# 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: 16

**Este formulario se actualizó el 10/16/2026. Para obtener la información más reciente u otras preguntas, comuníquese con nosotros, Servicios para los miembros de ElderServe Health Plan al 1-800-580-7000 o, para usuarios de TTY al TTY/TDD 711, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. o visite el sitio web www.ElderServeHealth.org.**

H6776_Formulary001CY26_C

# Índice


2026 Parte D del Formulario ..... i
¿Qué es el formulario de ElderServe STAR (HMO I-SNP)? ..... i
¿El formulario puede cambiar? ..... i
¿Cómo utilizo el formulario? ..... iii
Afección médica ..... iii
Listado alfabético ..... iii
¿Qué son los medicamentos genéricos? ..... iii
¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares? ..... iv
¿Hay alguna restricción en mi cobertura? ..... iv
¿Qué pasa si mi medicamento no está en el formulario? ..... v
¿Cómo solicito una excepción al formulario de ElderServe STAR (HMO I-SNP)? ..... v
¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o tiene alguna restricción? ..... vii
Para obtener más información ..... vii
Formulario de ElderServe STAR (HMO I-SNP) ..... vii
Lista de Abreviaciones ..... 1
ANTIINFECCIOSOS ..... 2
- AGENTES ANTIMICÓTICOS ..... 2
- AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS ..... 2
- ANTIINFECCIOSOS VARIOS ..... 2
- ANTIVÍRICOS ..... 5
- CEFALOSPORINAS ..... 7
- ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS ..... 9
- PENICILINAS ..... 9
- QUINOLONAS ..... 10
- SULFAMIDAS/AGENTES RELACIONADOS ..... 11
- TETRACICLINAS ..... 11

CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS ..... 11
- AGENTES ANTIARRÍTMICOS ..... 11
- AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS ..... 12
- AGENTES PARA REDUCIR LOS LÍPIDOS/EL COLESTEROL ..... 13
- NITRATOS ..... 13
- TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO ..... 14
- TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN ..... 17

GASTROENTEROLOGÍA ..... 19
- AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS ..... 19
- ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS ..... 22
- TRATAMIENTO DE ÚLCERAS ..... 22

IMMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA ..... 23
MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS ..... 23
VACUNAS/AGENTES INMUNOLÓGICOS VARIOS ..... 24
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES ..... 25
AGENTES COADYUVANTES ..... 25
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES ..... 26
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC. ..... 40
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS ..... 40
ANALGÉSICOS NARCÓTICOS ..... 40
ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS ..... 42
ANTICONVULSIVANTES ..... 43
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS ..... 46
RELAJANTES MUSCULARES/TERAPIA ANTIESPASMÓDICA ..... 54
TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS ..... 54
TRATAMIENTO NEUROLÓGICO DIVERSOS ..... 54
MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO ..... 56
AGENTES VARIOS ..... 56
ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS ..... 56
PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS ..... 57
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA ..... 57
ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS ..... 57
ESTRÓGENOS/PROGESTINAS ..... 58
OXITÓCICOS ..... 60
PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS ..... 60
OFTALMOLOGÍA ..... 60
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS ..... 60
AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS ..... 60
ANTIBIÓTICOS ..... 60
ANTIVÍRICOS ..... 61
BETABLOQUEANTES ..... 61
COMBINACIONES DE ESTEROIDES-ANTIBIÓTICOS ..... 61
ESTEROIDES ..... 61
MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA ..... 62
OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA ..... 62
PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS VARIOS ..... 62
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS ..... 62
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR ..... 62
AGENTES VARIOS ..... 62
ANTÍDOTOS ..... 64
SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN ..... 64
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO ..... 64
ANTIBACTERIANOS TÓPICOS ..... 64
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS ..... 64
ANTIPSORIÁSICOS/ANTISEBORREICOS ..... 65
ANTIVIRALES TÓPICOS ..... 67
CORTICOESTEROIDES TÓPICOS ..... 67

ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS ..... 68
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS ..... 68
TRATAMIENTO DEL ACNÉ ..... 70
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES ..... 70
AGENTES ANTITIROIDEOS ..... 70
HORMONAS SUPRARRENALES ..... 70
HORMONAS TIROIDEAS ..... 71
HORMONAS VARIAS ..... 71
TRATAMIENTO DE LA DIABETES ..... 73
SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA ..... 77
OTROS AGENTES REUMATOLÓGICOS ..... 77
TRATAMIENTO DE LA GOTA ..... 78
TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS ..... 79
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA ..... 79
AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALÉRGICOS ..... 79
AGENTES PULMONARES ..... 80
SUMINISTROS DIVERSOS ..... 84
SUMINISTROS DIVERSOS ..... 84
UROLÓGICOS ..... 85
AGENTES UROLÓGICOS VARIOS ..... 85
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS ..... 86
TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (BPH) ..... 86
VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS ..... 86
DERIVADOS DE SANGRE ..... 86
ELECTROLITOS ..... 86
PRODUCTOS NUTRICIONALES VARIOS ..... 88
VITAMINAS/HEMATÍNICOS ..... 88
Index ..... 89
Aviso de no discriminación de ElderServe STAR (HMO I-SNP) ..... III

**2026 Parte D del Formulario**

**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 esta lista de medicamentos (formulario) dice "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a ElderServe STAR (HMO I-SNP). Cuando dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a ElderServe STAR (HMO I-SNP).

Este documento incluye una Lista de medicamentos (formulario) de nuestro plan actualizada al 10/16/2026. Para obtener la Lista de medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. 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 y/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 hacer referencia a lo mismo. Un formulario es una lista de los 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, ElderServe 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.

**¿El formulario puede cambiar?**

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1.º de enero, pero ElderServe STAR (HMO I-SNP) puede agregar o eliminar 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 a continuación: 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 versiones nuevas 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 restricciones o menos. Cuando agregamos una versión nueva de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro

formulario, pero agregar nuevas restricciones de inmediato.

Podemos hacer estos cambios inmediatos solo si agregamos una versión genérica nueva de un medicamento de marca o si 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 puede ser sustituido por un producto biológico original en una farmacia 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 realizar 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 hemos cambiado. Para obtener más información, consulte la sección "¿Cómo solicito una excepción al formulario de ElderServe STAR (HMO I-SNP)?" a continuación.

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?" a continuación.

- **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 motivos 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 está en el formulario, o agregar un nuevo producto biosimilar para reemplazar un producto biológico original que actualmente está en el formulario, o agregar nuevas restricciones, o ambas, después de agregar el medicamento correspondiente. Asimismo 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 requisitos de autorización previa, límites de cantidad y/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. O bien, en el momento en que el miembro solicite la reposición del medicamento, en cuyo caso el miembro puede recibir un suministro de 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 por usted y sigamos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. En el aviso que le proporcionamos se incluirá información sobre cómo

S/olicitar una excepción y también puede encontrar información en la sección "¿Cómo solicito una excepción al formulario de ElderServe STAR (HMO I-SNP)?" a continuació/n.

**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 del año de contrato 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 10/16/2026. 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:

**Afección 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 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 89. En el Índice se 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 los medicamentos de marca como los 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 que los medicamentos de marca y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

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

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son 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 igual de bien que 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 obtener más información sobre 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 obtengan 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. Por ejemplo, ElderServe STAR (HMO I-SNP) proporciona 60 comprimidos cada 30 días por receta de STREPTOMYCIN. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.

- **Terapia escalonada:** En algunos casos, ElderServe STAR (HMO I-SNP) requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B se usan para tratar su afección 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 de salud. Consulte la sección "¿Cómo solicito una excepción al formulario de ElderServe STAR (HMO I-SNP)?" en la página IV 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 los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por ElderServe STAR (HMO I-SNP). Cuando reciba la lista, muéstresela 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 y/o le causaran efectos adversos.

Usted o la persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción al formulario, incluso en caso de una excepción a una restricción de cobertura. ***Cuando solicite una excepción, la persona autorizada a dar recetas tendrá que explicar los motivos médicos por los 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 un máximo de 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 a más tardar 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas.

**¿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 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 sobre la solicitud de una decisión de cobertura para mostrar que cumple con los criterios para la aprobación, para cambiar a un medicamento alternativo que cubramos o para 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 <*debe ser durante al menos 90*> días a partir de la fecha en que se convierte en miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no se encuentren en nuestro formulario o que tengan una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 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 miembro del plan durante menos de 90 días.

Si usted reside en un centro de atención médica a largo plazo y 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 visite el sitio web http://www.medicare.gov.

**Formulario de ElderServe STAR (HMO I-SNP)**

En el formulario a continuación se proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por ElderServe STAR (HMO I-SNP). Si tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, diríjase al índice que comienza en la página 89.

