	ZYNYZ.....	40
YONDELIS.....	40	<i>ziprasidone mesylate</i>	ZYPREXA RELPREVV	54
<i>yuvafem</i>	61	ZIRABEV		

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 02/17/2026.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **800-580-7000** (TTY: **711**); or speak to your provider.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al **800-580-7000**(TTY: **711**) o hable con su proveedor.

中文 (Simplified Chinese) 注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 **800-580-7000**（文本电话：**711**）或咨询您的服务提供商。

РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону **800-580-7000**(TTY: **711**) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan **800-580-7000**(TTY: **711**) oswa pale avèk founisè w la.

한국어 (Korean) 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. **800-580-7000**(TTY: **711**) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italiano (Italian) ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l' **800-580-7000** (TTY: **711**) o parla con il tuo fornitore.

Yiddish . (יידיש נאטיץ: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פאר דיר פריי .

צונעמען אידס און באדינונגס אלער צראוויידינג אינאלאָרמאַציע אין צוטריטלעך אלאָרמאַטירונגען זענען אויך בנימצא פריי . רופן אָדער רעדן מיט דיין טרעגער . **711** (TTY: **800-580-7000** .

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 02/17/2026.

(Bengali) ইংরেজিতে মনোযোগ: আপনি যদি অন্য ভাষা বলতে পারেন, তাহলে বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা আপনার জন্য উপলব্ধ। অ্যাক্সেসযোগ্য ফর্ম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহায়তা এবং পরিষেবাগুলিও বিনামূল্যে পাওয়া যায়। 800-580-7000 (TTY: 711; অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

POLSKI (Polish) UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer **800-580-7000**(TTY: **711**) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

(Arabic العربية (

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير (أو تحدث إلى مقدم الخدمة . 711 (800-580-7000 TTY: 711) المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاً. اتصل على الرقم

Français (French) ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour

fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le **800-580-7000**(TTY: **711**) ou parlez à votre fournisseur.

اردو (Urdu)

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم پر کال کریں یا 711 (800-580-7000 TTY: 711) کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa **800-580-7000** (TTY: **711**) o makipag-usap sa iyong provider.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το **800-580-7000**(TTY: **711**) ή απευθυνθείτε στον πάροχο σας.

Hindi हिंदी ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। **800-580-7000** (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 02/17/2026.

Aviso de no discriminación de ElderServe Star (HMO I-SNP)

ElderServe Star (HMO I-SNP) cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad (incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal), edad, discapacidad o sexo (de acuerdo con el alcance de la discriminación sexual descrito en 45 CFR CFR § 92.101(a)(2)). ElderServe Star (HMO I-SNP) no excluye a las personas ni las trata en términos menos favorables por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ElderServe Star (HMO I-SNP):

- Proporciona modificaciones razonables y servicios y asistencia auxiliares gratuitos adecuados a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita modificaciones razonables, servicios y asistencia auxiliares adecuados, o servicios de asistencia en otros idiomas, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles. Si considera que ElderServe Star (HMO I-SNP) no le ha proporcionado estos servicios o usted ha sido discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede realizar una queja formal ante:

ElderServe Health
ATTN Civil Rights Coordinator
80 West 225th Street
Bronx, NY, 10463

Teléfono: 1-347-842-3660, TTY 711
Fax: 1-888-341-5009

Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo electrónico o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 02/17/2026.

ElderServe Health

Este formulario se actualizó el 02/17/2026. Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con nosotros, con Servicios para Miembros de ElderServe Health, al 1-800-580-7000 o, para usuarios de TTY, TTY/TDD 711, los siete días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., o visite www.ElderServeHealth.org.