En la primera columna de la tabla se menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben con mayúscula (por ejemplo, DIFICID ORAL) y los medicamentos genéricos se enumeran en minúscula y cursiva (por ejemplo, etilsuccinato de eritromicina comprimido 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 | | |
| *amphotericin b* | 1 | B/D PA |
| *amphotericin b liposome* | 1 | B/D PA |
| *caspofungin* | 1 | |
| *clotrimazole mucous membrane* | 1 | MO |
| CRESEMBA ORAL | 1 | PA |
| *fluconazole* | 1 | MO |
| *fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml* | 1 | PA; MO |
| *fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 400 mg/200 ml* | 1 | PA |
| *flucytosine* | 1 | MO |
| *griseofulvin microsize* | 1 | MO |
| *griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg* | 1 | MO |
| *itraconazole oral capsule* | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| *itraconazole oral solution* | 1 | MO |
| *ketoconazole oral* | 1 | MO |
| *micafungin* | 1 | MO |
| *nystatin oral suspension* | 1 | MO |
| *nystatin oral tablet* | 1 | MO |
| *posaconazole oral tablet,delayed release (dr/ec)* | 1 | PA; MO; QL (96 por 30 días) |
| *terbinafine hcl oral* | 1 | MO |
| *voriconazole intravenous recon soln* | 1 | PA |
| *voriconazole oral suspension for reconstitution* | 1 | PA; MO |
| *voriconazole oral tablet* | 1 | PA; MO |
| *voriconazole-hpbcd* | 1 | PA |
| AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS | | |
| *fosfomycin tromethamine* | 1 | MO |
| *methenamine hippurate* | 1 | MO |
| *methenamine mandelate oral tablet* | 1 | MO |
| *nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg* | 1 | MO |
| *nitrofurantoin monohyd/m-cryst* | 1 | MO |
| *trimethoprim* | 1 | MO |
| ANTIINFECCIOSOS VARIOS | | |
| *albendazole* | 1 | MO |
| *amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml* | 1 | PA; MO |
| ARIKAYCE | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *atovaquone* | 1 | MO |
| *atovaquone-proguanil* | 1 | MO |
| *aztreonam* | 1 | PA; MO |
| CAYSTON | 1 | PA; MO; LA; QL (84 por 56 días) |
| *chloroquine phosphate* | 1 | MO |
| *clindamycin hcl* | 1 | MO |
| *clindamycin in 5 % dextrose* | 1 | PA; MO |
| *clindamycin phosphate injection* | 1 | PA; MO |
| COARTEM | 1 | MO |
| *colistin (colistimethate na)* | 1 | PA; MO; QL (30 por 10 días) |
| *dapsone oral* | 1 | MO |
| DAPTOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 350 MG | 1 | MO |
| *daptomycin intravenous recon soln 500 mg* | 1 | MO |
| EMVERM | 1 | MO |
| *ertapenem* | 1 | PA; MO; QL (14 por 14 días) |
| *ethambutol* | 1 | MO |
| *gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml* | 1 | PA; MO |
| *gentamicin injection* | 1 | PA; MO |
| *gentamicin sulfate (ped) (pf)* | 1 | PA |
| *hydroxychloroquine oral tablet 200 mg* | 1 | MO |
| *imipenem-cilastatin* | 1 | PA; MO |
| IMPAVIDO | 1 | PA |
| *isoniazid injection* | 1 | |
| *isoniazid oral* | 1 | MO |
| *ivermectin oral tablet 3 mg* | 1 | PA; QL (20 por 30 días) |
| *ivermectin oral tablet 6 mg* | 1 | PA; QL (8 por 30 días) |
| *lincomycin* | 1 | PA |
| *linezolid in dextrose 5%* | 1 | PA; MO |
| *linezolid oral suspension for reconstitution* | 1 | MO |
| *linezolid oral tablet* | 1 | MO |
| *mefloquine* | 1 | MO |
| *meropenem intravenous recon soln 1 gram, 2 gram* | 1 | PA; QL (30 por 10 días) |
| *meropenem intravenous recon soln 500 mg* | 1 | PA; QL (10 por 10 días) |
| *metronidazole in nacl (iso-os)* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg* | 1 | MO |
| *neomycin* | 1 | MO |
| *nitazoxanide* | 1 | MO; QL (12 por 30 días) |
| *pentamidine inhalation* | 1 | B/D PA; MO; QL (1 por 28 días) |
| *pentamidine injection* | 1 | |
| *praziquantel* | 1 | MO |
| PRIFTIN | 1 | MO |
| PRIMAQUINE | 1 | MO |
| *pyrazinamide* | 1 | MO |
| *pyrimethamine* | 1 | PA; MO |
| *quinine sulfate* | 1 | MO |
| *rifabutin* | 1 | MO |
| *rifampin intravenous* | 1 | MO |
| *rifampin oral* | 1 | MO |
| SIRTURO | 1 | PA; LA |
| STREPTOMYCIN | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| *tigecycline* | 1 | PA; MO |
| *tinidazole* | 1 | MO |
| TOBI PODHALER | 1 | MO; QL (224 por 56 días) |
| *tobramycin in 0.225 % nacl* | 1 | PA; MO; QL (280 por 28 días) |
| *tobramycin inhalation* | 1 | PA; MO; QL (224 por 28 días) |
| *tobramycin sulfate injection recon soln* | 1 | PA; QL (9 por 14 días) |
| *tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml* | 1 | PA |
| *tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml* | 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) |
| *vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg* | 1 | QL (20 por 10 días) |
| *vancomycin intravenous recon soln 10 gram* | 1 | QL (2 por 10 días) |
| *vancomycin intravenous recon soln 5 gram* | 1 | QL (4 por 10 días) |
| *vancomycin intravenous recon soln 500 mg* | 1 | MO; QL (10 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *vancomycin intravenous recon soln 750 mg* | 1 | QL (27 por 10 días) |
| *vancomycin oral capsule 125 mg* | 1 | PA; MO; QL (40 por 10 días) |
| *vancomycin oral capsule 250 mg* | 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 | | |
| *abacavir* | 1 | MO |
| *abacavir-lamivudine* | 1 | MO |
| *acyclovir oral capsule* | 1 | MO |
| *acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml* | 1 | MO |
| *acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml (5 ml)* | 1 | |
| *acyclovir oral tablet* | 1 | MO |
| *acyclovir sodium intravenous solution* | 1 | B/D PA; MO |
| *adefovir* | 1 | MO |
| *amantadine hcl* | 1 | MO |
| APTIVUS | 1 | MO |
| *atazanavir* | 1 | MO |
| BARACLUDE ORAL SOLUTION | 1 | MO |
| BIKTARVY | 1 | MO |
| CABENUVA | 1 | MO |
| *cidofovir* | 1 | |
| CIMDUO | 1 | MO |
| *darunavir oral tablet 600 mg* | 1 | MO |
| *darunavir oral tablet 800 mg* | 1 | MO |
| DELSTRIGO | 1 | MO |
| DESCOVY | 1 | MO |
| DOVATO | 1 | MO |
| EDURANT | 1 | MO |
| EDURANT PED | 1 | MO |
| *efavirenz oral tablet* | 1 | MO |
| *efavirenz-emtricitabin-tenofov* | 1 | MO |
| *efavirenz-lamivu-tenofov disop* | 1 | MO |
| *emtricitabine* | 1 | MO |
| *emtricitabine-tenofovir (tdf)* | 1 | MO |
| *emtricita-rilpivirine-tenof df* | 1 | MO |
| EMTRIVA ORAL SOLUTION | 1 | MO |
| *entecavir* | 1 | MO |
| *etravirine* | 1 | MO |
| EVOTAZ | 1 | MO |
| *famciclovir* | 1 | MO |
| *fosamprenavir* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *ganciclovir sodium intravenous recon soln* | 1 | B/D PA; MO |
| *ganciclovir sodium intravenous solution* | 1 | B/D PA |
| GENVOYA | 1 | MO |
| IDVYNSO | 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 |
| LAGEVRIO (EUA) | 1 | QL (40 por 30 días) |
| *lamivudine* | 1 | MO |
| *lamivudine-zidovudine* | 1 | MO |
| LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR | 1 | PA; MO; QL (28 por 28 días) |
| LIVTENCITY | 1 | PA; LA; QL (120 por 30 días) |
| *lopinavir-ritonavir oral tablet* | 1 | MO |
| *maraviroc* | 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) |
| *nevirapine oral suspension* | 1 | MO |
| *nevirapine oral tablet* | 1 | MO |
| *nevirapine oral tablet extended release 24 hr* | 1 | MO |
| NORVIR ORAL POWDER IN PACKET | 1 | MO |
| ODEFSEY | 1 | MO |
| *oseltamivir* | 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 |
| PREVYMIS INTRAVENOUS | 1 | PA |
| PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| 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 |
| *ribavirin oral capsule* | 1 | MO |
| *ribavirin oral tablet 200 mg* | 1 | MO |
| *rilpivirine hcl* | 1 | MO |
| *rimantadine* | 1 | MO |
| *ritonavir* | 1 | MO |
| RUKOBIA | 1 | MO |
| SOFOSBUVIR-VELPATASVIR | 1 | PA; MO; QL (28 por 28 días) |
| STRIBILD | 1 | MO |
| SUNLENCA | 1 | |
| SYMTUZA | 1 | MO |
| *tenofovir disoproxil fumarate* | 1 | MO |
| TIVICAY ORAL TABLET 50 MG | 1 | MO |
| TIVICAY PD | 1 | MO |
| TRIUMEQ | 1 | MO |
| TRIUMEQ PD | 1 | MO |
| TROGARZO | 1 | MO; LA |
| *valacyclovir oral tablet 1 gram* | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| *valacyclovir oral tablet 500 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *valganciclovir oral recon soln* | 1 | MO |
| *valganciclovir oral tablet* | 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 |
| *zidovudine oral capsule* | 1 | MO |
| *zidovudine oral syrup* | 1 | MO |
| *zidovudine oral tablet* | 1 | MO |
| CEFALOSPORINAS | | |
| *cefaclor oral capsule* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *cefaclor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml* | 1 | |
| *cefadroxil oral capsule* | 1 | MO |
| *cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml* | 1 | MO |
| *cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml* | 1 | MO |
| *cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg* | 1 | MO |
| *cefazolin injection recon soln 100 gram, 300 gram* | 1 | |
| *cefazolin intravenous recon soln 10 gram* | 1 | |
| *cefdinir oral capsule* | 1 | MO |
| *cefdinir oral suspension for reconstitution* | 1 | MO |
| *cefepime in dextrose,iso-osm* | 1 | |
| *cefepime injection* | 1 | MO |
| *cefixime oral capsule* | 1 | MO |
| *cefixime oral suspension for reconstitution* | 1 | MO |
| *cefoxitin in dextrose, iso-osm* | 1 | PA |
| *cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 2 gram* | 1 | PA; MO |
| *cefoxitin intravenous recon soln 10 gram* | 1 | PA |
| *cefpodoxime* | 1 | MO |
| *cefprozil* | 1 | MO |
| *ceftaroline fosamil* | 1 | PA |
| *ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram* | 1 | PA; MO |
| *ceftazidime injection recon soln 6 gram* | 1 | PA |
| *ceftriaxone in dextrose,iso-os* | 1 | MO |
| *ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg* | 1 | MO |
| *ceftriaxone injection recon soln 10 gram* | 1 | |
| *ceftriaxone intravenous recon soln 2 gram* | 1 | MO |
| *cefuroxime axetil oral tablet* | 1 | MO |
| *cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg* | 1 | PA; MO |
| *cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram* | 1 | PA; MO |
| *cefuroxime sodium intravenous recon soln 7.5 gram* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg* | 1 | MO |
| *cephalexin oral suspension for reconstitution* | 1 | MO |
| *tazicef injection* | 1 | PA; MO |
| TEFLARO | 1 | PA; MO |
| ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS | | |
| *azithromycin intravenous* | 1 | PA; MO |
| *azithromycin oral suspension for reconstitution* | 1 | MO |
| *azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack)* | 1 | |
| *azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg* | 1 | MO |
| *clarithromycin* | 1 | MO |
| DIFICID ORAL TABLET | 1 | QL (20 por 10 días) |
| *ery-tab oral tablet,delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg* | 1 | MO |
| *erythromycin ethylsuccinate oral tablet* | 1 | |
| *erythromycin oral capsule,delayed release(dr/ec)* | 1 | |
| *erythromycin oral tablet* | 1 | MO |
| *erythromycin oral tablet,delayed release (dr/ec)* | 1 | MO |
| *fidaxomicin* | 1 | QL (20 por 10 días) |
| PENICILINAS | | |
| *amoxicillin oral capsule* | 1 | MO |
| *amoxicillin oral suspension for reconstitution* | 1 | MO |
| *amoxicillin oral tablet* | 1 | MO |
| *amoxicillin oral tablet,chewable 125 mg, 250 mg* | 1 | MO |
| *amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution* | 1 | MO |
| *amoxicillin-pot clavulanate oral tablet* | 1 | MO |
| *amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr* | 1 | MO |
| *amoxicillin-pot clavulanate oral tablet,chewable* | 1 | |
| *ampicillin oral capsule 500 mg* | 1 | MO |
| *ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *ampicillin sodium intravenous* | 1 | PA |
| *ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 3 gram* | 1 | PA; MO |
| *ampicillin-sulbactam injection recon soln 15 gram* | 1 | PA |
| *ampicillin-sulbactam intravenous recon soln 1.5 gram* | 1 | PA |
| AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125-31.25 MG/5 ML | 1 | MO |
| BICILLIN L-A | 1 | PA |
| *dicloxacillin* | 1 | MO |
| *nafcillin in dextrose iso-osm intravenous piggyback 2 gram/100 ml* | 1 | PA |
| *nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram* | 1 | PA; MO |
| *nafcillin injection recon soln 10 gram* | 1 | PA |
| *oxacillin in dextrose(iso-osm) intravenous piggyback 2 gram/50 ml* | 1 | PA |
| *oxacillin injection recon soln 1 gram, 10 gram* | 1 | PA |
| *oxacillin injection recon soln 2 gram* | 1 | PA; MO |
| PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS PIGGYBACK 2 MILLION UNIT/50 ML, 3 MILLION UNIT/50 ML | 1 | PA |
| *penicillin g potassium* | 1 | PA; MO |
| *penicillin g sodium* | 1 | PA; MO |
| *penicillin v potassium* | 1 | MO |
| *pfizerpen-g* | 1 | PA |
| *piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 13.5 gram, 40.5 gram* | 1 | |
| *piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram* | 1 | MO |
| QUINOLONAS | | |
| *ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg* | 1 | MO |
| *ciprofloxacin in 5 % dextrose* | 1 | PA; MO |
| *ciprofloxacin oral suspension,microcapsule recon 500 mg/5 ml* | 1 | |
| *levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml* | 1 | PA; MO |
| *levofloxacin oral solution* | 1 | MO |
| *levofloxacin oral tablet* | 1 | MO |
| *moxifloxacin oral* | 1 | MO |
| *moxifloxacin-sod.chloride(iso)* | 1 | PA; MO |
| SULFAMIDAS/AGENTES RELACIONADOS | | |
| *sulfadiazine* | 1 | MO |
| *sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous* | 1 | PA; MO |
| *sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension* | 1 | MO |
| *sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet* | 1 | MO |
| TETRACICLINAS | | |
| *demeclocycline* | 1 | MO |
| *doxy-100* | 1 | PA; MO |
| *doxycycline hyclate intravenous* | 1 | PA |
| *doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg* | 1 | MO |
| *doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg, 50 mg* | 1 | MO |
| *doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg* | 1 | MO |
| *doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution* | 1 | MO |
| *doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg* | 1 | MO |
| *minocycline oral capsule* | 1 | MO |
| *minocycline oral tablet* | 1 | MO |
| *mondoxyne nl oral capsule 100 mg* | 1 | |
| *tetracycline oral capsule* | 1 | MO |
| **CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS** | | |
| AGENTES ANTIARRÍTMICOS | | |
| *adenosine* | 1 | |
| *amiodarone intravenous solution* | 1 | |
| *amiodarone oral* | 1 | MO |
| *dofetilide* | 1 | MO |
| *flecainide* | 1 | MO |
| *ibutilide fumarate* | 1 | |
| *lidocaine (pf) intravenous* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *lidocaine in 5 % dextrose (pf) intravenous parenteral solution 4 mg/ml (0.4 %), 8 mg/ml (0.8 %)* | 1 | |
| *mexiletine* | 1 | MO |
| MULTAQ | 1 | MO |
| *pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg* | 1 | |
| *procainamide injection* | 1 | |
| *propafenone oral capsule,extended release 12 hr* | 1 | MO |
| *propafenone oral tablet* | 1 | MO |
| *quinidine sulfate oral tablet* | 1 | MO |
| *sotalol af* | 1 | |
| *sotalol oral* | 1 | MO |
| AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS | | |
| CAMZYOS | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| *digoxin oral solution* | 1 | MO |
| *digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)* | 1 | MO |
| *dobutamine* | 1 | B/D PA |
| *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)* | 1 | B/D PA |
| *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)* | 1 | B/D PA |
| *dopamine in 5 % dextrose intravenous solution 800 mg/250 ml (3,200 mcg/ml)* | 1 | B/D PA; MO |
| *dopamine intravenous solution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)* | 1 | B/D PA |
| *dopamine intravenous solution 400 mg/10 ml (40 mg/ml)* | 1 | B/D PA; MO |
| ENTRESTO SPRINKLE | 1 | QL (240 por 30 días) |
| *ivabradine* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *milrinone* | 1 | B/D PA |
| *milrinone in 5 % dextrose* | 1 | B/D PA |
| *norepinephrine bitartrate* | 1 | |
| *ranolazine* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *sacubitril-valsartan* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| VERQUVO | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| VYNDAMAX | 1 | PA; MO |
| AGENTES PARA REDUCIR LOS LÍPIDOS/EL COLESTEROL | | |
| *amlodipine-atorvastatin* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *atorvastatin* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *cholestyramine (with sugar)* | 1 | MO |
| *cholestyramine light* | 1 | MO |
| *colesevelam* | 1 | MO |
| *colestipol oral granules* | 1 | MO |
| *colestipol oral packet* | 1 | |
| *colestipol oral tablet* | 1 | MO |
| *ezetimibe* | 1 | MO |
| *ezetimibe-simvastatin* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg* | 1 | MO |
| *fenofibrate nanocrystallized* | 1 | MO |
| *fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg* | 1 | MO |
| *fenofibric acid* | 1 | |
| *fenofibric acid (choline)* | 1 | MO |
| *fluvastatin oral capsule 20 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *fluvastatin oral capsule 40 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *gemfibrozil* | 1 | MO |
| *icosapent ethyl* | 1 | MO |
| *lovastatin oral tablet 10 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| NEXLETOL | 1 | PA; MO |
| NEXLIZET | 1 | PA; MO |
| *niacin oral tablet 500 mg* | 1 | MO |
| *niacin oral tablet extended release 24 hr* | 1 | MO |
| *omega-3 acid ethyl esters* | 1 | MO |
| *pitavastatin calcium* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *pravastatin* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *prevalite oral powder in packet* | 1 | MO |
| REPATHA | 1 | PA; QL (6 por 28 días) |
| REPATHA SURECLICK | 1 | PA; QL (6 por 28 días) |
| *rosuvastatin* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *simvastatin* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| NITRATOS | | |
| *isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *isosorbide mononitrate* | 1 | MO |
| *nitro-bid* | 1 | MO |
| *nitroglycerin sublingual* | 1 | MO |
| *nitroglycerin transdermal ointment* | 1 | |
| *nitroglycerin transdermal patch 24 hour* | 1 | MO |
| *nitroglycerin translingual* | 1 | MO |
| TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO | | |
| *acebutolol* | 1 | MO |
| *aliskiren* | 1 | MO |
| *amiloride* | 1 | MO |
| *amiloride-hydrochlorothiazide* | 1 | |
| *amlodipine* | 1 | MO |
| *amlodipine-benazepril* | 1 | MO |
| *amlodipine-olmesartan* | 1 | MO |
| *amlodipine-valsartan* | 1 | MO |
| *amlodipine-valsartan-hcthiazid* | 1 | MO |
| *atenolol* | 1 | MO |
| *atenolol-chlorthalidone* | 1 | MO |
| *azilsartan medoxomil* | 1 | MO |
| *benazepril* | 1 | MO |
| *benazepril-hydrochlorothiazide* | 1 | MO |
| *betaxolol oral* | 1 | MO |
| *bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg* | 1 | MO |
| *bisoprolol-hydrochlorothiazide* | 1 | MO |
| *bumetanide injection* | 1 | |
| *bumetanide oral* | 1 | MO |
| *candesartan* | 1 | MO |
| *candesartan-hydrochlorothiazid* | 1 | MO |
| *captopril* | 1 | MO |
| *captopril-hydrochlorothiazide* | 1 | |
| *cartia xt* | 1 | MO |
| *carvedilol* | 1 | MO |
| *chlorothiazide sodium* | 1 | |
| *chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg* | 1 | MO |
| *clonidine transdermal patch* | 1 | MO; QL (4 por 28 días) |
| *clonidine (pf) epidural solution 1,000 mcg/10 ml (100 mcg/ml)* | 1 | |
| *clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg* | 1 | MO |
| *diltiazem hcl intravenous solution* | 1 | |
| *diltiazem hcl oral capsule,ext.rel 24h degradable* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr* | 1 | MO |
| *diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr* | 1 | |
| *diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr* | 1 | MO |
| *diltiazem hcl oral tablet* | 1 | MO |
| *diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 240 mg, 300 mg* | 1 | MO |
| *diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 360 mg, 420 mg* | 1 | |
| *dilt-xr* | 1 | MO |
| *doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *doxazosin oral tablet 8 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| EDARBI | 1 | MO |
| EDARBYCLOR | 1 | MO |
| *enalapril maleate oral tablet* | 1 | MO |
| *enalaprilat intravenous solution* | 1 | |
| *enalapril-hydrochlorothiazide* | 1 | MO |
| *eplerenone* | 1 | MO |
| *esmolol intravenous solution* | 1 | |
| *ethacrynate sodium* | 1 | |
| *felodipine* | 1 | MO |
| *fosinopril* | 1 | MO |
| *fosinopril-hydrochlorothiazide* | 1 | MO |
| *furosemide injection* | 1 | |
| *furosemide oral solution* | 1 | MO |
| *furosemide oral tablet* | 1 | MO |
| *hydralazine injection* | 1 | |
| *hydralazine oral* | 1 | MO |
| *hydrochlorothiazide* | 1 | MO |
| *indapamide* | 1 | MO |
| *irbesartan* | 1 | MO |
| *irbesartan-hydrochlorothiazide* | 1 | MO |
| *isosorbide-hydralazine* | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| *isradipine* | 1 | |
| KERENDIA | 1 | PA; QL (30 por 30 días) |
| *labetalol intravenous solution* | 1 | |
| *labetalol intravenous syringe 20 mg/4 ml (5 mg/ml)* | 1 | |
| *labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg* | 1 | MO |
| *lisinopril* | 1 | MO |
| *lisinopril-hydrochlorothiazide* | 1 | MO |
| *losartan* | 1 | MO |
| *losartan-hydrochlorothiazide* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *mannitol 20 %* | 1 | |
| *mannitol 25 % intravenous solution* | 1 | |
| *matzim la* | 1 | MO |
| *metolazone* | 1 | MO |
| *metoprolol succinate* | 1 | MO |
| *metoprolol ta-hydrochlorothiaz* | 1 | MO |
| *metoprolol tartrate intravenous* | 1 | |
| *metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg* | 1 | MO |
| *metyrosine* | 1 | PA; MO |
| *minoxidil oral* | 1 | MO |
| *moexipril* | 1 | MO |
| *nadolol* | 1 | MO |
| *nebivolol* | 1 | MO |
| *nicardipine intravenous solution* | 1 | |
| *nicardipine oral* | 1 | MO |
| *nifedipine oral tablet extended release* | 1 | MO |
| *nifedipine oral tablet extended release 24hr* | 1 | MO |
| *nimodipine oral capsule* | 1 | MO |
| *olmesartan* | 1 | MO |
| *olmesartan-amlodipin-hcthiazid* | 1 | MO |
| *olmesartan-hydrochlorothiazide* | 1 | MO |
| *osmitrol 20 %* | 1 | |
| *perindopril erbumine* | 1 | MO |
| *phentolamine* | 1 | |
| *pindolol* | 1 | MO |
| *prazosin* | 1 | MO |
| *propranolol intravenous* | 1 | |
| *propranolol oral capsule,extended release 24 hr* | 1 | MO |
| *propranolol oral solution* | 1 | MO |
| *propranolol oral tablet* | 1 | MO |
| *quinapril* | 1 | MO |
| *quinapril-hydrochlorothiazide* | 1 | MO |
| *ramipril* | 1 | MO |
| *spironolactone oral tablet* | 1 | MO |
| *spironolacton-hydrochlorothiaz* | 1 | MO |
| *telmisartan* | 1 | MO |
| *telmisartan-amlodipine* | 1 | |
| *telmisartan-hydrochlorothiazid* | 1 | MO |
| *terazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *terazosin oral capsule 10 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *tiadylt er* | 1 | MO |
| *timolol maleate oral tablet 10 mg* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *timolol maleate oral tablet 20 mg, 5 mg* | 1 | MO |
| *torsemide oral* | 1 | MO |
| *trandolapril* | 1 | MO |
| *trandolapril-verapamil* | 1 | MO |
| *treprostinil sodium* | 1 | PA; MO; LA |
| *triamterene-hydrochlorothiazid* | 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) |
| *valsartan oral tablet* | 1 | MO |
| *valsartan-hydrochlorothiazide* | 1 | MO |
| *veletri* | 1 | B/D PA; MO |
| *verapamil intravenous solution* | 1 | |
| *verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct* | 1 | MO |
| *verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr* | 1 | MO |
| *verapamil oral tablet* | 1 | MO |
| *verapamil oral tablet extended release* | 1 | MO |
| TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN | | |
| *aminocaproic acid intravenous* | 1 | MO |
| *aminocaproic acid oral* | 1 | MO |
| *aspirin-dipyridamole* | 1 | MO |
| CABLIVI INJECTION KIT | 1 | PA; LA |
| CEPROTIN (BLUE BAR) | 1 | PA; MO |
| CEPROTIN (GREEN BAR) | 1 | PA; MO |
| *cilostazol* | 1 | MO |
| *clopidogrel oral tablet 300 mg* | 1 | |
| *clopidogrel oral tablet 75 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *dabigatran etexilate* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *dipyridamole intravenous* | 1 | |
| *dipyridamole oral* | 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 |
| DOPTELET SPRINKLE | 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) |
| 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 | MO; QL (420 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG (0.5 MG X 4) | 1 | MO; QL (560 por 28 días) |
| ELIQUIS SPRINKLE | 1 | QL (70 por 28 días) |
| *eltrombopag olamine* | 1 | PA; MO |
| *enoxaparin subcutaneous solution* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml* | 1 | MO; QL (56 por 28 días) |
| *enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml* | 1 | MO; QL (44.8 por 28 días) |
| *enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml* | 1 | MO; QL (16.8 por 28 días) |
| *enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml* | 1 | MO; QL (22.4 por 28 días) |
| *enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml* | 1 | MO; QL (33.6 por 28 días) |
| *fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml* | 1 | MO |
| *fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml* | 1 | MO |
| *heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 20,000 unit/500 ml (40 unit/ml)* | 1 | |
| *heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)* | 1 | MO |
| *heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 1,000 unit/500 ml* | 1 | MO |
| *heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 2,000 unit/1,000 ml* | 1 | |
| *heparin (porcine) injection solution* | 1 | MO |
| *heparin (porcine) injection syringe 5,000 unit/ml* | 1 | |
| HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 12,500 UNIT/250 ML | 1 | |
| *heparin(porcine) in 0.45% nacl intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml, 25,000 unit/500 ml* | 1 | MO |
| *heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *heparin, porcine (pf) injection solution 5,000 unit/0.5 ml* | 1 | MO |
| HEPARIN, PORCINE (PF) INJECTION SYRINGE | 1 | MO |
| *jantoven* | 1 | |
| *pentoxifylline* | 1 | MO |
| *prasugrel hcl* | 1 | MO |
| *protamine* | 1 | |
| *rivaroxaban oral suspension for reconstitution* | 1 | MO; QL (775 por 28 días) |
| *rivaroxaban oral tablet* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *ticagrelor* | 1 | MO |
| *warfarin* | 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 | | |
| *alosetron oral tablet 0.5 mg* | 1 | PA; MO |
| *alosetron oral tablet 1 mg* | 1 | PA; MO |
| *aprepitant* | 1 | B/D PA; MO |
| *balsalazide* | 1 | MO |
| *betaine* | 1 | MO |
| *budesonide oral capsule,delayed,extend.release* | 1 | MO |
| *budesonide oral tablet,delayed and ext.release* | 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 (4 por 28 días) |
| CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) | 1 | PA; MO; QL (2 por 28 días) |
| CINVANTI | 1 | MO |
| *compro* | 1 | MO |
| *constulose* | 1 | MO |
| CORTIFOAM | 1 | MO |
| CREON | 1 | MO |
| *cromolyn oral* | 1 | MO |
| *dimenhydrinate injection solution* | 1 | MO |
| *dronabinol oral capsule* | 1 | PA; MO |
| *droperidol injection solution* | 1 | |
| *enulose* | 1 | MO |
| *fosaprepitant* | 1 | MO |
| GATTEX 30-VIAL | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| GATTEX ONE-VIAL | 1 | PA; MO |
| *gavilyte-c* | 1 | MO |
| *gavilyte-g* | 1 | MO |
| *gavilyte-n* | 1 | MO |
| *generlac* | 1 | MO |
| *granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)* | 1 | MO |
| *granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml* | 1 | MO |
| *granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)* | 1 | |
| *granisetron hcl oral* | 1 | B/D PA; MO |
| *hydrocortisone rectal* | 1 | MO |
| *hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %* | 1 | MO |
| *hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %* | 1 | |
| INFLIXIMAB | 1 | PA; QL (20 por 28 días) |
| *lactulose oral solution* | 1 | MO |
| LINZESS | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| LIVDELZI | 1 | PA; QL (30 por 30 días) |
| *lubiprostone* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg* | 1 | MO |
| *mesalamine* | 1 | MO |
| *mesalamine with cleansing wipe* | 1 | MO |
| *metoclopramide hcl injection* | 1 | |
| *metoclopramide hcl oral solution* | 1 | MO |
| *metoclopramide hcl oral tablet* | 1 | MO |
| *nitroglycerin rectal* | 1 | MO |
| *ondansetron hcl (pf) injection solution* | 1 | MO |
| *ondansetron hcl (pf) injection syringe* | 1 | |
| *ondansetron hcl intravenous* | 1 | MO |
| *ondansetron hcl oral solution* | 1 | B/D PA; MO |
| *ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg* | 1 | B/D PA; MO |
| *ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg* | 1 | B/D PA; MO |
| *palonosetron intravenous solution 0.25 mg/5 ml* | 1 | MO |
| *palonosetron intravenous syringe* | 1 | |
| *peg 3350-electrolytes* | 1 | |
| *peg-electrolyte* | 1 | MO |
| *prochlorperazine* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)* | 1 | MO |
| *prochlorperazine maleate oral* | 1 | MO |
| *procto-med hc* | 1 | MO |
| *proctosol hc topical* | 1 | MO |
| *proctozone-hc* | 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) |
| *scopolamine base* | 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) |
| *sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram* | 1 | MO |
| *sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)* | 1 | |
| SUCRAID | 1 | PA |
| *sulfasalazine* | 1 | MO |
| SYMPROIC | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| TRULANCE | 1 | QL (30 por 30 días) |
| *ursodiol oral capsule 300 mg* | 1 | MO |
| *ursodiol oral tablet* | 1 | MO |
| VARUBI | 1 | B/D PA |
| VIBERZI | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| VOWST | 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 10/16/2026.

| 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 | | |
| *dicyclomine intramuscular* | 1 | MO |
| *dicyclomine oral capsule* | 1 | MO |
| *dicyclomine oral solution* | 1 | MO |
| *dicyclomine oral tablet 20 mg* | 1 | MO |
| *diphenoxylate-atropine oral liquid* | 1 | MO |
| *diphenoxylate-atropine oral tablet* | 1 | MO |
| *glycopyrrolate (pf) in water intravenous syringe 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)* | 1 | |
| *glycopyrrolate (pf) injection syringe 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)* | 1 | MO |
| *glycopyrrolate injection* | 1 | MO |
| *glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg* | 1 | MO |
| *loperamide oral capsule* | 1 | MO |
| *opium tincture* | 1 | |
| TRATAMIENTO DE ÚLCERAS | | |
| *esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *esomeprazole sodium* | 1 | MO |
| *famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml* | 1 | MO |
| *famotidine (pf)-nacl (iso-os)* | 1 | MO |
| *famotidine intravenous solution 10 mg/ml* | 1 | MO |
| *famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg* | 1 | MO |
| *lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *misoprostol* | 1 | MO |
| *omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *pantoprazole intravenous* | 1 | MO |
| *pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 40 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *sucralfate oral suspension* | 1 | MO |
| *sucralfate oral tablet* | 1 | MO |
| **IMMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA** | | |
| MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS | | |
| ACTIMMUNE | 1 | PA; MO |
| ARCALYST | 1 | PA |
| 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 |
| BESREMI PEN | 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) |
| 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) |
| *plerixafor* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| 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 |
| 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 INTRAMUSCULAR SYRINGE | 1 | V |
| DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) | 1 | |
| DENGVAXIA (PF) | 1 | |
| ENGERIX-B (PF) | 1 | B/D PA; V |
| ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) | 1 | B/D PA; V |
| *fomepizole* | 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 | |
| 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 | |

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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| 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 | 1 | |
| ROTATEQ VACCINE | 1 | |
| SHINGRIX (PF) | 1 | V; QL (2 por 720 días) |
| 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 INTRAMUSCULAR SYRINGE | 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 |
| VARIZIG | 1 | |
| VAXCHORA VACCINE | 1 | V |
| VIMKUNYA (PF) | 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 |
| *dexrazoxane hcl* | 1 | B/D PA; MO |
| ELITEK | 1 | MO |
| KHAPZORY | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *leucovorin calcium oral* | 1 | MO |
| *levoleucovorin calcium intravenous solution* | 1 | B/D PA |
| *mesna intravenous* | 1 | B/D PA; MO |
| *mesna oral* | 1 | MO |
| WYOST | 1 | B/D PA; MO |
| MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES | | |
| *abiraterone oral tablet 250 mg* | 1 | PA; MO; QL (120 por 30 días) |
| *abiraterone oral tablet 500 mg* | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| *abirtega* | 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) |
| *anastrozole* | 1 | MO |
| ANKTIVA | 1 | PA; MO |
| *arsenic trioxide intravenous solution 1 mg/ml* | 1 | B/D PA |
| *arsenic trioxide intravenous solution 2 mg/ml* | 1 | B/D PA; MO |
| ASPARLAS | 1 | PA |
| AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG | 1 | PA; QL (60 por 30 días) |
| 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) |
| *azacitidine* | 1 | B/D PA; MO |
| *azathioprine oral tablet 50 mg* | 1 | B/D PA; MO |
| *azathioprine sodium* | 1 | B/D PA |
| BALVERSA | 1 | PA; LA |
| BAVENCIO | 1 | B/D PA; LA |
| BEIZRAY-ALBUMIN | 1 | B/D PA |
| BELEODAQ | 1 | B/D PA |
| *bendamustine intravenous recon soln* | 1 | B/D PA; MO |
| BENDEKA | 1 | B/D PA; MO |
| BESPONSA | 1 | B/D PA; MO; LA |
| *bexarotene* | 1 | PA; MO |
| *bicalutamide* | 1 | MO |
| BIZENGRI | 1 | PA |
| BLENREP | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *bleomycin* | 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 |
| *bortezomib injection recon soln 3.5 mg* | 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) |
| *bosutinib oral tablet 100 mg* | 1 | PA; MO; QL (90 por 30 días) |
| *bosutinib 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) |
| *busulfan* | 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) |
| *carboplatin intravenous solution* | 1 | B/D PA; MO |
| *carmustine intravenous recon soln 100 mg* | 1 | B/D PA; MO |
| CAVHANZA | 1 | PA; LA; QL (112 por 28 días) |
| *cisplatin intravenous solution* | 1 | B/D PA; MO |
| *cladribine* | 1 | B/D PA; MO |
| *clofarabine* | 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) |

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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| COTELLIC | 1 | PA; MO; LA; QL (63 por 28 días) |
| *cyclophosphamide intravenous recon soln* | 1 | B/D PA; MO |
| *cyclophosphamide oral capsule* | 1 | B/D PA; MO |
| CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG | 1 | B/D PA; MO |
| *cyclosporine modified* | 1 | B/D PA; MO |
| *cyclosporine oral capsule* | 1 | B/D PA; MO |
| CYRAMZA | 1 | B/D PA; MO |
| *cytarabine* | 1 | B/D PA; MO |
| *cytarabine (pf) injection solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml)* | 1 | B/D PA; MO |
| *cytarabine (pf) injection solution 20 mg/ml* | 1 | B/D PA |
| *dacarbazine* | 1 | B/D PA; MO |
| *dactinomycin* | 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 |
| DARZALEX FASPRO | 1 | B/D PA; MO |
| *dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 80 mg* | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| *dasatinib oral tablet 20 mg* | 1 | PA; MO; QL (90 por 30 días) |
| *dasatinib oral tablet 70 mg* | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| DATROWAY | 1 | PA; MO |
| *daunorubicin* | 1 | B/D PA |
| DAURISMO ORAL TABLET 100 MG | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| DAURISMO ORAL TABLET 25 MG | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| *decitabine* | 1 | B/D PA; MO |
| DECNUPAZ | 1 | PA |
| *docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)* | 1 | B/D PA |
| *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)* | 1 | B/D PA; MO |
| *doxorubicin intravenous recon soln* | 1 | B/D PA; MO |
| *doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml* | 1 | B/D PA; MO |
| *doxorubicin intravenous solution 2 mg/ml* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *doxorubicin, peg-liposomal* | 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 |
| 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) |
| ENVARSUS XR | 1 | B/D PA; MO |
| EPKINLY | 1 | PA |
| ERBITUX | 1 | B/D PA; MO |
| *eribulin* | 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) |
| *erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg* | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| *erlotinib oral tablet 25 mg* | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| ETOPOPHOS | 1 | B/D PA; MO |
| *etoposide intravenous* | 1 | B/D PA; MO |
| EULEXIN | 1 | |
| *everolimus (antineoplastic) oral tablet* | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| *everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg* | 1 | PA; MO; QL (150 por 30 días) |
| *everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg* | 1 | PA; MO; QL (90 por 30 días) |
| *everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 5 mg* | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| *everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg* | 1 | B/D PA; MO |
| *everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg* | 1 | B/D PA; MO |
| *exemestane* | 1 | MO |
| FAVLYXA | 1 | B/D PA |
| FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG | 1 | PA; MO |
| *floxuridine* | 1 | B/D PA |
| *fludarabine intravenous recon soln* | 1 | B/D PA; MO |
| *fludarabine intravenous solution* | 1 | B/D PA |
| *fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 500 mg/10 ml* | 1 | B/D PA; MO |
| *fluorouracil intravenous solution 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml* | 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) |
| *fulvestrant* | 1 | B/D PA; MO |
| FYARRO | 1 | PA |
| GAVRETO | 1 | PA; LA; QL (120 por 30 días) |
| GAZYVA | 1 | B/D PA; MO |
| *gefitinib* | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| *gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 200 mg* | 1 | B/D PA; MO |
| *gemcitabine intravenous recon soln 2 gram* | 1 | B/D PA |
| *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)* | 1 | B/D PA; MO |
| *gengraf oral capsule* | 1 | B/D PA; MO |
| GILOTRIF | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG | 1 | |
| GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG | 1 | |
| 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) |
| *hydroxyurea* | 1 | MO |
| HYRNUO | 1 | PA; 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| IBRANCE ORAL CAPSULE 125 MG | 1 | PA; MO; QL (21 por 28 días) |
| IBRANCE ORAL TABLET | 1 | PA; MO; QL (21 por 28 días) |
| IBTROZI | 1 | PA; QL (90 por 30 días) |
| ICLUSIG | 1 | PA; QL (30 por 30 días) |
| *idarubicin* | 1 | B/D PA; MO |
| IDHIFA | 1 | PA; MO; LA; QL (30 por 30 días) |
| *ifosfamide intravenous recon soln* | 1 | B/D PA; MO |
| *ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml* | 1 | B/D PA; MO |
| *ifosfamide intravenous solution 3 gram/60 ml* | 1 | B/D PA |
| *imatinib oral tablet 100 mg* | 1 | PA; MO; QL (180 por 30 días) |
| *imatinib oral tablet 400 mg* | 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 (28 por 28 días) |
| IMBRUVICA ORAL SUSPENSION | 1 | PA; QL (324 por 30 días) |
| IMBRUVICA ORAL TABLET | 1 | PA; QL (28 por 28 días) |
| IMDELLTRA | 1 | PA; MO |
| IMFINZI | 1 | B/D PA; MO; LA |
| 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) |
| *irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml* | 1 | B/D PA; MO |
| *irinotecan intravenous solution 300 mg/15 ml, 500 mg/25 ml* | 1 | B/D PA |
| *irinotecan intravenous solution 40 mg/2 ml* | 1 | B/D PA; MO |
| ISTODAX | 1 | B/D PA; MO |
| ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| IWILFIN | 1 | PA; LA; QL (240 por 30 días) |
| IXEMPRA | 1 | B/D PA; MO |
| JAKAFI | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| JAKAFI XR | 1 | PA; MO; QL (30 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 |
| JIDEYTRO ORAL TABLET 100 MG | 1 | PA; LA; QL (30 por 30 días) |
| JIDEYTRO ORAL TABLET 25 MG | 1 | PA; LA; QL (90 por 30 días) |
| 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; MO |
| *lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml* | 1 | PA; MO |
| *lapatinib* | 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) |
| *lenalidomide* | 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) |

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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 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) |
| *letrozole* | 1 | MO |
| LEUKERAN | 1 | MO |
| *leuprolide subcutaneous kit* | 1 | PA; MO |
| LIBTAYO | 1 | PA; LA |
| LIFYORLI ORAL CAPSULE 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X3), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X9) | 1 | PA; LA; QL (18 por 28 días) |
| LIFYORLI ORAL CAPSULE 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X2), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X3), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X9) | 1 | PA; LA; QL (27 por 28 días) |
| *lomustine oral capsule 10 mg* | 1 | |
| *lomustine oral capsule 100 mg, 40 mg* | 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 |
| LUNSUMIO VELO | 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) |
| 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) |

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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| MATULANE | 1 | |
| *megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml)* | 1 | PA |
| *megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)* | 1 | PA; MO |
| *megestrol oral suspension 625 mg/5 ml (125 mg/ml)* | 1 | PA; MO |
| *megestrol oral tablet* | 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) |
| *melphalan hcl* | 1 | B/D PA |
| *mercaptopurine oral suspension* | 1 | MO |
| *mercaptopurine oral tablet* | 1 | MO |
| *methotrexate sodium* | 1 | B/D PA; MO |
| *methotrexate sodium (pf) injection recon soln* | 1 | B/D PA |
| *methotrexate sodium (pf) injection solution* | 1 | B/D PA; MO |
| *mitomycin intravenous recon soln 20 mg* | 1 | B/D PA; MO |
| *mitomycin intravenous recon soln 40 mg* | 1 | B/D PA; MO |
| *mitomycin intravenous recon soln 5 mg* | 1 | B/D PA |
| *mitoxantrone* | 1 | B/D PA; MO |
| MODEYSO | 1 | PA; QL (20 por 28 días) |
| MONJUVI | 1 | PA; LA |
| *mycophenolate mofetil (hcl)* | 1 | B/D PA; MO |
| *mycophenolate mofetil oral capsule* | 1 | B/D PA; MO |
| *mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution* | 1 | B/D PA; MO |
| *mycophenolate mofetil oral tablet* | 1 | B/D PA; MO |
| *mycophenolate sodium* | 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 |
| *nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg* | 1 | PA; MO; QL (112 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *nilotinib hcl oral capsule 50 mg* | 1 | PA; MO; QL (120 por 30 días) |
| *nilutamide* | 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 |
| *octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml* | 1 | PA; MO |
| *octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml* | 1 | PA; MO |
| *octreotide acetate injection syringe* | 1 | PA; MO |
| *octreotide,microspheres* | 1 | PA |
| 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) |
| 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) |
| *oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg* | 1 | B/D PA |
| *oxaliplatin intravenous recon soln 50 mg* | 1 | B/D PA; MO |
| *oxaliplatin intravenous solution* | 1 | B/D PA; MO |
| *paclitaxel* | 1 | B/D PA; MO |
| *paclitaxel protein-bound* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| PADCEV | 1 | PA; MO |
| *pazopanib oral tablet 200 mg* | 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) |
| *pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg* | 1 | B/D PA; MO |
| *pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg* | 1 | B/D PA; MO |
| *pemetrexed disodium intravenous recon soln 750 mg* | 1 | B/D PA |
| PERJETA | 1 | B/D PA; MO |
| 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 |
| *pomalidomide* | 1 | PA; MO; QL (21 por 28 días) |
| POTELIGEO | 1 | PA |
| *pralatrexate intravenous solution 20 mg/ml (1 ml)* | 1 | B/D PA; MO |
| PRALATREXATE INTRAVENOUS SOLUTION 40 MG/2 ML (20 MG/ML) | 1 | B/D PA; MO |
| PROGRAF INTRAVENOUS | 1 | B/D PA |
| 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) |
| REZLIDHIA | 1 | PA; QL (60 por 30 días) |
| REZUROCK | 1 | PA; LA; QL (30 por 30 días) |
| *romidepsin intravenous recon soln* | 1 | B/D PA |
| *romidepsin intravenous solution* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| 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 |
| RYBREVANT FASPRO | 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 REL RECON 10 MG | 1 | PA; MO |
| SARCLISA | 1 | PA; LA |
| SARCLISA ESCENA | 1 | PA |
| 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 |
| *sirolimus* | 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 |
| *sorafenib* | 1 | PA; MO; QL (120 por 30 días) |
| STIVARGA | 1 | PA; MO; QL (84 por 28 días) |
| *sunitinib malate* | 1 | PA; MO; QL (28 por 28 días) |
| SYLVANT | 1 | B/D PA; MO |
| TABLOID | 1 | MO |
| TABRECTA | 1 | PA; MO |
| *tacrolimus oral capsule* | 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) |
| TAGRISSO | 1 | PA; MO; LA; QL (30 por 30 días) |
| TALVEY | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| TALZENNA | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| *tamoxifen* | 1 | MO |
| TECENTRIQ | 1 | B/D PA; MO; LA |
| TECENTRIQ HYBREZA | 1 | B/D PA; MO; LA |
| TECVAYLI | 1 | PA |
| TEMODAR | 1 | B/D PA; MO |
| *temsirolimus* | 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) |
| *thiotepa injection recon soln 100 mg* | 1 | B/D PA |
| *thiotepa injection recon soln 15 mg* | 1 | B/D PA; MO |
| TIBSOVO | 1 | PA |
| TIVDAK | 1 | PA; MO |
| *topotecan* | 1 | B/D PA; MO |
| *toremifene* | 1 | MO |
| *torpenz* | 1 | PA; QL (30 por 30 días) |
| TRAZIMERA | 1 | B/D PA; MO |
| TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION | 1 | PA; MO |
| *tretinoin (antineoplastic)* | 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 |
| UNLOXCYT | 1 | PA |
| *valrubicin* | 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) |
| VENCLEXTA STARTING PACK | 1 | PA; LA; QL (42 por 180 días) |
| VEPPANU | 1 | PA; QL (30 por 30 días) |
| VERZENIO | 1 | PA; MO; LA; 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *vinblastine* | 1 | B/D PA; MO |
| *vincristine* | 1 | B/D PA; MO |
| *vinorelbine* | 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) |
| 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) |
| 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 ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (10 MG X 4), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (80 MG X 1), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) | 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 |
| *yulithira* | 1 | PA; QL (30 por 30 días) |
| ZALTRAP | 1 | B/D PA; MO |
| ZEJULA | 1 | PA; MO; LA; QL (30 por 30 días) |
| ZELBORAF | 1 | PA; MO; QL (224 por 28 días) |
| ZENBEXUS | 1 | PA; MO; QL (21 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| 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) |
| 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 | | |
| *benztropine injection* | 1 | |
| *benztropine oral* | 1 | PA; MO |
| *bromocriptine* | 1 | MO |
| *carbidopa* | 1 | MO |
| *carbidopa-levodopa oral tablet* | 1 | MO |
| *carbidopa-levodopa oral tablet extended release* | 1 | MO |
| *carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating* | 1 | MO |
| *carbidopa-levodopa-entacapone* | 1 | MO |
| *entacapone* | 1 | MO |
| INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE | 1 | PA; QL (300 por 30 días) |
| NEUPRO | 1 | MO |
| *pramipexole oral tablet* | 1 | MO |
| *rasagiline* | 1 | MO |
| *ropinirole oral tablet* | 1 | MO |
| *ropinirole oral tablet extended release 24 hr* | 1 | MO |
| *selegiline hcl* | 1 | MO |
| *trihexyphenidyl oral tablet* | 1 | MO |
| ANALGÉSICOS NARCÓTICOS | | |
| *acetaminophen-codeine oral solution 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 300 mg-30 mg /12.5 ml* | 1 | QL (4500 por 30 días) |
| *acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml* | 1 | MO; QL (4500 por 30 días) |
| *acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg* | 1 | MO; QL (360 por 30 días) |
| *acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg* | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| BELBUCA | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| *buprenorphine hcl injection syringe* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *buprenorphine hcl sublingual* | 1 | MO |
| *buprenorphine transdermal patch* | 1 | PA; MO; QL (4 por 28 días) |
| *endocet* | 1 | QL (360 por 30 días) |
| *fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr* | 1 | PA; QL (10 por 30 días) |
| *hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml* | 1 | QL (5550 por 30 días) |
| *hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg* | 1 | QL (360 por 30 días) |
| *hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg* | 1 | QL (50 por 30 días) |
| *hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml, 2 mg/ml* | 1 | |
| *hydromorphone injection solution 2 mg/ml* | 1 | |
| *hydromorphone injection syringe 1 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml* | 1 | |
| *hydromorphone oral liquid* | 1 | QL (2400 por 30 días) |
| *hydromorphone oral tablet* | 1 | QL (180 por 30 días) |
| *hydromorphone oral tablet extended release 24 hr* | 1 | PA; QL (60 por 30 días) |
| *methadone injection solution* | 1 | |
| *methadone intensol* | 1 | PA; QL (90 por 30 días) |
| *methadone oral concentrate* | 1 | PA; QL (90 por 30 días) |
| *methadone oral solution 10 mg/5 ml* | 1 | PA; QL (600 por 30 días) |
| *methadone oral solution 5 mg/5 ml* | 1 | PA; QL (1200 por 30 días) |
| *methadone oral tablet 10 mg* | 1 | PA; QL (120 por 30 días) |
| *methadone oral tablet 5 mg* | 1 | PA; QL (240 por 30 días) |
| *methadose oral concentrate* | 1 | PA; QL (90 por 30 días) |
| *morphine (pf) injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml* | 1 | |
| *morphine concentrate oral solution* | 1 | QL (900 por 30 días) |
| *morphine injection syringe 4 mg/ml* | 1 | |
| *morphine intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml* | 1 | |
| *morphine intravenous syringe 2 mg/ml, 4 mg/ml* | 1 | |
| *morphine oral solution* | 1 | QL (900 por 30 días) |
| *morphine oral tablet* | 1 | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *morphine oral tablet extended release* | 1 | PA; QL (120 por 30 días) |
| *oxycodone oral capsule* | 1 | QL (360 por 30 días) |
| *oxycodone oral concentrate* | 1 | QL (180 por 30 días) |
| *oxycodone oral solution* | 1 | QL (1200 por 30 días) |
| *oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg* | 1 | QL (180 por 30 días) |
| *oxycodone oral tablet 5 mg* | 1 | QL (360 por 30 días) |
| *oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg* | 1 | QL (360 por 30 días) |
| SUBLOCADE | 1 | MO |
| ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS | | |
| *buprenorphine-naloxone sublingual film* | 1 | MO |
| *buprenorphine-naloxone sublingual tablet* | 1 | MO |
| *butorphanol injection* | 1 | MO |
| *butorphanol nasal* | 1 | MO; QL (10 por 28 días) |
| *celecoxib* | 1 | MO |
| *clonidine (pf) epidural solution 5,000 mcg/10 ml* | 1 | |
| *diclofenac potassium oral tablet 50 mg* | 1 | MO |
| *diclofenac sodium oral* | 1 | MO |
| *diclofenac sodium topical drops* | 1 | MO; QL (300 por 28 días) |
| *diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump* | 1 | MO; QL (224 por 28 días) |
| *diclofenac-misoprostol* | 1 | MO |
| *diflunisal* | 1 | MO |
| *etodolac oral capsule* | 1 | MO |
| *etodolac oral tablet* | 1 | MO |
| *etodolac oral tablet extended release 24 hr* | 1 | MO |
| *flurbiprofen oral tablet 100 mg* | 1 | MO |
| *ibu* | 1 | MO |
| *ibuprofen oral suspension* | 1 | MO |
| *ibuprofen oral tablet 400 mg, 800 mg* | 1 | MO |
| *ibuprofen oral tablet 600 mg* | 1 | |
| JOURNAVX | 1 | MO; QL (30 por 90 días) |
| KLOXXADO | 1 | MO |
| *lurbiro* | 1 | |
| *meloxicam oral tablet* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *nabumetone* | 1 | MO |
| *nalbuphine* | 1 | |
| *naloxone injection solution* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *naloxone injection syringe* | 1 | |
| *naltrexone* | 1 | MO |
| *naproxen oral tablet* | 1 | MO |
| *naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec)* | 1 | MO |
| *naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg* | 1 | MO |
| *oxaprozin oral tablet* | 1 | MO |
| *piroxicam* | 1 | MO |
| *salsalate* | 1 | MO |
| *sulindac* | 1 | MO |
| *tramadol oral tablet 50 mg* | 1 | MO; QL (240 por 30 días) |
| *tramadol-acetaminophen* | 1 | MO; QL (240 por 30 días) |
| VIVITROL | 1 | MO |
| ANTICONVULSIVANTES | | |
| *brivaracetam intravenous* | 1 | MO; QL (600 por 30 días) |
| *brivaracetam oral solution* | 1 | MO; QL (600 por 30 días) |
| *brivaracetam oral tablet* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| 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) |
| *carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr* | 1 | MO |
| *carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml* | 1 | MO |
| *carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml* | 1 | |
| *carbamazepine oral tablet* | 1 | MO |
| *carbamazepine oral tablet extended release 12 hr* | 1 | MO |
| *carbamazepine oral tablet,chewable 100 mg* | 1 | MO |
| *clobazam oral suspension* | 1 | PA; MO; QL (480 por 30 días) |
| *clobazam oral tablet* | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| *clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg* | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| *clonazepam oral tablet 2 mg* | 1 | MO; QL (300 por 30 días) |
| *clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg* | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| *clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg* | 1 | MO; QL (300 por 30 días) |
| DIACOMIT | 1 | PA; LA |
| *diazepam rectal* | 1 | MO |
| DILANTIN 30 MG | 1 | MO |
| *divalproex* | 1 | MO |
| EPIDIOLEX | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *eslicarbazepine oral tablet 200 mg* | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| *eslicarbazepine oral tablet 400 mg* | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| *eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *ethosuximide* | 1 | MO |
| *felbamate* | 1 | MO |
| FINTEPLA | 1 | PA; LA; QL (360 por 30 días) |
| *fosphenytoin* | 1 | |
| FYCOMPA ORAL SUSPENSION | 1 | MO; QL (720 por 30 días) |
| *gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg* | 1 | MO; QL (270 por 30 días) |
| *gabapentin oral capsule 200 mg* | 1 | QL (540 por 30 días) |
| *gabapentin oral capsule 300 mg* | 1 | MO; QL (360 por 30 días) |
| *gabapentin oral solution 250 mg/5 ml* | 1 | MO; QL (2160 por 30 días) |
| *gabapentin oral solution 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml)* | 1 | QL (2160 por 30 días) |
| *gabapentin oral tablet 600 mg* | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| *gabapentin oral tablet 800 mg* | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| *gabapentin oral tablet extended release 24 hr 300 mg* | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| *gabapentin oral tablet extended release 24 hr 450 mg, 750 mg, 900 mg* | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| *gabapentin oral tablet extended release 24 hr 600 mg* | 1 | PA; MO; QL (90 por 30 días) |
| *lacosamide intravenous* | 1 | MO; QL (1200 por 30 días) |
| *lacosamide oral solution* | 1 | MO; QL (1200 por 30 días) |
| *lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *lacosamide oral tablet 50 mg* | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| *lamotrigine oral tablet* | 1 | MO |
| *lamotrigine oral tablet, chewable dispersible* | 1 | MO |
| *lamotrigine oral tablet,disintegrating* | 1 | MO |
| *levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,000 mg/100 ml, 500 mg/100 ml* | 1 | MO |
| *levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,500 mg/100 ml* | 1 | |
| *levetiracetam intravenous* | 1 | MO |
| *levetiracetam oral solution 100 mg/ml* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *levetiracetam oral solution 500 mg/5 ml (5 ml)* | 1 | |
| *levetiracetam oral tablet* | 1 | MO |
| *levetiracetam oral tablet extended release 24 hr* | 1 | MO |
| LEVETIRACETAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION | 1 | MO |
| *methsuximide* | 1 | MO |
| NAYZILAM | 1 | PA; MO; QL (10 por 30 días) |
| *oxcarbazepine oral suspension* | 1 | MO |
| *oxcarbazepine oral tablet* | 1 | MO |
| *perampanel oral suspension* | 1 | MO; QL (720 por 30 días) |
| *perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *perampanel oral tablet 2 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *phenobarbital oral elixir* | 1 | PA; MO |
| *phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg* | 1 | PA |
| *phenobarbital oral tablet 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg* | 1 | PA; MO |
| *phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml* | 1 | MO |
| *phenobarbital sodium injection solution 65 mg/ml* | 1 | |
| *phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml* | 1 | MO |
| *phenytoin oral tablet,chewable* | 1 | MO |
| *phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg* | 1 | MO |
| *phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg* | 1 | |
| *phenytoin sodium intravenous solution* | 1 | |
| *pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg* | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| *pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *pregabalin oral solution* | 1 | MO; QL (900 por 30 días) |
| PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG | 1 | MO |
| *primidone oral tablet 250 mg, 50 mg* | 1 | MO |
| *relgaabi oral capsule 300 mg* | 1 | QL (360 por 30 días) |
| *relgaabi oral capsule 400 mg* | 1 | QL (270 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *roweepra* | 1 | MO |
| *rufinamide oral suspension* | 1 | PA; MO |
| *rufinamide oral tablet* | 1 | PA; MO |
| SPRITAM | 1 | |
| SUBVENITE ORAL SUSPENSION | 1 | MO |
| *subvenite oral tablet* | 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) |
| *tiagabine* | 1 | MO |
| *topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg* | 1 | PA; MO |
| *topiramate oral solution* | 1 | PA; MO |
| *topiramate oral tablet* | 1 | PA; MO |
| *valproate sodium* | 1 | MO |
| *valproic acid* | 1 | MO |
| *valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml* | 1 | MO |
| *valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml)* | 1 | |
| VALTOCO | 1 | PA; MO; QL (10 por 30 días) |
| *vigabatrin* | 1 | PA; MO; LA |
| *vigadrone* | 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) |
| 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 |
| *zonisamide* | 1 | PA; MO |
| ZTALMY | 1 | PA; LA; QL (1100 por 30 días) |
| MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS | | |

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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML | 1 | MO; QL (2.4 por 56 días) |
| ABILIFY ASIMTUFII 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) |
| *amitriptyline* | 1 | MO |
| *amoxapine* | 1 | MO |
| *amphetamine* | 1 | MO |
| *aripiprazole oral solution* | 1 | MO |
| *aripiprazole oral tablet* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *aripiprazole oral tablet,disintegrating* | 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) |
| 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) |
| *armodafinil* | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| *asenapine maleate* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC | 1 | ST; QL (60 por 30 días) |
| AUVELITY ORAL TABLET,IR ER BIPHASIC,DOSEPACK | 1 | ST; QL (51 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| BELSOMRA | 1 | PA; QL (30 por 30 días) |
| *bupropion hcl oral tablet* | 1 | MO |
| *bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg* | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| *bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg* | 1 | MO |
| BYSANTI | 1 | ST; QL (60 por 30 días) |
| BYSANTI TITRATION PACK A | 1 | ST; QL (8 por 180 días) |
| BYSANTI TITRATION PACK B | 1 | ST; QL (12 por 180 días) |
| BYSANTI TITRATION PACK C | 1 | ST; QL (8 por 180 días) |
| CAPLYTA | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *chlorpromazine injection* | 1 | |
| *chlorpromazine oral* | 1 | MO |
| *citalopram oral solution* | 1 | MO |
| *citalopram oral tablet* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *clomipramine* | 1 | MO |
| *clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr* | 1 | MO |
| *clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg* | 1 | PA; MO; QL (180 por 30 días) |
| *clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg* | 1 | PA; MO; QL (90 por 30 días) |
| *clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg* | 1 | PA; MO; QL (360 por 30 días) |
| *clozapine oral tablet* | 1 | |
| *clozapine oral tablet,disintegrating* | 1 | |
| COBENFY | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| COBENFY STARTER PACK | 1 | MO; QL (56 por 180 días) |
| *desipramine* | 1 | MO |
| *desvenlafaxine succinate* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr* | 1 | MO |
| *dextroamphetamine-amphetamine oral tablet* | 1 | MO |
| *diazepam injection* | 1 | PA |
| *diazepam intensol* | 1 | PA; QL (240 por 30 días) |
| *diazepam oral concentrate* | 1 | PA; QL (240 por 30 días) |
| *diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)* | 1 | PA; MO; QL (1200 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)* | 1 | PA; QL (1200 por 30 días) |
| *diazepam oral tablet* | 1 | PA; MO; QL (120 por 30 días) |
| *doxepin oral capsule* | 1 | MO |
| *doxepin oral concentrate* | 1 | MO |
| *doxepin oral tablet* | 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) |
| *duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| EMSAM | 1 | MO |
| *escitalopram oxalate oral solution* | 1 | MO |
| *escitalopram oxalate oral tablet* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *eszopiclone* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18.2 MG | 1 | ST; QL (30 por 30 días) |
| EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG | 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) |
| FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR | 1 | QL (30 por 30 días) |
| *flumazenil* | 1 | |
| *fluoxetine oral capsule 10 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *fluoxetine oral capsule 20 mg* | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| *fluoxetine oral capsule 40 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *fluoxetine 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *fluphenazine decanoate* | 1 | MO |
| *fluphenazine hcl injection* | 1 | |
| *fluphenazine hcl oral* | 1 | MO |
| *fluvoxamine oral tablet 100 mg* | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| *fluvoxamine oral tablet 25 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *fluvoxamine oral tablet 50 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *haloperidol* | 1 | MO |
| *haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml(1ml)* | 1 | |
| *haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml* | 1 | MO |
| *haloperidol lactate injection* | 1 | |
| *haloperidol lactate oral* | 1 | MO |
| *imipramine hcl* | 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) |
| 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) |

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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML | 1 | MO; QL (2.63 por 90 días) |
| *lithium carbonate* | 1 | MO |
| *lithium citrate oral solution* | 1 | MO |
| *lorazepam injection* | 1 | PA |
| *lorazepam intensol* | 1 | PA; QL (150 por 30 días) |
| *lorazepam oral concentrate* | 1 | PA; MO; QL (150 por 30 días) |
| *lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg* | 1 | PA; MO; QL (90 por 30 días) |
| *lorazepam oral tablet 2 mg* | 1 | PA; MO; QL (150 por 30 días) |
| *loxapine succinate* | 1 | MO |
| *lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *lurasidone oral tablet 80 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| LYBALVI | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| MARPLAN | 1 | MO |
| *methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50* | 1 | MO |
| *methylphenidate hcl oral solution* | 1 | MO |
| *methylphenidate hcl oral tablet* | 1 | MO |
| *methylphenidate hcl oral tablet extended release* | 1 | MO |
| *methylphenidate hcl oral tablet,chewable* | 1 | MO |
| *mirtazapine oral tablet* | 1 | MO |
| *mirtazapine oral tablet,disintegrating* | 1 | MO |
| *modafinil oral tablet 100 mg* | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| *modafinil oral tablet 200 mg* | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| *molindone oral tablet 10 mg, 25 mg* | 1 | |
| *molindone oral tablet 5 mg* | 1 | MO |
| *nefazodone* | 1 | MO |
| *nortriptyline oral capsule* | 1 | MO |
| *nortriptyline oral solution* | 1 | MO |
| NUPLAZID | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| *olanzapine intramuscular* | 1 | |
| *olanzapine oral tablet* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *olanzapine oral tablet,disintegrating* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| OPIPZA ORAL FILM 10 MG | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| OPIPZA ORAL FILM 2 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| OPIPZA ORAL FILM 5 MG | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| *paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *paroxetine hcl oral suspension* | 1 | MO |
| *paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *paroxetine hcl oral tablet 30 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *pentobarbital sodium injection solution* | 1 | |
| *perphenazine* | 1 | MO |
| *phenelzine* | 1 | MO |
| *pimozide* | 1 | MO |
| *protriptyline* | 1 | MO |
| *quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg* | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| *quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| RALDESY | 1 | ST; MO |
| *ramelteon* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| REXULTI ORAL TABLET | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml* | 1 | QL (2 por 28 días) |
| *risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml* | 1 | MO; QL (2 por 28 días) |
| *risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 50 mg/2 ml* | 1 | QL (2 por 28 días) |
| *risperidone oral solution* | 1 | MO |
| *risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *risperidone oral tablet 4 mg* | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| *risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *risperidone oral tablet,disintegrating 4 mg* | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| SECUADO | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *sertraline oral concentrate* | 1 | MO |
| *sertraline oral tablet 100 mg, 50 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *sertraline oral tablet 25 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *sodium oxybate* | 1 | PA; MO; LA; QL (540 por 30 días) |
| SPRAVATO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3) | 1 | PA; MO |
| *thioridazine* | 1 | MO |
| *thiothixene* | 1 | MO |
| *tranylcypromine* | 1 | MO |
| *trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg* | 1 | MO |
| *trifluoperazine* | 1 | MO |
| *trimipramine* | 1 | MO |
| TRINTELLIX | 1 | QL (30 por 30 días) |
| *venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 75 mg* | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| *venlafaxine oral tablet* | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| VERSACLOZ | 1 | |
| *vilazodone* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| VRAYLAR | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *zaleplon oral capsule 10 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *zaleplon oral capsule 5 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *ziprasidone hcl* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *ziprasidone mesylate* | 1 | |
| *zolpidem oral tablet* | 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) |

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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG | 1 | QL (1 por 28 días) |
| RELAJANTES MUSCULARES/TERAPIA ANTIESPASMÓDICA | | |
| *baclofen oral tablet* | 1 | MO |
| *cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg* | 1 | PA; MO |
| *dantrolene intravenous* | 1 | |
| *dantrolene oral* | 1 | MO |
| LIORESAL | 1 | B/D PA |
| *pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg* | 1 | MO |
| *pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg* | 1 | MO |
| *revonto* | 1 | |
| *tizanidine oral tablet* | 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) |
| *dihydroergotamine injection* | 1 | |
| *dihydroergotamine nasal* | 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) |
| *ergotamine-caffeine* | 1 | MO |
| *naratriptan* | 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) |
| *rizatriptan oral tablet* | 1 | MO; QL (24 por 28 días) |
| *rizatriptan oral tablet,disintegrating* | 1 | MO; QL (24 por 28 días) |
| *sumatriptan nasal* | 1 | MO; QL (18 por 28 días) |
| *sumatriptan succinate oral* | 1 | MO; QL (18 por 28 días) |
| *sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml* | 1 | MO; QL (8 por 28 días) |
| *sumatriptan succinate subcutaneous solution* | 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) |

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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| AUSTEDO XR | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| 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) |
| *dalfampridine* | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| *dextromethorphan-quinidine* | 1 | PA; MO |
| *dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg* | 1 | PA; MO; QL (56 por 28 días) |
| *dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)* | 1 | PA; MO; QL (120 por 180 días) |
| *dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg* | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| *donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg* | 1 | MO |
| *donepezil oral tablet 23 mg* | 1 | MO |
| *donepezil oral tablet,disintegrating* | 1 | MO |
| *fingolimod* | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| *galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr* | 1 | MO |
| *galantamine oral solution* | 1 | MO |
| *galantamine oral tablet* | 1 | MO |
| *glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml* | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| *glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml* | 1 | PA; MO; QL (12 por 28 días) |
| *glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml* | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| *glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml* | 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) |
| *memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *memantine oral solution* | 1 | PA; MO |
| *memantine oral tablet* | 1 | PA; MO |
| *memantine-donepezil* | 1 | PA; MO |
| NUEDEXTA | 1 | PA; MO |
| RADICAVA ORS | 1 | PA; MO |
| RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP | 1 | PA; MO |
| *rivastigmine* | 1 | MO |
| *rivastigmine tartrate* | 1 | MO |
| *teriflunomide* | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| *tetrabenazine oral tablet 12.5 mg* | 1 | PA; MO; QL (240 por 30 días) |
| *tetrabenazine oral tablet 25 mg* | 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 | | |
| *azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *chlorhexidine gluconate mucous membrane* | 1 | MO |
| *denta 5000 plus* | 1 | MO |
| *dentagel* | 1 | MO |
| *fluoride (sodium) dental cream* | 1 | |
| *fluoride (sodium) dental gel* | 1 | |
| *fluoride (sodium) dental paste* | 1 | MO |
| *ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)* | 1 | MO; QL (30 por 28 días) |
| *ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)* | 1 | MO; QL (30 por 20 días) |
| *kourzeq* | 1 | MO |
| *periogard* | 1 | MO |
| *sf* | 1 | MO |
| *sf 5000 plus* | 1 | MO |
| *sodium fluoride 5000 dry mouth* | 1 | MO |
| *sodium fluoride 5000 plus* | 1 | |
| *sodium fluoride-pot nitrate* | 1 | MO |
| *triamcinolone acetonide dental* | 1 | MO |
| ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS | | |

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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *ciprofloxacin-dexamethasone* | 1 | MO; QL (7.5 por 7 días) |
| *neomycin-polymyxin-hc otic (ear)* | 1 | MO |
| PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS | | |
| *acetic acid otic (ear)* | 1 | MO |
| *ciprofloxacin hcl otic (ear)* | 1 | MO |
| *flac otic oil* | 1 | |
| *fluocinolone acetonide oil* | 1 | MO |
| *hydrocortisone-acetic acid* | 1 | MO |
| *ofloxacin otic (ear)* | 1 | MO |
| **OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA** | | |
| ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS | | |
| *afirmelle* | 1 | |
| *altavera (28)* | 1 | MO |
| *alyacen 1/35 (28)* | 1 | MO |
| *alyacen 7/7/7 (28)* | 1 | MO |
| *amethyst (28)* | 1 | |
| *apri* | 1 | MO |
| *aranelle (28)* | 1 | MO |
| *aubra eq* | 1 | MO |
| *aviane* | 1 | MO |
| *azurette (28)* | 1 | MO |
| *camrese* | 1 | MO |
| *cryselle (28)* | 1 | MO |
| *cyred eq* | 1 | MO |
| *dasetta 1/35 (28)* | 1 | MO |
| *dasetta 7/7/7 (28)* | 1 | MO |
| *daysee* | 1 | MO |
| *desog-e.estradiol/e.estradiol* | 1 | |
| *drospirenone-e.estradiol-lm.fa oral tablet 3-0.03-0.451 mg (21) (7)* | 1 | MO |
| *drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg* | 1 | MO |
| *drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg* | 1 | |
| *elinest* | 1 | MO |
| *enskyce* | 1 | MO |
| *estarylla* | 1 | MO |
| *falmina (28)* | 1 | MO |
| *introvale* | 1 | MO |
| *isibloom* | 1 | MO |
| *jasmiel (28)* | 1 | MO |
| *jolessa* | 1 | MO |
| *juleber* | 1 | MO |
| *kalliga* | 1 | |
| *kariva (28)* | 1 | |
| *kelnor 1/35 (28)* | 1 | MO |
| *kurvelo (28)* | 1 | MO |
| *l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)* | 1 | |
| *larin 1.5/30 (21)* | 1 | MO |
| *larin 1/20 (21)* | 1 | MO |
| *larin 24 fe* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *larin fe 1.5/30 (28)* | 1 | MO |
| *larin fe 1/20 (28)* | 1 | MO |
| *lessina* | 1 | MO |
| *levonest (28)* | 1 | MO |
| *levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg* | 1 | |
| *levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month* | 1 | |
| *levonorg-eth estrad triphasic* | 1 | MO |
| *loryna (28)* | 1 | MO |
| *low-ogestrel (28)* | 1 | |
| *lo-zumandimine (28)* | 1 | MO |
| *lutera (28)* | 1 | |
| *marlissa (28)* | 1 | MO |
| *microgestin 1.5/30 (21)* | 1 | MO |
| *microgestin 1/20 (21)* | 1 | MO |
| *microgestin fe 1.5/30 (28)* | 1 | MO |
| *microgestin fe 1/20 (28)* | 1 | MO |
| *mili* | 1 | MO |
| *mono-linyah* | 1 | MO |
| *nikki (28)* | 1 | MO |
| *norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg* | 1 | MO |
| *norgestimate-ethinyl estradiol* | 1 | |
| *nortrel 0.5/35 (28)* | 1 | MO |
| *nortrel 1/35 (21)* | 1 | MO |
| *nortrel 1/35 (28)* | 1 | MO |
| *nortrel 7/7/7 (28)* | 1 | MO |
| *philith* | 1 | MO |
| *pimtrea (28)* | 1 | MO |
| *portia 28* | 1 | MO |
| *reclipsen (28)* | 1 | MO |
| *setlakin* | 1 | MO |
| *sprintec (28)* | 1 | MO |
| *syeda* | 1 | MO |
| *tarina fe 1-20 eq (28)* | 1 | MO |
| *tilia fe* | 1 | MO |
| *tri-estarylla* | 1 | MO |
| *tri-legest fe* | 1 | MO |
| *tri-linyah* | 1 | MO |
| *tri-lo-estarylla* | 1 | MO |
| *tri-lo-marzia* | 1 | MO |
| *tri-lo-sprintec* | 1 | |
| *tri-sprintec (28)* | 1 | MO |
| *turqoz (28)* | 1 | MO |
| *valtya* | 1 | MO |
| *velivet triphasic regimen (28)* | 1 | MO |
| *vestura (28)* | 1 | MO |
| *vienva* | 1 | MO |
| *viorele (28)* | 1 | MO |
| *wera (28)* | 1 | MO |
| *zovia 1-35 (28)* | 1 | MO |
| *zumandimine (28)* | 1 | MO |
| ESTRÓGENOS/PROGESTINAS | | |

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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *abigale* | 1 | MO |
| *abigale lo* | 1 | MO |
| *camila* | 1 | MO |
| *conjugated estrogens* | 1 | MO |
| *deblitane* | 1 | MO |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104 | 1 | MO |
| *dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr* | 1 | QL (8 por 28 días) |
| *dotti transdermal patch semiweekly 0.0375 mg/24 hr* | 1 | MO; QL (8 por 28 días) |
| DUAVEE | 1 | MO |
| *emzahh* | 1 | MO |
| *errin* | 1 | MO |
| *estradiol oral* | 1 | MO |
| *estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr* | 1 | MO; QL (8 por 28 días) |
| *estradiol transdermal patch semiweekly 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr* | 1 | QL (8 por 28 días) |
| *estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr* | 1 | QL (4 por 28 días) |
| *estradiol transdermal patch weekly 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr* | 1 | MO; QL (4 por 28 días) |
| *estradiol vaginal* | 1 | MO |
| *estradiol valerate* | 1 | MO |
| *estradiol-norethindrone acet* | 1 | MO |
| *fyavolv* | 1 | MO |
| *gallifrey* | 1 | MO |
| *heather* | 1 | MO |
| IMVEXXY MAINTENANCE PACK | 1 | MO |
| IMVEXXY STARTER PACK | 1 | MO |
| *incassia* | 1 | MO |
| *jencycla* | 1 | MO |
| *jinteli* | 1 | MO |
| *lyleq* | 1 | MO |
| *lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr* | 1 | QL (8 por 28 días) |
| *lyllana transdermal patch semiweekly 0.1 mg/24 hr* | 1 | MO; QL (8 por 28 días) |
| *lyza* | 1 | |
| *medroxyprogesterone* | 1 | MO |
| *meleya* | 1 | MO |
| *mimvey* | 1 | MO |
| *nora-be* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *norethindrone (contraceptive)* | 1 | |
| *norethindrone acetate* | 1 | MO |
| *norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg* | 1 | MO |
| *orquidea* | 1 | MO |
| PREMARIN ORAL | 1 | MO |
| PREMARIN VAGINAL | 1 | |
| PREMPHASE | 1 | MO |
| PREMPRO | 1 | MO |
| *progesterone* | 1 | MO |
| *progesterone micronized oral* | 1 | MO |
| *sharobel* | 1 | MO |
| *yuvafem* | 1 | |
| OXITÓCICOS | | |
| *methylergonovine oral* | 1 | PA |
| PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS | | |
| *clindamycin phosphate vaginal* | 1 | MO |
| *eluryng* | 1 | MO |
| *etonogestrel-ethinyl estradiol* | 1 | |
| LILETTA | 1 | MO |
| *metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)* | 1 | MO |
| *mifepristone oral tablet 200 mg* | 1 | LA |
| MYFEMBREE | 1 | PA; MO |
| NEXPLANON | 1 | |
| *norelgestromin-ethin.estradiol* | 1 | MO |
| *terconazole* | 1 | MO |
| *tranexamic acid oral* | 1 | MO |
| *xulane* | 1 | |
| *zafemy* | 1 | MO |
| **OFTALMOLOGÍA** | | |
| AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS | | |
| *bromfenac* | 1 | MO |
| *diclofenac sodium ophthalmic (eye)* | 1 | MO |
| *flurbiprofen sodium* | 1 | MO |
| *ketorolac ophthalmic (eye)* | 1 | MO |
| AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS | | |
| *apraclonidine* | 1 | MO |
| *brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %* | 1 | MO |
| *brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %* | 1 | MO |
| ANTIBIÓTICOS | | |
| *bacitracin ophthalmic (eye)* | 1 | |
| *bacitracin-polymyxin b* | 1 | MO |
| *ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye)* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *erythromycin ophthalmic (eye)* | 1 | MO; QL (3.5 por 14 días) |
| *gatifloxacin* | 1 | MO |
| *gentamicin ophthalmic (eye) drops* | 1 | MO; QL (70 por 30 días) |
| *levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %* | 1 | MO |
| *levofloxacin ophthalmic (eye) drops 1.5 %* | 1 | |
| *moxifloxacin ophthalmic (eye) drops* | 1 | MO |
| *moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous* | 1 | |
| NATACYN | 1 | |
| *neomycin-bacitracin-polymyxin* | 1 | MO |
| *neomycin-polymyxin-gramicidin* | 1 | MO |
| *ofloxacin ophthalmic (eye)* | 1 | MO |
| *polymyxin b sulf-trimethoprim* | 1 | MO |
| *tobramycin ophthalmic (eye)* | 1 | MO; QL (10 por 14 días) |
| ANTIVÍRICOS | | |
| *trifluridine* | 1 | MO |
| ZIRGAN | 1 | MO |
| BETABLOQUEANTES | | |
| *betaxolol ophthalmic (eye)* | 1 | MO |
| *carteolol* | 1 | MO |
| *levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %* | 1 | MO |
| *timolol maleate ophthalmic (eye) drops (not single use)* | 1 | MO |
| *timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution* | 1 | MO |
| COMBINACIONES DE ESTEROIDES-ANTIBIÓTICOS | | |
| *neomycin-bacitracin-poly-hc* | 1 | MO |
| *neomycin-polymyxin b-dexameth* | 1 | MO |
| *neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye)* | 1 | MO |
| TOBRADEX | 1 | MO; QL (3.5 por 14 días) |
| *tobramycin-dexamethasone* | 1 | MO; QL (10 por 14 días) |
| ESTEROIDES | | |
| *dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye)* | 1 | MO |
| *fluorometholone* | 1 | MO |
| INVELTYS | 1 | MO |
| *loteprednol etabonate* | 1 | MO |
| OZURDEX | 1 | MO |
| *prednisolone acetate* | 1 | MO |
| *prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye)* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA | | |
| *acetazolamide* | 1 | MO |
| *acetazolamide sodium* | 1 | MO |
| *methazolamide* | 1 | MO |
| OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA | | |
| *bimatoprost ophthalmic (eye)* | 1 | MO |
| *dorzolamide* | 1 | MO |
| *dorzolamide-timolol* | 1 | MO |
| *latanoprost* | 1 | MO |
| LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 % | 1 | MO |
| *miostat* | 1 | |
| RHOPRESSA | 1 | |
| ROCKLATAN | 1 | |
| SIMBRINZA | 1 | MO |
| *travoprost* | 1 | MO |
| PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS VARIOS | | |
| *atropine ophthalmic (eye) drops 1 %* | 1 | MO |
| *azelastine ophthalmic (eye)* | 1 | MO |
| BYOOVIZ | 1 | PA |
| *cromolyn ophthalmic (eye)* | 1 | MO |
| *cyclosporine ophthalmic (eye)* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| CYSTARAN | 1 | PA |
| *epinastine* | 1 | MO |
| MIEBO (PF) | 1 | MO; QL (3 por 30 días) |
| OXERVATE | 1 | PA; MO |
| PAVBLU | 1 | PA; MO |
| *pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %* | 1 | MO |
| *sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops* | 1 | MO |
| *sulfacetamide-prednisolone* | 1 | MO |
| XDEMVY | 1 | PA; QL (10 por 42 días) |
| XIIDRA | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| **PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS** | | |
| AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR | | |
| *bupropion hcl (smoking deter)* | 1 | MO |
| NICOTROL NS | 1 | MO |
| *varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg* | 1 | MO |
| *varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)* | 1 | |
| *varenicline tartrate oral tablets,dose pack* | 1 | MO |
| AGENTES VARIOS | | |
| *acamprosate* | 1 | MO |
| *acetic acid irrigation* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *anagrelide* | 1 | MO |
| *caffeine citrate intravenous* | 1 | |
| *caffeine citrate oral* | 1 | MO |
| *carglumic acid* | 1 | PA; MO |
| *cevimeline* | 1 | MO |
| CHEMET | 1 | PA |
| CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE | 1 | B/D PA |
| *d10 %-0.45 % sodium chloride* | 1 | |
| *d2.5 %-0.45 % sodium chloride* | 1 | |
| *d5 % and 0.9 % sodium chloride* | 1 | MO |
| *d5 %-0.45 % sodium chloride* | 1 | MO |
| *deferasirox oral granules in packet* | 1 | PA; MO |
| *deferasirox oral tablet* | 1 | PA; MO |
| *deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg* | 1 | PA; MO |
| *deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg* | 1 | PA; MO |
| *deferiprone* | 1 | PA; MO |
| *deferoxamine* | 1 | B/D PA; MO |
| *dextrose 10 % and 0.2 % nacl* | 1 | |
| *dextrose 10 % in water (d10w)* | 1 | |
| *dextrose 25 % in water (d25w)* | 1 | |
| *dextrose 5 % in water (d5w)* | 1 | MO |
| *dextrose 5 %-lactated ringers* | 1 | MO |
| *dextrose 5%-0.2 % sod chloride* | 1 | |
| *dextrose 5%-0.3 % sod.chloride* | 1 | |
| *dextrose 50 % in water (d50w)* | 1 | |
| *dextrose 70 % in water (d70w)* | 1 | |
| *disulfiram oral tablet 250 mg* | 1 | MO |
| *disulfiram oral tablet 500 mg* | 1 | |
| *droxidopa oral capsule 100 mg* | 1 | PA; MO |
| *droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg* | 1 | PA; MO |
| *glutamine (sickle cell)* | 1 | PA; MO |
| INCRELEX | 1 | LA |
| *kionex oral suspension* | 1 | MO |
| *levocarnitine (with sugar)* | 1 | MO |
| *levocarnitine oral solution 100 mg/ml* | 1 | MO |
| *levocarnitine oral tablet* | 1 | MO |
| LOKELMA | 1 | MO |
| *midodrine* | 1 | MO |
| *nitisinone* | 1 | PA; MO |
| *pilocarpine hcl oral* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION | 1 | PA; MO; LA |
| REVCOVI | 1 | PA; LA |
| REZDIFFRA | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| *riluzole* | 1 | PA; MO |
| *risedronate oral tablet 30 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *sevelamer carbonate oral tablet* | 1 | PA; MO |
| *sodium benzoate-sod phenylacet* | 1 | |
| *sodium chloride 0.9 % intravenous* | 1 | MO |
| *sodium chloride irrigation* | 1 | MO |
| *sodium phenylbutyrate oral powder* | 1 | PA |
| *sodium phenylbutyrate oral tablet* | 1 | PA; MO |
| *sodium polystyrene sulfonate* | 1 | MO |
| *sps (with sorbitol) oral* | 1 | MO |
| *sps (with sorbitol) rectal* | 1 | |
| *trientine oral capsule 250 mg* | 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 | |
| *water for irrigation, sterile* | 1 | MO |
| XIAFLEX | 1 | PA |
| *zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml* | 1 | PA; MO |
| ANTÍDOTOS | | |
| *acetylcysteine intravenous* | 1 | |
| SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN | | |
| *lactated ringers irrigation* | 1 | |
| *neomycin-polymyxin b gu* | 1 | |
| *ringer's irrigation* | 1 | MO |
| **PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO** | | |
| ANTIBACTERIANOS TÓPICOS | | |
| *gentamicin topical* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *mupirocin* | 1 | MO; QL (44 por 30 días) |
| *sulfacetamide sodium (acne)* | 1 | MO |
| ANTIMICÓTICOS TÓPICOS | | |
| *ciclodan topical solution* | 1 | QL (6.6 por 28 días) |
| *ciclopirox topical cream* | 1 | MO; QL (90 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *ciclopirox topical gel* | 1 | MO; QL (100 por 28 días) |
| *ciclopirox topical shampoo* | 1 | MO; QL (120 por 28 días) |
| *ciclopirox topical solution* | 1 | MO; QL (6.6 por 28 días) |
| *ciclopirox topical suspension* | 1 | MO; QL (60 por 28 días) |
| *clotrimazole topical cream* | 1 | MO; QL (45 por 28 días) |
| *clotrimazole topical solution* | 1 | MO; QL (30 por 28 días) |
| *clotrimazole-betamethasone topical cream* | 1 | MO; QL (45 por 28 días) |
| *clotrimazole-betamethasone topical lotion* | 1 | MO; QL (60 por 28 días) |
| *econazole nitrate topical cream* | 1 | MO; QL (85 por 28 días) |
| *ketoconazole topical cream* | 1 | MO; QL (60 por 28 días) |
| *ketoconazole topical shampoo* | 1 | MO; QL (120 por 28 días) |
| *klayesta* | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| *naftifine topical gel* | 1 | MO; QL (60 por 28 días) |
| *nyamyc* | 1 | QL (180 por 30 días) |
| *nystatin topical cream* | 1 | MO; QL (30 por 28 días) |
| *nystatin topical ointment* | 1 | MO; QL (30 por 28 días) |
| *nystatin topical powder* | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| *nystatin-triamcinolone* | 1 | MO; QL (60 por 28 días) |
| *nystop* | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| ANTIPSORIÁSICOS/ANTISEBORREICOS | | |
| *acitretin* | 1 | MO |
| *calcipotriene scalp* | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| *calcipotriene topical cream* | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| *calcipotriene topical ointment* | 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) |

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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| OTULFI SUBCUTANEOUS SOLUTION | 1 | PA; MO; QL (0.5 por 28 días) |
| 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) |
| *pellix* | 1 | QL (120 por 30 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) |
| 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) |
| *selenium sulfide topical lotion* | 1 | MO |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR | 1 | PA; MO; QL (2 por 84 días) |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML | 1 | PA; MO; QL (2 por 84 días) |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 55 MG/0.37 ML | 1 | PA; MO; QL (0.74 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) |

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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) | 1 | PA; MO; QL (12 por 180 días) |
| TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE | 1 | PA; MO; QL (2 por 28 días) |
| 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 | | |
| *acyclovir topical ointment* | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| *penciclovir* | 1 | MO; QL (5 por 30 días) |
| CORTICOESTEROIDES TÓPICOS | | |
| *ala-cort topical cream* | 1 | MO |
| *alclometasone* | 1 | MO |
| *betamethasone dipropionate* | 1 | MO |
| *betamethasone valerate topical cream* | 1 | MO |
| *betamethasone valerate topical lotion* | 1 | MO |
| *betamethasone valerate topical ointment* | 1 | MO |
| *betamethasone, augmented topical cream* | 1 | MO |
| *betamethasone, augmented topical gel* | 1 | MO |
| *betamethasone, augmented topical lotion* | 1 | MO |
| *betamethasone, augmented topical ointment* | 1 | MO |
| *clobetasol scalp* | 1 | MO; QL (100 por 28 días) |
| *clobetasol topical cream 0.05 %* | 1 | MO; QL (120 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *clobetasol topical foam* | 1 | MO; QL (100 por 28 días) |
| *clobetasol topical gel* | 1 | MO; QL (120 por 28 días) |
| *clobetasol topical lotion* | 1 | MO; QL (118 por 28 días) |
| *clobetasol topical ointment* | 1 | MO; QL (120 por 28 días) |
| *clobetasol topical shampoo* | 1 | MO; QL (236 por 28 días) |
| *clobetasol-emollient topical cream* | 1 | MO; QL (120 por 28 días) |
| *desonide topical cream* | 1 | MO |
| *desonide topical ointment* | 1 | MO |
| *fluocinolone* | 1 | MO |
| *fluocinolone and shower cap* | 1 | MO |
| *fluocinonide topical cream 0.05 %* | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| *fluocinonide topical gel* | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| *fluocinonide topical ointment* | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| *fluocinonide topical solution* | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| *fluocinonide-emollient* | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| *fluticasone propionate topical cream* | 1 | MO |
| *fluticasone propionate topical ointment* | 1 | MO |
| *halobetasol propionate topical cream* | 1 | MO |
| *halobetasol propionate topical ointment* | 1 | MO |
| *hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %* | 1 | MO |
| *hydrocortisone topical lotion 2.5 %* | 1 | MO |
| *hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %* | 1 | MO |
| *mometasone topical* | 1 | MO |
| *triamcinolone acetonide topical cream* | 1 | MO |
| *triamcinolone acetonide topical lotion* | 1 | MO |
| *triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %* | 1 | MO |
| *triderm topical cream 0.5 %* | 1 | |
| ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS | | |
| *malathion* | 1 | MO |
| *permethrin* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS | | |
| ADBRY | 1 | PA; MO; QL (6 por 28 días) |
| *ammonium lactate* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *chloroprocaine (pf)* | 1 | |
| *dermacinrx lidocan* | 1 | PA; QL (90 por 30 días) |
| *diclofenac sodium topical gel 3 %* | 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) |
| *fluorouracil topical cream 5 %* | 1 | MO |
| *fluorouracil topical solution* | 1 | MO |
| *glydo* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *imiquimod topical cream in packet 5 %* | 1 | MO |
| *lidocaine (pf) injection solution* | 1 | |
| *lidocaine hcl injection solution* | 1 | |
| *lidocaine hcl laryngotracheal* | 1 | |
| *lidocaine hcl mucous membrane jelly* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %* | 1 | MO |
| *lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)* | 1 | MO |
| *lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %* | 1 | PA; MO; QL (90 por 30 días) |
| *lidocaine topical ointment* | 1 | MO; QL (50 por 30 días) |
| *lidocaine-epinephrine* | 1 | |
| *lidocaine-epinephrine (pf) injection solution 1.5 %-1:200,000, 2 %-1:200,000* | 1 | |
| *lidocaine-prilocaine topical cream* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *lidocan iii* | 1 | PA; QL (90 por 30 días) |
| *lidocan iv* | 1 | PA; QL (90 por 30 días) |
| *lidocan v* | 1 | PA; QL (90 por 30 días) |
| *methoxsalen* | 1 | MO |
| PANRETIN | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *pimecrolimus* | 1 | PA; MO; QL (100 por 30 días) |
| *podofilox topical solution* | 1 | MO |
| *polocaine injection solution 1 % (10 mg/ml)* | 1 | |
| *polocaine-mpf* | 1 | |
| SANTYL | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| *silver sulfadiazine* | 1 | MO |
| *ssd* | 1 | MO |
| *tacrolimus topical* | 1 | PA; MO; QL (100 por 30 días) |
| VALCHLOR | 1 | PA; MO |
| TRATAMIENTO DEL ACNÉ | | |
| *accutane* | 1 | |
| *amnesteem* | 1 | |
| *azelaic acid* | 1 | MO |
| *claravis* | 1 | |
| *clindamycin phosphate topical gel* | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| *clindamycin phosphate topical gel, once daily* | 1 | MO; QL (150 por 30 días) |
| *clindamycin phosphate topical lotion* | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| *clindamycin phosphate topical solution* | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| *ery pads* | 1 | MO |
| *erythromycin with ethanol topical solution* | 1 | MO |
| *isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg* | 1 | |
| *metronidazole topical* | 1 | MO |
| *tazarotene topical cream* | 1 | PA; MO |
| *tazarotene topical gel* | 1 | PA; MO |
| *tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %* | 1 | PA; MO |
| *tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %* | 1 | PA; MO |
| *trilitas* | 1 | PA |
| *zenatane* | 1 | |
| **SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES** | | |
| AGENTES ANTITIROIDEOS | | |
| *methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg* | 1 | MO |
| *propylthiouracil* | 1 | MO |
| HORMONAS SUPRARRENALES | | |
| *cortisone* | 1 | |
| *dexamethasone intensol* | 1 | MO |
| *dexamethasone oral elixir* | 1 | MO |
| *dexamethasone oral solution* | 1 | MO |
| *dexamethasone oral tablet* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml* | 1 | MO |
| *dexamethasone sodium phosphate injection solution* | 1 | MO |
| *dexamethasone sodium phosphate injection syringe* | 1 | |
| *fludrocortisone* | 1 | MO |
| *hydrocortisone oral* | 1 | MO |
| *methylprednisolone acetate* | 1 | MO |
| *methylprednisolone oral tablet* | 1 | B/D PA; MO |
| *methylprednisolone oral tablets,dose pack* | 1 | MO |
| *methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg* | 1 | MO |
| *methylprednisolone sodium succ intravenous* | 1 | MO |
| *prednisolone oral solution* | 1 | MO |
| *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)* | 1 | MO |
| *prednisone intensol* | 1 | MO |
| *prednisone oral solution* | 1 | MO |
| *prednisone oral tablet* | 1 | MO |
| *prednisone oral tablet,delayed release (dr/ec)* | 1 | MO |
| *prednisone oral tablets,dose pack 10 mg (48 pack), 5 mg (48 pack)* | 1 | |
| *prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 5 mg* | 1 | MO |
| *triamcinolone acetonide injection suspension 10 mg/ml* | 1 | |
| *triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml* | 1 | MO |
| HORMONAS TIROIDEAS | | |
| *levothyroxine intravenous recon soln* | 1 | |
| *levothyroxine oral tablet* | 1 | MO |
| *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* | 1 | MO |
| *liomny* | 1 | |
| *liothyronine intravenous* | 1 | |
| *liothyronine oral* | 1 | MO |
| *unithroid* | 1 | MO |
| HORMONAS VARIAS | | |
| ALDURAZYME | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *cabergoline* | 1 | MO |
| *calcitonin (salmon) injection* | 1 | MO |
| *calcitonin (salmon) nasal* | 1 | MO |
| *calcitriol oral capsule* | 1 | MO |
| *calcitriol oral solution* | 1 | |
| *cinacalcet* | 1 | PA; MO |
| *clomid* | 1 | PA; MO |
| *clomiphene citrate* | 1 | PA; MO |
| CRYSVITA | 1 | PA; MO; LA |
| *danazol* | 1 | MO |
| *desmopressin injection* | 1 | |
| *desmopressin nasal spray with pump* | 1 | MO |
| *desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)* | 1 | |
| *desmopressin oral* | 1 | MO |
| *doxercalciferol intravenous* | 1 | MO |
| *doxercalciferol oral* | 1 | MO |
| ELAPRASE | 1 | PA; MO |
| FABRAZYME | 1 | PA; MO |
| KANUMA | 1 | PA; MO |
| LUMIZYME | 1 | PA; MO |
| MEPSEVII | 1 | PA; MO |
| *mifepristone oral tablet 300 mg* | 1 | PA; MO |
| *milophene* | 1 | PA; MO |
| NAGLAZYME | 1 | PA; MO; LA |
| *pamidronate intravenous solution* | 1 | MO |
| *paricalcitol intravenous* | 1 | |
| *paricalcitol oral* | 1 | MO |
| *sapropterin* | 1 | PA; MO |
| SOMAVERT | 1 | PA; MO |
| STRENSIQ | 1 | PA; LA |
| *testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml* | 1 | PA; MO |
| *testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)* | 1 | PA |
| *testosterone enanthate* | 1 | PA; MO |
| *testosterone transdermal gel* | 1 | PA; MO; QL (300 por 30 días) |
| *testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)* | 1 | PA; MO; QL (300 por 30 días) |
| *testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)* | 1 | PA; MO; QL (150 por 30 días) |
| *testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)* | 1 | PA; MO; QL (300 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram)* | 1 | PA; MO; QL (37.5 por 30 días) |
| *testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)* | 1 | PA; MO; QL (150 por 30 días) |
| *testosterone transdermal solution in metered pump w/app* | 1 | PA; MO; QL (180 por 30 días) |
| *tolvaptan* | 1 | PA; MO |
| *tolvaptan (polycys kidney dis)* | 1 | PA; MO |
| VIMIZIM | 1 | PA; MO; LA |
| *zoledronic acid intravenous solution* | 1 | B/D PA; MO |
| TRATAMIENTO DE LA DIABETES | | |
| *acarbose oral tablet 100 mg* | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| *acarbose oral tablet 25 mg* | 1 | MO; QL (360 por 30 días) |
| *acarbose oral tablet 50 mg* | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS | 1 | MO |
| *alcohol pads* | 1 | PA; MO |
| BAQSIMI | 1 | MO |
| *dapagliflozin* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *dapagliflozin-metformin oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 10-1,000 mg, 10-500 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *dapagliflozin-metformin oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 5-1,000 mg, 5-500 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *diazoxide* | 1 | MO |
| DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS | 1 | PA |
| FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN | 1 | MO |
| FIASP PENFILL U-100 INSULIN | 1 | MO |
| 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 |
| *glimepiride oral tablet 1 mg* | 1 | MO; QL (240 por 30 días) |
| *glimepiride oral tablet 2 mg* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *glimepiride oral tablet 4 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *glipizide oral tablet 10 mg* | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| *glipizide oral tablet 5 mg* | 1 | MO; QL (240 por 30 días) |
| *glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg* | 1 | MO; QL (240 por 30 días) |
| *glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg* | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| *glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg* | 1 | MO; QL (240 por 30 días) |
| *glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg* | 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 |
| 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 |

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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN | 1 | MO |
| INPEFA ORAL TABLET 200 MG | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| INPEFA ORAL TABLET 400 MG | 1 | PA; QL (30 por 30 días) |
| INSULIN LISPRO | 1 | MO |
| 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) |
| KIRSTY | 1 | |
| KIRSTY PEN | 1 | |
| LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN | 1 | MO |
| LANTUS U-100 INSULIN | 1 | MO |
| *liraglutide* | 1 | PA; QL (9 por 30 días) |
| LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN | 1 | MO |
| LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN | 1 | MO |
| LYUMJEV U-100 INSULIN | 1 | MO |
| *metformin oral tablet 1,000 mg* | 1 | MO; QL (75 por 30 días) |
| *metformin oral tablet 500 mg* | 1 | MO; QL (150 por 30 días) |
| *metformin oral tablet 850 mg* | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| *metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg* | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| *metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| MOUNJARO | 1 | PA; QL (2 por 28 días) |
| *nateglinide oral tablet 120 mg* | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| *nateglinide oral tablet 60 mg* | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| 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 |
| NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN | 1 | MO |
| NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN | 1 | MO |
| NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 | 1 | MO |
| NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN | 1 | MO |
| OZEMPIC ORAL | 1 | PA; QL (30 por 30 días) |
| OZEMPIC SUBCUTANEOUS | 1 | PA; QL (3 por 28 días) |
| *pioglitazone* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| PRECISION XTRA TEST | 1 | MO |
| *repaglinide oral tablet 0.5 mg* | 1 | MO; QL (960 por 30 días) |
| *repaglinide oral tablet 1 mg* | 1 | MO; QL (480 por 30 días) |
| *repaglinide oral tablet 2 mg* | 1 | MO; QL (240 por 30 días) |
| RYBELSUS | 1 | PA; QL (30 por 30 días) |
| *saxagliptin* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 5-1,000 mg, 5-500 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *sitagliptin phos-metformin oral tablet* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 100-1,000 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 50-1,000 mg, 50-500 mg* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *sitagliptin phosphate* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| SOLIQUA 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) |

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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR | 1 | MO |
| TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN | 1 | MO |
| TRADJENTA | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| 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 | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG | 1 | QL (60 por 30 días) |
| XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 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) |
| 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 (18.76 por 28 días) |
| *leflunomide* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *milnacipran oral tablet* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *milnacipran oral tablets,dose pack* | 1 | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| 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) |
| OTEZLA XR | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| OTEZLA XR INITIATION | 1 | PA; MO; QL (41 por 180 días) |
| *penicillamine oral tablet* | 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) |
| 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) |
| *tofacitinib oral solution* | 1 | PA; MO; QL (480 por 24 días) |
| *tofacitinib oral tablet* | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| *tofacitinib oral tablet extended release 24 hr* | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 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) |
| TRATAMIENTO DE LA GOTA | | |

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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg* | 1 | MO |
| *allopurinol sodium* | 1 | |
| *aloprim* | 1 | |
| *colchicine oral tablet* | 1 | MO |
| *febuxostat* | 1 | MO |
| *probenecid* | 1 | MO |
| *probenecid-colchicine* | 1 | MO |
| TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS | | |
| *alendronate oral solution* | 1 | MO; QL (300 por 28 días) |
| *alendronate oral tablet 10 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg* | 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) |
| *ibandronate intravenous solution* | 1 | PA |
| *ibandronate intravenous syringe* | 1 | PA; MO |
| *ibandronate oral* | 1 | MO; QL (1 por 30 días) |
| JUBBONTI | 1 | MO; QL (1 por 180 días) |
| PROLIA | 1 | MO; QL (1 por 180 días) |
| *raloxifene* | 1 | MO |
| *risedronate oral tablet 150 mg* | 1 | MO; QL (1 por 30 días) |
| *risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)* | 1 | MO; QL (4 por 28 días) |
| *risedronate oral tablet 5 mg* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *risedronate oral tablet,delayed release (dr/ec)* | 1 | MO; QL (4 por 28 días) |
| *teriparatide (only ndcs starting with 47781)* | 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 | | |
| *adrenalin injection solution 1 mg/ml* | 1 | |
| *adrenalin injection solution 1 mg/ml (1 ml)* | 1 | MO |
| *cetirizine oral solution 1 mg/ml* | 1 | MO |
| *diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml* | 1 | MO |
| *diphenhydramine hcl injection syringe* | 1 | |
| *epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml (manufactured by mylan specialty)* | 1 | MO; QL (4 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *epinephrine injection solution* | 1 | |
| *hydroxyzine hcl oral tablet* | 1 | PA; MO |
| *levocetirizine oral solution* | 1 | MO |
| *levocetirizine oral tablet* | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| *promethazine injection solution* | 1 | MO |
| *promethazine oral* | 1 | PA; MO |
| AGENTES PULMONARES | | |
| *acetylcysteine* | 1 | B/D PA; MO |
| ADEMPAS | 1 | PA; MO; LA; QL (90 por 30 días) |
| ADVAIR HFA | 1 | MO; QL (12 por 30 días) |
| *albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation* | 1 | MO; QL (17 por 30 días) |
| *albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation package size 6.7 gm* | 1 | QL (13.4 por 30 días) |
| *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* | 1 | B/D PA; MO |
| *albuterol sulfate oral syrup* | 1 | MO |
| *albuterol sulfate oral tablet* | 1 | MO |
| 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) |
| *alyq* | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| *ambrisentan* | 1 | PA; MO; LA; QL (30 por 30 días) |
| *arformoterol* | 1 | B/D PA; MO; QL (120 por 30 días) |
| ASMANEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION | 1 | MO; QL (13 por 30 días) |
| ASMANEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 200 MCG/ACTUATION | 1 | QL (13 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| 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) |
| 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) |
| *bosentan oral tablet* | 1 | PA; MO; LA; QL (60 por 30 días) |
| BREO ELLIPTA | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *breyna* | 1 | MO; QL (10.3 por 30 días) |
| BREZTRI AEROSPHERE | 1 | MO; QL (10.7 por 30 días) |
| *budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml* | 1 | B/D PA; MO; QL (120 por 30 días) |
| *budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml* | 1 | B/D PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| *budesonide-formoterol* | 1 | QL (10.2 por 30 días) |
| CINRYZE | 1 | PA; MO |
| COMBIVENT RESPIMAT | 1 | QL (8 por 30 días) |
| *cromolyn inhalation* | 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) |
| *flunisolide* | 1 | MO; QL (50 por 30 días) |
| FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION | 1 | ST; MO; QL (12 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| 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 | MO; QL (10.6 por 30 días) |
| *fluticasone propionate nasal* | 1 | MO; QL (16 por 30 días) |
| *fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device* | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| *formoterol fumarate* | 1 | B/D PA; MO; QL (120 por 30 días) |
| *icatibant* | 1 | PA; MO |
| *ipratropium bromide inhalation hfa aerosol inhaler* | 1 | MO; QL (25.8 por 30 días) |
| *ipratropium bromide inhalation solution* | 1 | B/D PA; MO |
| *ipratropium-albuterol* | 1 | B/D PA; MO |
| KALYDECO | 1 | PA; MO; QL (56 por 28 días) |
| *macitentan* | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| *mometasone nasal* | 1 | MO; QL (34 por 30 días) |
| *montelukast oral granules in packet* | 1 | MO |
| *montelukast oral tablet* | 1 | MO |
| *montelukast oral tablet,chewable* | 1 | MO |
| *nintedanib* | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| 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) |
| NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML | 1 | PA; MO; LA; QL (0.4 por 28 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) |
| *pirfenidone oral capsule* | 1 | PA; MO; QL (270 por 30 días) |
| *pirfenidone oral tablet 267 mg* | 1 | PA; MO; QL (270 por 30 días) |
| *pirfenidone oral tablet 801 mg* | 1 | PA; MO; 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTUATION | 1 | MO; QL (2 por 30 días) |
| 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) |
| *roflumilast* | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| *sajazir* | 1 | PA; MO |
| *sildenafil (pulmonary arterial hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml* | 1 | |
| *sildenafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg* | 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) |
| STRIVERDI RESPIMAT | 1 | MO; QL (4 por 30 días) |
| SYMDEKO | 1 | PA; MO; QL (56 por 28 días) |
| *tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg* | 1 | PA; QL (60 por 30 días) |
| *terbutaline oral* | 1 | MO |
| *terbutaline subcutaneous* | 1 | |
| TEZSPIRE | 1 | PA; MO; QL (1.91 por 30 días) |
| *theophylline oral elixir* | 1 | MO |
| *theophylline oral solution* | 1 | |
| *theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg* | 1 | |
| *theophylline oral tablet extended release 12 hr 300 mg, 450 mg* | 1 | MO |
| *theophylline oral tablet extended release 24 hr* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *tiotropium bromide* | 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) |
| 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) |
| *wixela inhub* | 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) |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML | 1 | PA; MO; LA; QL (1 por 28 días) |
| *zafirlukast* | 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 |
| CEQUR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT (200 UNIT) | 1 | MO |
| CEQUR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT (240 UNIT) | 1 | |
| CEQUR SIMPLICITY INSERTER | 1 | MO |
| DEXCOM G6 RECEIVER | 1 | MO |
| DEXCOM G6 SENSOR | 1 | MO |
| DEXCOM G6 TRANSMITTER | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| DEXCOM G7 RECEIVER | 1 | MO |
| DEXCOM G7 SENSOR | 1 | MO |
| FREESTYLE FREEDOM LITE | 1 | MO |
| FREESTYLE INSULINX | 1 | |
| 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 (LIBRE 2/3 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 |
| OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS) | 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 |
| PIVOT INSULIN PUMP STARTER KIT | 1 | QL (1 por 720 días) |
| PIVOT SUPPLY KIT | 1 | |
| PRECISION XTRA MONITOR | 1 | MO |
| TWIIST REFILL KT(CSST-NDL-SYR) | 1 | |
| TWIIST RFL(INFUS-CSST-NDL-SYR) | 1 | MO |
| TWIIST STARTER KIT | 1 | MO; QL (1 por 720 días) |
| BD INSULIN SYRINGE | 1 | PA; MO |
| **UROLÓGICOS** | | |
| AGENTES UROLÓGICOS VARIOS | | |
| *alprostadil* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *bethanechol chloride* | 1 | MO |
| CYSTAGON | 1 | PA; LA |
| ELMIRON | 1 | MO |
| *glycine urologic solution* | 1 | |
| K-PHOS NO 2 | 1 | MO |
| K-PHOS ORIGINAL | 1 | MO |
| *potassium citrate oral tablet extended release* | 1 | MO |
| RENACIDIN | 1 | MO |
| *tadalafil oral tablet 2.5 mg* | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| *tadalafil oral tablet 5 mg* | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS | | |
| GEMTESA | 1 | MO |
| *mirabegron oral tablet extended release 24 hr* | 1 | MO |
| *oxybutynin chloride oral syrup* | 1 | MO |
| *oxybutynin chloride oral tablet 5 mg* | 1 | MO |
| *oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr* | 1 | MO |
| *solifenacin* | 1 | MO |
| *tolterodine* | 1 | MO |
| *trospium oral tablet* | 1 | MO |
| TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (BPH) | | |
| *alfuzosin* | 1 | MO |
| *dutasteride* | 1 | MO |
| *dutasteride-tamsulosin* | 1 | MO |
| *finasteride oral tablet 5 mg* | 1 | MO |
| *tamsulosin* | 1 | MO |
| **VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS** | | |
| DERIVADOS DE SANGRE | | |
| *albumin, human 25 %* | 1 | |
| *alburx (human) 25 %* | 1 | |
| *alburx (human) 5 %* | 1 | |
| *albutein 25 %* | 1 | |
| *albutein 5 %* | 1 | |
| ELECTROLITOS | | |
| *calcium acetate(phosphat bind)* | 1 | PA; MO |
| *calcium chloride* | 1 | |
| *calcium gluconate intravenous* | 1 | |
| *effer-k oral tablet, effervescent 25 meq* | 1 | MO |
| *klor-con 10* | 1 | MO |
| *klor-con 8* | 1 | MO |
| *klor-con m10* | 1 | MO |
| *klor-con m15* | 1 | MO |
| *klor-con m20* | 1 | MO |
| *klor-con oral packet 20* | 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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *lactated ringers intravenous* | 1 | MO |
| *magnesium chloride injection* | 1 | |
| MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/100 ML | 1 | |
| *magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution* | 1 | |
| *magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)* | 1 | |
| *magnesium sulfate injection* | 1 | |
| *potassium acetate* | 1 | |
| *potassium chlorid-d5-0.45%nacl* | 1 | |
| *potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l* | 1 | |
| *potassium chloride in 5 % dex* | 1 | |
| *potassium chloride in lr-d5* | 1 | |
| *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* | 1 | |
| *potassium chloride intravenous* | 1 | |
| *potassium chloride oral capsule, extended release* | 1 | MO |
| *potassium chloride oral liquid* | 1 | MO |
| *potassium chloride oral packet 20 meq* | 1 | MO |
| *potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq* | 1 | MO |
| *potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 20 meq* | 1 | MO |
| *potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq* | 1 | |
| *potassium chloride-0.45 % nacl* | 1 | |
| *potassium chloride-d5-0.2%nacl* | 1 | |
| *potassium chloride-d5-0.9%nacl* | 1 | |
| *potassium phosphate m-/d-basic intravenous solution 3 mmol/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 10/16/2026.

| Nombre Del Medicamento | Nivel De Medicamento | Requisitos/Límites |
|---|---|---|
| *ringer's intravenous* | 1 | |
| *sodium acetate* | 1 | |
| *sodium bicarbonate intravenous solution* | 1 | |
| *sodium bicarbonate intravenous syringe 50 meq/50 ml (8.4 %)* | 1 | |
| *sodium chloride 0.45 % intravenous* | 1 | MO |
| *sodium chloride 3 % hypertonic* | 1 | |
| *sodium chloride 5 % hypertonic* | 1 | MO |
| *sodium chloride intravenous* | 1 | |
| *sodium phosphate* | 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 |
| CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) | 1 | B/D PA |
| *electrolyte-148* | 1 | |
| *electrolyte-a* | 1 | |
| *intralipid intravenous emulsion 20 %* | 1 | B/D PA |
| ISOLYTE S PH 7.4 | 1 | |
| ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE | 1 | |
| ISOLYTE-S | 1 | |
| PLENAMINE | 1 | B/D PA |
| *premasol 10 %* | 1 | B/D PA |
| *travasol 10 %* | 1 | B/D PA |
| TROPHAMINE 10 % | 1 | B/D PA |
| VITAMINAS/HEMATÍNICOS | | |
| *fluoride (sodium) oral tablet* | 1 | MO |
| *prenatal vitamin oral tablet* | 1 | MO |
| *wescap-pn dha* | 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 10/16/2026.

# Index


**A**

*abacavir* .....5
*abacavir-lamivudine* .....5
*abigale*.....60
*abigale lo*.....60
ABILIFY ASIMTUFII.....48
ABILIFY MAINTENA.....48
*abiraterone*.....26
*abirtega* .....26
ABRYSVO (PF).....24
*acamprosate* .....65
*acarbose* .....75
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER.....87
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR.....87
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS.....76
*accutane* .....72
*acebutolol*.....14
*acetaminophen-codeine*.....41, 42
*acetazolamide*.....64
*acetazolamide sodium* .....64
*acetic acid* .....58, 65
*acetylcysteine* .....66, 82
*acitretin* .....67
ACTEMRA .....80
ACTEMRA ACTPEN.....80
ACTHIB (PF).....24
ACTIMMUNE .....23
*acyclovir*.....5, 69
*acyclovir sodium* .....5
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF).....24
ADBRY.....71
ADCETRIS .....26
*adefovir* .....5
ADEMPAS.....82
*adenosine* .....11
*adrenalin* .....82
ADSTILADRIN.....26
ADVAIR HFA .....82
*afirmelle* .....59
AIMOVIG AUTOINJECTOR..56
AKEEGA .....26
*ala-cort*.....70
*albendazole* .....2
*albumin, human 25 %* .....89
*alburx (human) 25 %* .....89
*alburx (human) 5 %*.....89
*albutein 25 %*.....89
*albutein 5 %*.....89
*albuterol sulfate* .....83
*alclometasone* .....70
*alcohol pads*.....76
ALDURAZYME .....74
ALECENSA .....26
*alendronate*.....81
*alfuzosin*.....89
*aliskiren* .....14
*allopurinol* .....81
*allopurinol sodium*.....81
*aloprim*.....81
*alosetron* .....19
*alprostadil*.....88
*altavera (28)* .....59
ALUNBRIG.....26
ALVESCO.....83
*alyacen 1/35 (28)* .....59
*alyacen 7/7/7 (28)* .....59
*alyq* .....83
*amantadine hcl*.....5
*ambrisentan* .....83
*amethyst (28)* .....59
*amikacin*.....3
*amiloride*.....14
*amiloride-hydrochlorothiazide* .14
*aminocaproic acid* .....17
*amiodarone*.....12
*amitriptyline*.....48
*amlodipine* .....14
*amlodipine-atorvastatin*.....13
*amlodipine-benazepril* .....14
*amlodipine-olmesartan* .....14
*amlodipine-valsartan* .....14
*amlodipine-valsartan-hcthiazid* 14
*ammonium lactate*.....71
*amnesteem*.....72
*amoxapine*.....48
*amoxicillin* .....9
*amoxicillin-pot clavulanate* ..9, 10
*amphetamine*.....48
*amphotericin b* .....2
*amphotericin b liposome*.....2
*ampicillin* .....10
*ampicillin sodium*.....10
*ampicillin-sulbactam* .....10
*anagrelide*.....65
*anastrozole* .....26
ANKTIVA.....26
*apraclonidine*.....62
*aprepitant* .....19
*apri* .....59
APTIVUS .....5
*aranelle (28)* .....59
ARCALYST.....23
AREXVY (PF) .....24
*arformoterol* .....83
ARIKAYCE .....3
*aripiprazole* .....48
ARISTADA.....48, 49
ARISTADA INITIO.....48
*armodafinil* .....49
*arsenic trioxide*.....26, 27
*asenapine maleate* .....49
ASMANEX HFA .....83
ASMANEX TWISTHALER....83
ASPARLAS.....27
*aspirin-dipyridamole* .....17
ASSURE ID INSULIN SAFETY .....87
*atazanavir* .....5
*atenolol*.....14
*atenolol-chlorthalidone* .....14
*atomoxetine*.....49
*atorvastatin*.....13
*atovaquone* .....3
*atovaquone-proguanil* .....3
*atropine* .....64
ATROVENT HFA.....84
*aubra eq*.....59
AUGMENTIN.....10
AUGTYRO.....27
AUSTEDO .....56
AUSTEDO XR.....56
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....56
AUVELITY.....49
*aviane* .....59
AVMAPKI-FAKZYNJA .....27
AVONEX .....23
AYVAKIT.....27
*azacitidine*.....27
*azathioprine*.....27
*azathioprine sodium* .....27
*azelaic acid*.....72
*azelastine* .....58, 64


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 10/16/2026.

*azilsartan medoxomil* .....14
*azithromycin* .....9
*aztreonam* .....3
*azurette (28)* .....59
**B**
*bacitracin* .....62
*bacitracin-polymyxin b* .....63
*baclofen* .....55
*balsalazide* .....19
BALVERSA .....27
BAQSIMI .....76
BARACLUDE .....5
BAVENCIO .....27
BCG VACCINE, LIVE (PF) .....24
BD PEN NEEDLE .....88
BEIZRAY-ALBUMIN .....27
BELBUCA .....42
BELEODAQ .....27
BELSOMRA .....49
*benazepril* .....14
*benazepril-hydrochlorothiazide* 14
*bendamustine* .....27
BENDEKA .....27
BENLYSTA .....80
*benztropine* .....41
BESPONSA .....27
BESREMI .....23
BESREMI PEN .....23
*betaine* .....19
*betamethasone dipropionate* .....70
*betamethasone valerate* .....70
*betamethasone, augmented* .....70
BETASERON .....23
*betaxolol* .....14, 63
*bethanechol chloride* .....88
BEVESPI AEROSPHERE .....84
*bexarotene* .....27
BEXSERO .....24
*bicalutamide* .....27
BICILLIN L-A .....10
BIKTARVY .....5
*bimatoprost* .....64
*bisoprolol fumarate* .....14
*bisoprolol-hydrochlorothiazide* .14
BIZENGRI .....27
BLENREP .....27
*bleomycin* .....27
BLINCYTO .....27
BOMYNTRA .....26
BONSITY .....81
BOOSTRIX TDAP .....24
*bortezomib* .....27
BORTEZOMIB .....27
*bosentan* .....84
BOSULIF .....27
*bosutinib* .....27
BRAFTOVI .....27
BREO ELLIPTA .....84
*breyna* .....84
BREZTRI AEROSPHERE .....84
*brimonidine* .....62
BRIUMVI .....56
*brivaracetam* .....44
BRIVIACT .....44
*bromfenac* .....62
*bromocriptine* .....41
BRUKINSA .....27
*budesonide* .....19, 84
*budesonide-formoterol* .....84
*bumetanide* .....14
*buprenorphine hcl* .....42
*buprenorphine transdermal patch* .....42
*buprenorphine-naloxone* .....43
*bupropion hcl* .....49
*bupropion hcl (smoking deter)* .. 64
*buspirone* .....49
*busulfan* .....27
*butorphanol* .....43
BYOOVIZ .....64
BYSANTI .....49
BYSANTI TITRATION PACK A .....49
BYSANTI TITRATION PACK B .....49
BYSANTI TITRATION PACK C .....49
**C**
CABENUVA .....5
*cabergoline* .....74
CABLIVI .....17
CABOMETYX .....27
*caffeine citrate* .....65
*calcipotriene* .....67, 68
*calcitonin (salmon)* .....74
*calcitriol* .....74
*calcium acetate(phosphat bind)* 89
*calcium chloride* .....89
*calcium gluconate* .....89
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) .28
*camila* .....61
*camrese* .....59
CAMZYOS .....12
*candesartan* .....14
*candesartan-hydrochlorothiazid* .....14
CAPLYTA .....49
CAPRELSA .....28
*captopril* .....14
*captopril-hydrochlorothiazide* .. 14
*carbamazepine* .....44
*carbidopa* .....41
*carbidopa-levodopa* .....41
*carbidopa-levodopa-entacapone* .....41
*carboplatin* .....28
*carglumic acid* .....65
*carmustine* .....28
*carteolol* .....63
*cartia xt* .....14
*carvedilol* .....14
*caspofungin* .....2
CAVHANZA .....28
CAYSTON .....3
*cefaclor* .....8
*cefadroxil* .....8
*cefazolin* .....8
*cefazolin in dextrose (iso-os)* .....8
*cefdinir* .....8
*cefepime* .....8
*cefepime in dextrose,iso-osm* .....8
*cefixime* .....8
*cefoxitin* .....8
*cefoxitin in dextrose, iso-osm* .....8
*cefpodoxime* .....8
*cefprozil* .....8
*ceftaroline fosamil* .....8
*ceftazidime* .....8
*ceftriaxone* .....8
*ceftriaxone in dextrose,iso-os* .....8
*cefuroxime axetil* .....8
*cefuroxime sodium* .....8, 9
*celecoxib* .....43
*cephalexin* .....9
CEPROTIN (BLUE BAR) .....17
CEPROTIN (GREEN BAR) .....17
CEQUR SIMPLICITY .....87
CEQUR SIMPLICITY INSERTER .....87
*cetirizine* .....82
*cevimeline* .....65
CHEMET .....65
*chlorhexidine gluconate* .....58
*chloroprocaine (pf)* .....71
*chloroquine phosphate* .....3

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 10/16/2026.

*chlorothiazide sodium* .....14
*chlorpromazine* .....49
*chlorthalidone* .....14
*cholestyramine (with sugar)*.....13
*cholestyramine light* .....13
*ciclodan* .....67
*ciclopirox* .....67
*cidofovir* .....5
*cilostazol* .....17
CIMDUO .....5
CIMZIA .....20
CIMZIA POWDER FOR RECONST .....19
CIMZIA STARTER KIT .....20
*cinacalcet* .....74
CINRYZE .....84
CINVANTI .....20
*ciprofloxacin* .....11
*ciprofloxacin hcl*.....11, 58, 63
*ciprofloxacin in 5 % dextrose*....11
*ciprofloxacin-dexamethasone* ...58
*cisplatin* .....28
*citalopram* .....49
*cladribine* .....28
*claravis* .....72
*clarithromycin* .....9
*clindamycin hcl* .....3
*clindamycin in 5 % dextrose* .....3
*clindamycin phosphate*....3, 62, 72
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE.....91
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE.....91
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE.....65
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE).....91
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE).....91
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE).....91
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE).....91
*clobazam* .....44, 45
*clobetasol* .....70
*clobetasol-emollient* .....70
*clofarabine* .....28
*clomid*.....74
*clomiphene citrate*.....74
*clomipramine*.....49
*clonazepam*.....45
*clonidine (pf)* .....15, 43
*clonidine hcl*.....15, 49
*clonidine transdermal patch* .....14
*clopidogrel* .....17
*clorazepate dipotassium* .....50
*clotrimazole* .....2, 67
*clotrimazole-betamethasone* .....67
*clozapine* .....50
COARTEM.....3
COBENFY.....50
COBENFY STARTER PACK .50
*colchicine*.....81
*colesevelam*.....13
*colestipol*.....13
*colistin (colistimethate na)*.....3
COLUMVI.....28
COMBIVENT RESPIMAT.....84
COMETRIQ .....28
*compro* .....20
CONEXXENCE .....82
*conjugated estrogens* .....61
*constulose* .....20
COPIKTRA .....28
CORTIFOAM.....20
*cortisone* .....73
COSENTYX .....68
COSENTYX (2 SYRINGES)...68
COSENTYX PEN.....68
COSENTYX PEN (2 PENS) ....68
COSENTYX UNOREADY PEN .....68
COTELLIC .....28
CREON.....20
CRESEMBA.....2
*cromolyn* .....20, 64, 84
*cryselle (28)* .....59
CRYSVITA .....74
*cyclobenzaprine* .....55
*cyclophosphamide*.....28
CYCLOPHOSPHAMIDE .....28
*cyclosporine*.....28, 64
*cyclosporine modified*.....28
CYRAMZA .....28
*cyred eq*.....59
CYSTAGON.....88
CYSTARAN.....64
*cytarabine* .....28
*cytarabine (pf)*.....28
**D**
*d10 %-0.45 % sodium chloride*.65
*d2.5 %-0.45 % sodium chloride*65
*d5 % and 0.9 % sodium chloride* .....65
*d5 %-0.45 % sodium chloride* .. 65
*dabigatran etexilate*..... 17
*dacarbazine* ..... 28
*dactinomycin*..... 28
*dalfampridine* ..... 56
*danazol* ..... 74
*dantrolene*..... 55
DANYELZA ..... 28
DANZITEN..... 28
*dapagliflozin*..... 76
*dapagliflozin-metformin* ..... 76
*dapsone*..... 3
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)..... 24
*daptomycin* ..... 3
DAPTOMYCIN ..... 3
*darunavir* ..... 5
DARZALEX..... 28
DARZALEX FASPRO ..... 28
*dasatinib* ..... 29
*dasetta 1/35 (28)*..... 59
*dasetta 7/7/7 (28)*..... 59
DATROWAY..... 29
*daunorubicin*..... 29
DAURISMO..... 29
*daysee* ..... 59
*deblitane* ..... 61
*decitabine* ..... 29
DECNUPAZ..... 29
*deferasirox*..... 65
*deferiprone* ..... 65
*deferoxamine* ..... 65
DELSTRIGO..... 5
*demeclocycline* ..... 11
DENGVAXIA (PF)..... 24
*denta 5000 plus*..... 58
*dentagel* ..... 58
DEPO-SUBQ PROVERA 104 . 61
*dermacinrx lidocan*..... 71
DESCOVY ..... 5
*desipramine* ..... 50
*desmopressin* ..... 74
*desog-e.estradiol/e.estradiol* .... 59
*desonide*..... 70
*desvenlafaxine succinate* ..... 50
*dexamethasone* ..... 73
*dexamethasone intensol*..... 73
*dexamethasone sodium phos (pf)* ..... 73
*dexamethasone sodium phosphate* ..... 63, 73
DEXCOM G6 RECEIVER ..... 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 10/16/2026.

DEXCOM G6 SENSOR .....87
DEXCOM G6 TRANSMITTER .....87
DEXCOM G7 RECEIVER .....87
DEXCOM G7 SENSOR .....87
*dexrazoxane hcl*.....26
*dextroamphetamine-amphetamine* .....50
*dextromethorphan-quinidine*.....56
*dextrose 10 % and 0.2 % nacl*...65
*dextrose 10 % in water (d10w)* .65
*dextrose 25 % in water (d25w)* .65
*dextrose 5 % in water (d5w)* .....65
*dextrose 5 %-lactated ringers* ...65
*dextrose 5%-0.2 % sod chloride*65
*dextrose 5%-0.3 % sod.chloride*65
*dextrose 50 % in water (d50w)* .65
*dextrose 70 % in water (d70w)* .65
DIACOMIT.....45
*diazepam* .....45, 50
*diazepam intensol*.....50
*diazoxide* .....76
*diclofenac potassium*.....43
*diclofenac sodium*.....43, 62, 71
*diclofenac-misoprostol*.....43
*dicloxacillin*.....10
*dicyclomine* .....22
DIFICID .....9
*diflunisal*.....43
*digoxin*.....12
*dihydroergotamine* .....56
DILANTIN 30 MG .....45
*diltiazem hcl* .....15
*dilt-xr*.....15
*dimenhydrinate*.....20
*dimethyl fumarate*.....57
*diphenhydramine hcl*.....82
*diphenoxylate-atropine* .....22
*dipyridamole* .....17
*disulfiram* .....65
*divalproex*.....45
*dobutamine*.....12
*dobutamine in d5w*.....12
*docetaxel* .....29
*dofetilide*.....12
*donepezil* .....57
*dopamine*.....12
*dopamine in 5 % dextrose*.....12
DOPTELET (10 TAB PACK) ..18
DOPTELET (15 TAB PACK) ..18
DOPTELET (30 TAB PACK) ..18
DOPTELET SPRINKLE .....18
*dorzolamide* .....64
*dorzolamide-timolol*.....64
*dotti*.....61
DOVATO .....5
*doxazosin* .....15
*doxepin*.....50
*doxercalciferol*.....74
*doxorubicin*.....29
*doxorubicin, peg-liposomal* .....29
*doxy-100* .....11
*doxycycline hyclate*.....11
*doxycycline monohydrate* .....11
DRIZALMA SPRINKLE .....50
*dronabinol*.....20
*droperidol* .....20
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS .....76
*drospirenone-e.estradiol-lm.fa* .59
*drospirenone-ethinyl estradiol*..59
DROXIA.....29
*droxidopa*.....65
DUAVEE.....61
DULERA .....84
*duloxetine*.....50
DUPIXENT PEN.....71
DUPIXENT SYRINGE .....71
*dutasteride* .....89
*dutasteride-tamsulosin*.....89

**E**

*econazole nitrate*.....67
EDARBI .....15
EDARBYCLOR .....15
EDURANT .....5
EDURANT PED.....5
*efavirenz*.....5
*efavirenz-emtricitabin-tenofov*....5
*efavirenz-lamivu-tenofov disop*...5
*effer-k*.....89
ELAHERE .....29
ELAPRASE .....74
*electrolyte-148* .....91
*electrolyte-a* .....91
ELIGARD.....29
ELIGARD (3 MONTH).....29
ELIGARD (4 MONTH).....29
ELIGARD (6 MONTH).....29
*elinest*.....59
ELIQUIS.....18
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START.....18
ELIQUIS SPRINKLE.....18
ELITEK .....26
ELMIRON.....88
ELREXFIO.....29
*eltrombopag olamine*.....18
*eluryng*.....62
ELZONRIS.....29
EMGALITY PEN.....56
EMGALITY SYRINGE.....56
EMPLICITI .....29
EMRELIS .....29
EMSAM .....50
*emtricitabine*.....5
*emtricitabine-tenofovir (tdf)* .....5
*emtricita-rilpivirine-tenof df*.....5
EMTRIVA.....5
EMVERM.....3
*emzahh*.....61
*enalapril maleate*.....15
*enalaprilat* .....15
*enalapril-hydrochlorothiazide*..15
ENBREL.....80
ENBREL MINI .....80
ENBREL SURECLICK .....80
*endocet*.....42
ENGERIX-B (PF) .....24
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) .....24
*enoxaparin*.....18
ENSACOVE.....29
*enskyce*.....59
*entacapone*.....41
*entecavir* .....5
ENTRESTO SPRINKLE.....12
*enulose*.....20
ENVARSUS XR .....29
EPIDIOLEX .....45
*epinastine*.....64
*epinephrine* .....82
EPKINLY .....29
*eplerenone* .....15
ERBITUX.....29
*ergotamine-caffeine*.....56
*eribulin* .....29
ERIVEDGE .....29
ERLEADA .....30
*erlotinib* .....30
*errin*.....61
*ertapenem* .....3
*ery pads* .....72
*ery-tab* .....9
*erythromycin*.....9, 63
*erythromycin ethylsuccinate*.....9
*erythromycin with ethanol*.....72

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 10/16/2026.

*escitalopram oxalate* .....50
*eslicarbazepine*.....45
*esmolol* .....15
*esomeprazole magnesium*....22, 23
*esomeprazole sodium* .....23
*estarylla*.....59
*estradiol* .....61
*estradiol valerate* .....61
*estradiol-norethindrone acet*.....61
*eszopiclone* .....50
*ethacrynate sodium* .....15
*ethambutol*.....3
*ethosuximide*.....45
*etodolac*.....43
*etonogestrel-ethinyl estradiol*....62
ETOPOPHOS.....30
*etoposide* .....30
*etravirine*.....5
EUCRISA.....71
EULEXIN .....30
*everolimus (antineoplastic)* .....30
*everolimus (immunosuppressive)* .....30
EVOTAZ.....6
*exemestane* .....30
EXXUA.....50, 51
*ezetimibe*.....13
*ezetimibe-simvastatin* .....13

**F**

FABRAZYME .....74
*falmina (28)*.....59
*famciclovir* .....6
*famotidine*.....23
*famotidine (pf)* .....23
*famotidine (pf)-nacl (iso-os)*.....23
FANAPT .....51
FANAPT TITRATION PACK A .....51
FANAPT TITRATION PACK B .....51
FANAPT TITRATION PACK C .....51
FASENRA .....84
FASENRA PEN.....84
FAVLYXA.....30
*febuxostat* .....81
*felbamate*.....45
*felodipine*.....15
*fenofibrate* .....13
*fenofibrate micronized* .....13
*fenofibrate nanocrystallized*.....13
*fenofibric acid* .....13
*fenofibric acid (choline)*.....13
*fentanyl* .....42
FETZIMA .....51
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN .....76
FIASP PENFILL U-100 INSULIN .....76
FIASP U-100 INSULIN .....76
*fidaxomicin* .....9
*finasteride* .....89
*fingolimod* .....57
FINTEPLA .....45
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE .....30
*flac otic oil* .....58
*flecainide*.....12
*floxuridine*.....30
*fluconazole*.....2
*fluconazole in nacl (iso-osm)* .....2
*flucytosine* .....2
*fludarabine*.....30
*fludrocortisone*.....73
*flumazenil*.....51
*flunisolide* .....84
*fluocinolone* .....70
*fluocinolone acetonide oil*.....59
*fluocinolone and shower cap* ....70
*fluocinonide* .....70
*fluocinonide-emollient* .....70
*fluoride (sodium)*.....58, 91
*fluorometholone*.....63
*fluorouracil*.....30, 71
*fluoxetine*.....51
*fluphenazine decanoate*.....51
*fluphenazine hcl* .....51
*flurbiprofen* .....43
*flurbiprofen sodium*.....62
*fluticasone propionate* .....70, 84
FLUTICASONE PROPIONATE .....84
*fluticasone propion-salmeterol* .84
*fluvastatin* .....13
*fluvoxamine*.....51
*fomepizole*.....24
*fondaparinux*.....18
*formoterol fumarate*.....84
*fosamprenavir*.....6
*fosaprepitant*.....20
*fosfomycin tromethamine*.....2
*fosinopril*.....15
*fosinopril-hydrochlorothiazide* .15
*fosphenytoin*.....45
FOTIVDA.....30
FREESTYLE FREEDOM LITE .....87
FREESTYLE INSULINX .. 76, 87
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS.....76
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER.....87
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR.....87
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR.....88
FREESTYLE LIBRE 2 READER .....88
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR .....88
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR.....88
FREESTYLE LIBRE 3 READER .....88
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR .....88
FREESTYLE LITE METER....88
FREESTYLE LITE STRIPS ....76
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS.....76
FREESTYLE TEST .....76
FRUZAQLA.....30, 31
FULPHILA.....23
*fulvestrant*.....31
*furosemide* .....15
FYARRO.....31
*fyavolv* .....61
FYCOMPA.....45

**G**

*gabapentin* .....45
*galantamine* .....57
*gallifrey* .....61
GAMASTAN .....25
GAMUNEX-C.....25
*ganciclovir sodium* .....6
GARDASIL 9 (PF).....25
*gatifloxacin*.....63
GATTEX 30-VIAL .....20
GATTEX ONE-VIAL .....20
GAUZE PAD.....88
*gavilyte-c* .....20
*gavilyte-g*.....20
*gavilyte-n*.....20
GAVRETO.....31
GAZYVA .....31
*gefitinib*.....31

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 10/16/2026.

*gemcitabine* ....31
*gemfibrozil* ....13
GEMTESA....89
*generlac*....20
*gengraf* ....31
*gentamicin* ....3, 63, 67
*gentamicin in nacl (iso-osm)* ....3
*gentamicin sulfate (ped) (pf)* ....3
GENVOYA....6
GILOTRIF ....31
*glatiramer*....57
*glatopa* ....57
GLEOSTINE....31
*glimepiride* ....76
*glipizide*....76
*glipizide-metformin* ....76
*glutamine (sickle cell)* ....66
*glycine urologic solution*....88
*glycopyrrolate* ....22
*glycopyrrolate (pf)* ....22
*glycopyrrolate (pf) in water* ....22
*glydo*....71
GLYXAMBI ....76
GOMEKLI ....31
GRAFAPEX....31
*granisetron (pf)* ....20
*granisetron hcl* ....20
*griseofulvin microsize* ....2
*griseofulvin ultramicrosize*....2
GVOKE....76
GVOKE HYPOPEN 1-PACK .76, 77
GVOKE HYPOPEN 2-PACK ..77
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE ....77
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE ....77

**H**

HADLIMA....80
HADLIMA PUSHTOUCH....80
HADLIMA(CF) ....80
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH80
*halobetasol propionate*....70
*haloperidol*....51
*haloperidol decanoate*....51
*haloperidol lactate* ....51
HAVRIX (PF) ....25
*heather* ....61
*heparin (porcine)* ....19
*heparin (porcine) in 5 % dex* ....18
*heparin (porcine) in nacl (pf)*...18, 19
*heparin(porcine) in 0.45% nacl* 19
HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NACL ....19
*heparin, porcine (pf)* ....19
HEPARIN, PORCINE (PF)....19
HEPLISAV-B (PF)....25
HERNEXEOS....31
HIBERIX (PF) ....25
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 ....77
HUMALOG KWIKPEN INSULIN ....77
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN....77
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN....77
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN ....77
HUMALOG U-100 INSULIN..77
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN ....77
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN....77
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN....77
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN ....77
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN....77
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN....77
*hydralazine* ....15
*hydrochlorothiazide*....15
*hydrocodone-acetaminophen*....42
*hydrocodone-ibuprofen*....42
*hydrocortisone* ....20, 71, 73
*hydrocortisone-acetic acid* ....59
*hydromorphone*....42
*hydromorphone (pf)* ....42
*hydroxychloroquine* ....3
*hydroxyurea* ....31
*hydroxyzine hcl* ....82
HYPERHEP B ....25
HYPERHEP B NEONATAL ...25
HYRNUO ....31

**I**

*ibandronate*....82
IBRANCE....31
IBTROZI....31
*ibu* ....43
*ibuprofen*....43, 44
*ibutilide fumarate*....12
*icatibant*....84
ICLUSIG ....31
*icosapent ethyl*....13
*idarubicin* ....31
IDHIFA ....31
IDVYNSO ....6
*ifosfamide* ....31
ILARIS (PF) ....23
*imatinib*....31, 32
IMBRUVICA ....32
IMDELLTRA ....32
IMFINZI....32
*imipenem-cilastatin* ....3
*imipramine hcl*....51
*imiquimod*....71
IMJUDO ....32
IMKELDI ....32
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)....25
IMPAVIDO ....3
IMVEXXY MAINTENANCE PACK ....61
IMVEXXY STARTER PACK..61
INBRIJA....41
*incassia*....61
INCRELEX ....66
*indapamide* ....15
INFANRIX (DTAP) (PF)....25
INFLIXIMAB....20
INGREZZA ....57
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ....57
INGREZZA SPRINKLE ....57
INLEXZO....32
INLURIYO....32
INLYTA ....32
INPEFA ....77
INQOVI....32
INREBIC ....32
INSULIN LISPRO ....77
INSULIN LISPRO PROTAMIN-LISPRO ....77
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100....88
INTELENCE ....6
*intralipid*....91
*introvale*....59
INVEGA HAFYERA ....51, 52
INVEGA SUSTENNA....52
INVEGA TRINZA ....52
INVELTYS....63
IPOL ....25

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 10/16/2026.

*ipratropium bromide* .....58, 84
*ipratropium-albuterol* .....85
*irbesartan* .....15
*irbesartan-hydrochlorothiazide* 15
*irinotecan* .....32
ISENTRESS .....6
ISENTRESS HD .....6
*isibloom* .....59
ISOLYTE S PH 7.4 .....91
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE .....91
ISOLYTE-S .....91
*isoniazid* .....3
*isosorbide dinitrate* .....14
*isosorbide mononitrate* .....14
*isosorbide-hydralazine* .....15
*isotretinoin* .....73
*isradipine* .....15
ISTODAX .....32
ITOVEBI .....32
*itraconazole* .....2
*ivabradine* .....12
*ivermectin* .....3
IWILFIN .....32
IXEMPRA .....32
IXIARO (PF) .....25

**J**

JAKAFI .....32
JAKAFI XR .....32
*jantoven* .....19
JANUMET .....77
JANUMET XR .....77
JANUVIA .....77
JARDIANCE .....77
*jasmiel (28)* .....59
JAYPIRCA .....32
JEMPERLI .....32
*jencycla* .....61
JENTADUETO .....77
JENTADUETO XR .....78
JEVTANA .....32
JIDEYTRO .....32, 33
*jinteli* .....61
*jolessa* .....59
JOURNAVX .....44
JUBBONTI .....82
*juleber* .....59
JULUCA .....6
JYLAMVO .....33
JYNNEOS (PF) .....25

**K**

KADCYLA .....33
KALETRA .....6
*kalliga* .....59
KALYDECO .....85
KANUMA .....74
*kariva (28)* .....59
*kelnor 1/35 (28)* .....59
KERENDIA .....15
KESIMPTA PEN .....57
*ketoconazole* .....2, 67
*ketorolac* .....62
KEYTRUDA .....33
KEYTRUDA QLEX .....33
KHAPZORY .....26
KIMMTRAK .....33
KINERET .....80
KINRIX (PF) .....25
*kionex* .....66
KIRSTY .....78
KIRSTY PEN .....78
KISQALI .....33
*klayesta* .....67
*klor-con 10* .....89
*klor-con 8* .....89
*klor-con m10* .....89
*klor-con m15* .....89
*klor-con m20* .....89
*klor-con oral packet 20* .....89
KLOXXADO .....44
KOMZIFTI .....33
KOSELUGO .....33
*kourzeq* .....58
K-PHOS NO 2 .....88
K-PHOS ORIGINAL .....88
KRAZATI .....33
*kurvelo (28)* .....59
KYPROLIS .....33

**L**

*l norgest/e.estradiol-e.estrad* .....59
*labetalol* .....16
*lacosamide* .....45
*lactated ringers* .....67, 89
*lactulose* .....20
LAGEVRIO (EUA) .....6
*lamivudine* .....6
*lamivudine-zidovudine* .....6
*lamotrigine* .....46
*lanreotide* .....33
*lansoprazole* .....23
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN .....78
LANTUS U-100 INSULIN .....78
*lapatinib* .....33
*larin 1.5/30 (21)* .....59
*larin 1/20 (21)* .....59
*larin 24 fe* .....59
*larin fe 1.5/30 (28)* .....59
*larin fe 1/20 (28)* .....59
*latanoprost* .....64
LAZCLUZE .....33
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR .....6
*leflunomide* .....80
*lenalidomide* .....33
LENVIMA .....33
*lessina* .....59
*letrozole* .....33
*leucovorin calcium* .....26
LEUKERAN .....33
*leuprolide* .....33
*levetiracetam* .....46
LEVETIRACETAM .....46
*levetiracetam in nacl (iso-os)* .....46
*levobunolol* .....63
*levocarnitine* .....66
*levocarnitine (with sugar)* .....66
*levocetirizine* .....82
*levofloxacin* .....11, 63
*levofloxacin in d5w* .....11
*levoleucovorin calcium* .....26
*levonest (28)* .....59
*levonorgestrel-ethinyl estrad* .....60
*levonorg-eth estrad triphasic* .....60
*levothyroxine* .....74
*levoxyl* .....74
LIBTAYO .....33
*lidocaine* .....72
*lidocaine (pf)* .....12, 71
*lidocaine hcl* .....71, 72
*lidocaine in 5 % dextrose (pf)* .....12
*lidocaine-epinephrine* .....72
*lidocaine-epinephrine (pf)* .....72
*lidocaine-prilocaine* .....72
*lidocan iii* .....72
*lidocan iv* .....72
*lidocan v* .....72
LIFYORLI .....33, 34
LILETTA .....62
*lincomycin* .....3
*linezolid* .....3
*linezolid in dextrose 5%* .....3
LINZESS .....20
*liomny* .....74
LIORESAL .....55
*liothyronine* .....74
*liraglutide* .....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 10/16/2026.

*lisinopril* ..... 16
*lisinopril-hydrochlorothiazide* ..16
*lithium carbonate* ..... 52
*lithium citrate* ..... 52
LIVDELZI ..... 20
LIVTENCITY ..... 6
LOKELMA ..... 66
*lomustine* ..... 34
LONSURF ..... 34
*loperamide* ..... 22
*lopinavir-ritonavir* ..... 6
LOQTORZI ..... 34
*lorazepam* ..... 52
*lorazepam intensol* ..... 52
LORBRENA ..... 34
*loryna (28)* ..... 60
*losartan* ..... 16
*losartan-hydrochlorothiazide* ....16
*loteprednol etabonate* ..... 64
*lovastatin* ..... 13
*low-ogestrel (28)* ..... 60
*loxapine succinate* ..... 52
*lo-zumandimine (28)* ..... 60
*lubiprostone* ..... 20
LUMAKRAS ..... 34
LUMIGAN ..... 64
LUMIZYME ..... 74
LUNSUMIO ..... 34
LUNSUMIO VELO ..... 34
LUPRON DEPOT ..... 34
*lurasidone* ..... 52
*lurbiro* ..... 44
*lutera (28)* ..... 60
LYBALVI ..... 52
*lyleq* ..... 61
*lyllana* ..... 61
LYNOZYFIC ..... 34
LYNPARZA ..... 34
LYSODREN ..... 34
LYTGOBI ..... 34
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN ..... 78
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN ..... 78
LYUMJEV U-100 INSULIN ....78
*lyza* ..... 61

**M**

*macitentan* ..... 85
*magnesium chloride* ..... 89
*magnesium sulfate* ..... 90
MAGNESIUM SULFATE IN D5W ..... 90
*magnesium sulfate in water* ..... 90
*malathion* ..... 71
*mannitol 20 %* ..... 16
*mannitol 25 %* ..... 16
*maraviroc* ..... 6
*marlissa (28)* ..... 60
MARPLAN ..... 52
MATULANE ..... 34
*matzim la* ..... 16
MAVYRET ..... 6
*meclizine* ..... 20
*medroxyprogesterone* ..... 61
*mefloquine* ..... 3
*megestrol* ..... 34
MEKINIST ..... 34
MEKTOVI ..... 34
*meleya* ..... 61
*meloxicam* ..... 44
*melphalan hcl* ..... 34
*memantine* ..... 57
*memantine-donepezil* ..... 57
MENQUADFI (PF) ..... 25
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) ..... 25
MEPSEVII ..... 75
*mercaptopurine* ..... 35
*meropenem* ..... 3
*mesalamine* ..... 20
*mesalamine with cleansing wipe* ..... 20
*mesna* ..... 26
*metformin* ..... 78
*methadone* ..... 42
*methadone intensol* ..... 42
*methadose* ..... 42
*methazolamide* ..... 64
*methenamine hippurate* ..... 2
*methenamine mandelate* ..... 2
*methimazole* ..... 73
*methotrexate sodium* ..... 35
*methotrexate sodium (pf)* ..... 35
*methoxsalen* ..... 72
*methsuximide* ..... 46
*methylergonovine* ..... 62
*methylphenidate hcl* ..... 52, 53
*methylprednisolone* ..... 73
*methylprednisolone acetate* ..... 73
*methylprednisolone sodium succ* ..... 73
*metoclopramide hcl* ..... 21
*metolazone* ..... 16
*metoprolol succinate* ..... 16
*metoprolol ta-hydrochlorothiaz* 16
*metoprolol tartrate* ..... 16
*metronidazole* ..... 4, 62, 73
*metronidazole in nacl (iso-os)* .... 4
*metyrosine* ..... 16
*mexiletine* ..... 12
*micafungin* ..... 2
*microgestin 1.5/30 (21)* ..... 60
*microgestin 1/20 (21)* ..... 60
*microgestin fe 1.5/30 (28)* ..... 60
*microgestin fe 1/20 (28)* ..... 60
*midodrine* ..... 66
MIEBO (PF) ..... 64
*mifepristone* ..... 62, 75
*mili* ..... 60
*milnacipran* ..... 80
*milophene* ..... 75
*milrinone* ..... 12
*milrinone in 5 % dextrose* ..... 13
*mimvey* ..... 61
*minocycline* ..... 11
*minoxidil* ..... 16
*miostat* ..... 64
*mirabegron* ..... 89
*mirtazapine* ..... 53
*misoprostol* ..... 23
*mitomycin* ..... 35
*mitoxantrone* ..... 35
M-M-R II (PF) ..... 25
*modafinil* ..... 53
MODEYSO ..... 35
*moexipril* ..... 16
*molindone* ..... 53
*mometasone* ..... 71, 85
*mondoxyne nl* ..... 11
MONJUVI ..... 35
*mono-linyah* ..... 60
*montelukast* ..... 85
*morphine* ..... 43
*morphine (pf)* ..... 42
*morphine concentrate* ..... 42
MOUNJARO ..... 78
*moxifloxacin* ..... 11, 63
*moxifloxacin-sod.chloride(iso)* . 11
MRESVIA (PF) ..... 25
MULTAQ ..... 12
*mupirocin* ..... 67
*mycophenolate mofetil* ..... 35
*mycophenolate mofetil (hcl)* ..... 35
*mycophenolate sodium* ..... 35
MYFEMBREE ..... 62
MYHIBBIN ..... 35

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 10/16/2026.

MYLOTARG .....35
**N**
*nabumetone* .....44
*nadolol* .....16
*nafcillin* .....10
*nafcillin in dextrose iso-osm* .....10
*naftifine* .....67
NAGLAZYME .....75
*nalbuphine* .....44
*naloxone* .....44
*naltrexone* .....44
*naproxen* .....44
*naproxen sodium* .....44
*naratriptan* .....56
NATACYN .....63
*nateglinide* .....78
NAYZILAM .....46
*nebivolol* .....16
*nefazodone* .....53
NELARABINE .....35
NEMLUVIO .....35
*neomycin* .....4
*neomycin-bacitracin-poly-hc* .....63
*neomycin-bacitracin-polymyxin* 63
*neomycin-polymyxin b gu* .....67
*neomycin-polymyxin b-dexameth* .....63
*neomycin-polymyxin-gramicidin* .....63
*neomycin-polymyxin-hc* .....58, 63
NERLYNX .....35
NEUPRO .....41
*nevirapine* .....6
NEXLETOL .....13
NEXLIZET .....13
NEXPLANON .....62
*niacin* .....13
*nicardipine* .....16
NICOTROL NS .....64
*nifedipine* .....16
*nikki (28)* .....60
*nilotinib hcl* .....35
*nilutamide* .....35
*nimodipine* .....16
NINLARO .....35
*nintedanib* .....85
*nitazoxanide* .....4
*nitisinone* .....66
*nitro-bid* .....14
*nitrofurantoin macrocrystal* .....2
*nitrofurantoin monohyd/m-cryst* .2
*nitroglycerin* .....14, 21
NIVESTYM .....23
*nora-be* .....62
*norelgestromin-ethin.estradiol* .62
*norepinephrine bitartrate* .....13
*norethindrone (contraceptive)* ..62
*norethindrone acetate* .....62
*norethindrone ac-eth estradiol* 60, 62
*norgestimate-ethinyl estradiol* ..60
*nortrel 0.5/35 (28)* .....60
*nortrel 1/35 (21)* .....60
*nortrel 1/35 (28)* .....60
*nortrel 7/7/7 (28)* .....60
*nortriptyline* .....53
NORVIR .....6
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN .....78
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 .....78
NOVOLIN N FLEXPEN .....78
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN .....78
NOVOLIN R FLEXPEN .....78
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN .....78
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN .....78
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 .....78
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN .....78
NUBEQA .....35
NUCALA .....85
NUEDEXTA .....57
NULOJIX .....35
NUPLAZID .....53
NURTEC ODT .....56
*nyamyc* .....67
*nystatin* .....2, 67
*nystatin-triamcinolone* .....67
*nystop* .....67
NYVEPRIA .....23
**O**
*octreotide acetate* .....35
*octreotide,microspheres* .....35
ODEFSEY .....6
ODOMZO .....35
*ofloxacin* .....59, 63
OGSIVEO .....36
OJEMDA .....36
OJJAARA .....36
*olanzapine* .....53
*olmesartan* .....16
*olmesartan-amlodipin-hcthiazid* .....16
*olmesartan-hydrochlorothiazide* .....16
*omega-3 acid ethyl esters* .....13
*omeprazole* .....23
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS) .....88
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) .....88
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) .....88
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS) .....88
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) .....88
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) .....88
OMNITROPE .....23
ONCASPAR .....36
*ondansetron* .....21
*ondansetron hcl* .....21
*ondansetron hcl (pf)* .....21
ONIVYDE .....36
ONUREG .....36
OPDIVO .....36
OPDIVO QVANTIG .....36
OPDUALAG .....36
OPIPZA .....53
*opium tincture* .....22
OPSYNVI .....85
ORGOVYX .....36
ORKAMBI .....85
*orquidea* .....62
ORSERDU .....36
*oseltamivir* .....6
*osmitrol 20 %* .....16
OTEZLA .....80
OTEZLA STARTER .....80
OTEZLA XR .....80
OTEZLA XR INITIATION .....80
OTULFI .....68
*oxacillin* .....10
*oxacillin in dextrose(iso-osm)* .. 10
*oxaliplatin* .....36
*oxaprozin* .....44
*oxcarbazepine* .....46
OXERVATE .....64
*oxybutynin chloride* .....89
*oxycodone* .....43
*oxycodone-acetaminophen* .....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 10/16/2026.

OZEMPIC ..... 78
OZURDEX ..... 64
**P**
*pacerone* ..... 12
*paclitaxel* ..... 36
*paclitaxel protein-bound* ..... 36
PADCEV ..... 36
*paliperidone* ..... 53
*palonosetron* ..... 21
*pamidronate* ..... 75
PANRETIN ..... 72
*pantoprazole* ..... 23
*paricalcitol* ..... 75
*paroxetine hcl* ..... 53
PAVBLU ..... 64
PAXLOVID ..... 6
*pazopanib* ..... 36
PAZOPANIB ..... 36
PEDIARIX (PF) ..... 25
PEDVAX HIB (PF) ..... 25
*peg 3350-electrolytes* ..... 21
PEGASYS ..... 23, 24
*peg-electrolyte* ..... 21
*pellix* ..... 68
PEMAZYRE ..... 36
*pemetrexed disodium* ..... 36
PEN NEEDLE, DIABETIC ..... 88
PENBRAYA (PF) ..... 25
*penciclovir* ..... 69
*penicillamine* ..... 80
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE ..... 10
*penicillin g potassium* ..... 10
*penicillin g sodium* ..... 10
*penicillin v potassium* ..... 10
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) ..... 25
PENTACEL (PF) ..... 25
*pentamidine* ..... 4
*pentobarbital sodium* ..... 53
*pentoxifylline* ..... 19
*perampanel* ..... 46
*perindopril erbumine* ..... 16
*periogard* ..... 58
PERJETA ..... 36
*permethrin* ..... 71
*perphenazine* ..... 53
*pfizerpen-g* ..... 10
*phenelzine* ..... 53
*phenobarbital* ..... 46
*phenobarbital sodium* ..... 46
*phentolamine* ..... 16
*phenytoin* ..... 46
*phenytoin sodium* ..... 47
*phenytoin sodium extended* ..... 46, 47
*philith* ..... 60
PIFELTRO ..... 6
*pilocarpine hcl* ..... 64, 66
*pimecrolimus* ..... 72
*pimozide* ..... 53
*pimtrea (28)* ..... 60
*pindolol* ..... 16
*pioglitazone* ..... 78
*piperacillin-tazobactam* ..... 10
PIQRAY ..... 37
*pirfenidone* ..... 85
*piroxicam* ..... 44
*pitavastatin calcium* ..... 13
PIVOT INSULIN PUMP STARTER KIT ..... 88
PIVOT SUPPLY KIT ..... 88
PLEGRIDY ..... 24
PLENAMINE ..... 91
*plerixafor* ..... 24
*podofilox* ..... 72
POLIVY ..... 37
*polocaine* ..... 72
*polocaine-mpf* ..... 72
*polymyxin b sulf-trimethoprim* ..... 63
*pomalidomide* ..... 37
*portia 28* ..... 60
*posaconazole* ..... 2
*potassium acetate* ..... 90
*potassium chlorid-d5-0.45%nacl* ..... 90
*potassium chloride* ..... 90
*potassium chloride in 0.9%nacl* ..... 90
*potassium chloride in 5 % dex* ..... 90
*potassium chloride in lr-d5* ..... 90
*potassium chloride in water* ..... 90
*potassium chloride-0.45 % nacl* ..... 90
*potassium chloride-d5-0.2%nacl* ..... 90
*potassium chloride-d5-0.9%nacl* ..... 90
*potassium citrate* ..... 88
*potassium phosphate m-/d-basic* ..... 90
POTELIGEO ..... 37
*pralatrexate* ..... 37
PRALATREXATE ..... 37
*pramipexole* ..... 41
*prasugrel hcl* ..... 19
*pravastatin* ..... 13
*praziquantel* ..... 4
*prazosin* ..... 16
PRECISION XTRA MONITOR ..... 88
PRECISION XTRA TEST ..... 78
*prednisolone* ..... 73
*prednisolone acetate* ..... 64
*prednisolone sodium phosphate* ..... 64, 73
*prednisone* ..... 74
*prednisone intensol* ..... 73
*pregabalin* ..... 47
PREMARIN ..... 62
*premasol 10 %* ..... 91
PREMPHASE ..... 62
PREMPRO ..... 62
*prenatal vitamin oral tablet* ..... 91
*prevalite* ..... 13
PREVYMIS ..... 7
PREZCOBIX ..... 7
PREZISTA ..... 7
PRIFTIN ..... 4
PRIMAQUINE ..... 4
*primidone* ..... 47
PRIMIDONE ..... 47
PRIORIX (PF) ..... 25
*probenecid* ..... 81
*probenecid-colchicine* ..... 81
*procainamide* ..... 12
*prochlorperazine* ..... 21
*prochlorperazine edisylate* ..... 21
*prochlorperazine maleate oral* ..... 21
PROCRIT ..... 24
*procto-med hc* ..... 21
*proctosol hc* ..... 21
*proctozone-hc* ..... 21
*progesterone* ..... 62
*progesterone micronized* ..... 62
PROGRAF ..... 37
PROLASTIN-C ..... 66
PROLIA ..... 82
*promethazine* ..... 82
*propafenone* ..... 12
*propranolol* ..... 16
*propylthiouracil* ..... 73
PROQUAD (PF) ..... 25
*protamine* ..... 19
*protriptyline* ..... 53
PULMICORT FLEXHALER ..... 85
PULMOZYME ..... 85
*pyrazinamide* ..... 4
*pyridostigmine bromide* ..... 55

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 10/16/2026.

*pyrimethamine*....4
PYZCHIVA (ONLY NDCS STARTING WITH 61314) ...68
**Q**
QINLOCK....37
QUADRACEL (PF)....25
*quetiapine*....53, 54
*quinapril*....16
*quinapril-hydrochlorothiazide*..16
*quinidine sulfate*....12
*quinine sulfate*....4
QULIPTA....56
QVAR REDIHALER....85, 86
**R**
RABAVERT (PF)....25
RADICAVA ORS....57
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP....57
RALDESY....54
*raloxifene*....82
*ramelteon*....54
*ramipril*....16
*ranolazine*....13
*rasagiline*....41
*reclipsen (28)*....60
RECOMBIVAX HB (PF)....25
RELENZA DISKHALER....7
RELEUKO....24
*relgaabi*....47
RELISTOR....21
REMICADE....21
RENACIDIN....88
*repaglinide*....79
REPATHA....13
REPATHA SURECLICK....13
RETACRIT....24
RETEVMO....37
RETROVIR....7
REVCOVI....66
*revonto*....56
REVUFORJ....37
REXULTI....54
REYATAZ....7
REZDIFFRA....66
REZLIDHIA....37
REZUROCK....37
RHOPRESSA....64
*ribavirin*....7
*rifabutin*....4
*rifampin*....4
*rilpivirine hcl*....7
*riluzole*....66
*rimantadine*....7
*ringer's*....67, 90
RINVOQ....81
RINVOQ LQ....80
*risedronate*....66, 82
*risperidone*....54
*risperidone microspheres*....54
*ritonavir*....7
*rivaroxaban*....19
*rivastigmine*....57
*rivastigmine tartrate*....57
*rizatriptan*....56
ROCKLATAN....64
*roflumilast*....86
*romidepsin*....37
ROMVIMZA....37
*ropinirole*....41
*rosuvastatin*....14
ROTARIX....25
ROTATEQ VACCINE....25
*roweepra*....47
ROZLYTREK....37
RUBRACA....37
*rufinamide*....47
RUKOBIA....7
RUXIENCE....37
RYBELSUS....79
RYBREVANT....37
RYBREVANT FASPRO....37
RYDAPT....38
RYLAZE....38
RYTELO....38
**S**
*sacubitril-valsartan*....13
*sajazir*....86
*salsalate*....44
SANDOSTATIN LAR DEPOT 38
SANTYL....72
*sapropterin*....75
SARCLISA....38
SARCLISA ESCENA....38
SAVELLA....81
*saxagliptin*....79
*saxagliptin-metformin*....79
SCEMBLIX....38
*scopolamine base*....21
SECUADO....54
SELARSDI....68, 69
*selegiline hcl*....41
*selenium sulfide*....69
*sertraline*....54
*setlakin*....60
*sevelamer carbonate*....66
*sf* 58
*sf 5000 plus*....58
*sharobel*....62
SHINGRIX (PF)....25
SIGNIFOR....38
*sildenafil (pulmonary arterial hypertension)*....86
*silver sulfadiazine*....72
SIMBRINZA....64
SIMLANDI(CF)....81
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR....81
SIMULECT....38
*simvastatin*....14
*sirolimus*....38
SIRTURO....4
*sitagliptin phos-metformin*....79
*sitagliptin phosphate*....79
SKYRIZI....21, 69
*sodium acetate*....90
*sodium benzoate-sod phenylacet*....66
*sodium bicarbonate*....90
*sodium chloride*....66, 91
*sodium chloride 0.45 %*....91
*sodium chloride 0.9 %*....66
*sodium chloride 3 % hypertonic*91
*sodium chloride 5 % hypertonic*91
*sodium fluoride 5000 dry mouth*....58
*sodium fluoride 5000 plus*....58
*sodium fluoride-pot nitrate*....58
*sodium oxybate*....54
*sodium phenylbutyrate*....66
*sodium phosphate*....91
*sodium polystyrene sulfonate*....66
*sodium,potassium,mag sulfates* 21, 22
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR....7
*solifenacin*....89
SOLIQUA 100/33....79
SOLTAMOX....38
SOMATULINE DEPOT....38
SOMAVERT....75
*sorafenib*....38
*sotalol*....12
*sotalol af*....12
SPIRIVA RESPIMAT....86
*spironolactone*....17
*spironolacton-hydrochlorothiaz*17

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 10/16/2026.

SPRAVATO....54
*sprintec (28)*....60
SPRITAM....47
*sps (with sorbitol)*....66
*ssd*....72
STELARA....69
STIOLTO RESPIMAT....86
STIVARGA....38
STRENSIQ....75
STREPTOMYCIN....4
STRIBILD....7
STRIVERDI RESPIMAT....86
SUBLOCADE....43
*subvenite*....47
SUBVENITE....47
SUCRAID....22
*sucralfate*....23
*sulfacetamide sodium*....64
*sulfacetamide sodium (acne)*....67
*sulfacetamide-prednisolone*....64
*sulfadiazine*....11
*sulfamethoxazole-trimethoprim*.11
*sulfasalazine*....22
*sulindac*....44
*sumatriptan nasal*....56
*sumatriptan succinate*....56
*sunitinib malate*....38
SUNLENCA....7
*syeda*....60
SYLVANT....38
SYMDEKO....86
SYMPAZAN....47
SYMPROIC....22
SYMTUZA....7
SYNJARDY....79
SYNJARDY XR....79

**T**

TABLOID....38
TABRECTA....38
*tacrolimus*....38, 72
*tadalafil*....89
*tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg*....86
TAFINLAR....38
TAGRISSO....38
TALVEY....38
TALZENNA....38
*tamoxifen*....38
*tamsulosin*....89
*tarina fe 1-20 eq (28)*....60
*tazarotene*....73
*taxicef*....9
TECENTRIQ....38
TECENTRIQ HYBREZA....38
TECVAYLI....38
TEFLARO....9
*telmisartan*....17
*telmisartan-amlodipine*....17
*telmisartan-hydrochlorothiazid*.17
TEMODAR....38
*temsirolimus*....38
TENIVAC (PF)....25
*tenofovir disoproxil fumarate*....7
TEPMETKO....38
*terazosin*....17
*terbinafine hcl*....2
*terbutaline*....86
*terconazole*....62
*teriflunomide*....58
*teriparatide*....82
*testosterone*....75
*testosterone cypionate*....75
*testosterone enanthate*....75
*tetrabenazine*....58
*tetracycline*....11
TEVIMBRA....38
TEZSPIRE....86
THALOMID....39
*theophylline*....86
*thioridazine*....54
*thiotepa*....39
*thiothixene*....54
*tiadylt er*....17
*tiagabine*....47
TIBSOVO....39
*ticagrelor*....19
TICE BCG....25
TICOVAC....25
*tigecycline*....4
*tilia fe*....60
*timolol maleate*....17, 63
*tinidazole*....4
*tiotropium bromide*....86
TIVDAK....39
TIVICAY....7
TIVICAY PD....7
*tizanidine*....56
TOBI PODHALER....4
TOBRADEX....63
*tobramycin*....4, 63
*tobramycin in 0.225 % nacl*....4
*tobramycin sulfate*....4
*tobramycin-dexamethasone*....63
*tofacitinib*....81
*tolterodine*....89
*tolvaptan*....75
*tolvaptan (polycys kidney dis)*..75
*topiramate*....47
*topotecan*....39
*toremifene*....39
*torpenz*....39
*torsemide*....17
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR....79
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN....79
TRADJENTA....79
*tramadol*....44
*tramadol-acetaminophen*....44
*trandolapril*....17
*trandolapril-verapamil*....17
*tranexamic acid*....62
*tranylcypromine*....54
*travasol 10 %*....91
*travoprost*....64
TRAZIMERA....39
*trazodone*....54
TRELEGY ELLIPTA....86
TRELSTAR....39
TREMFYA....69
TREMFYA ONE-PRESS....69
TREMFYA PEN....69
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN)....69
*treprostinil sodium*....17
*tretinoin (antineoplastic)*....39
*tretinoin topical*....73
*triamcinolone acetonide*58, 71, 74
*triamterene-hydrochlorothiazid*17
*triderm*....71
*trientine*....66
*tri-estarylla*....60
*trifluoperazine*....54
*trifluridine*....63
*trihexyphenidyl*....41
TRIJARDY XR....79
TRIKAFTA....86
*tri-legest fe*....60
*tri-linyah*....60
*trilitas*....73
*tri-lo-estarylla*....60
*tri-lo-marzia*....60
*tri-lo-sprintec*....60
*trimethoprim*....2
*trimipramine*....55

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 10/16/2026.

TRINTELLIX .....55
*tri-sprintec (28)* .....60
TRIUMEQ .....7
TRIUMEQ PD .....7
TRODELVY .....39
TROGARZO .....7
TROPHAMINE 10 % .....91
*trospium* .....89
TRULANCE .....22
TRULICITY .....79
TRUMENBA .....25
TRUQAP .....39
TUKYSA .....39
TURALIO .....39
*turqoz (28)* .....60
TWIIST REFILL KT(CSST-NDL-SYR) .....88
TWIIST RFL(INFUS-CSST-NDL-SYR) .....88
TWIIST STARTER KIT .....88
TWINRIX (PF) .....25
TYENNE .....81
TYENNE AUTOINJECTOR .....81
TYMLOS .....82
TYPHIM VI .....25
TYVASO .....86
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT .....86
TYVASO REFILL KIT .....87
TYVASO STARTER KIT .....87

**U**

UBRELVY .....56
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE .....88
*unithroid* .....74
UNITUXIN .....39
UNLOXCYT .....39
UPTRAVI .....17
*ursodiol* .....22
USTEKINUMAB .....69
USTEKINUMAB-AEKN .....69

**V**

*valacyclovir* .....7
VALCHLOR .....72
*valganciclovir* .....7
*valproate sodium* .....47
*valproic acid* .....47
*valproic acid (as sodium salt)* .....47
*valrubicin* .....39
*valsartan* .....17
*valsartan-hydrochlorothiazide* .....17
VALTOCO .....47
*valtya* .....60
*vancomycin* .....4, 5
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL .....4
VANFLYTA .....39
VAQTA (PF) .....25, 26
*varenicline tartrate* .....65
VARIVAX (PF) .....26
VARIZIG .....26
VARUBI .....22
VAXCHORA VACCINE .....26
VECTIBIX .....39
*veletri* .....17
*velivet triphasic regimen (28)* .....60
VELTASSA .....66
VEMLIDY .....7
VENCLEXTA .....39
VENCLEXTA STARTING PACK .....39
*venlafaxine* .....55
VEPPANU .....39
*verapamil* .....17
VERQUVO .....13
VERSACLOZ .....55
VERZENIO .....39
*vestura (28)* .....60
VIBATIV .....5
VIBERZI .....22
*vienva* .....60
*vigabatrin* .....47
*vigadrone* .....47
*vilazodone* .....55
VIMIZIM .....75
VIMKUNYA (PF) .....26
*vinblastine* .....39
*vincristine* .....39
*vinorelbine* .....39
*viorele (28)* .....60
VIRACEPT .....7
VIREAD .....7
VITRAKVI .....39, 40
VIVITROL .....44
VIVOTIF .....26
VONJO .....40
VORANIGO .....40
*voriconazole* .....2
*voriconazole-hpbcd* .....2
VOSEVI .....7
VOWST .....22
VRAYLAR .....55
VUMERITY .....58
VYLOY .....40
VYNDAMAX .....13
VYVGART .....56
VYVGART HYTRULO .....56
VYXEOS .....40

**W**

*warfarin* .....19
*water for irrigation, sterile* .....66
WELIREG .....40
*wera (28)* .....60
*wescap-pn dha* .....91
WINREVAIR .....87
*wixela inhub* .....87
WYOST .....26

**X**

XALKORI .....40
XARELTO .....19
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START .....19
XCOPRI .....47, 48
XCOPRI MAINTENANCE PACK .....47
XCOPRI TITRATION PACK .....48
XDEMVY .....64
XEMBIFY .....26
XERMELO .....40
XIAFLEX .....66
XIFAXAN .....5
XIGDUO XR .....79, 80
XIIDRA .....64
XOFLUZA .....7
XOLAIR .....87
XOSPATA .....40
XPOVIO .....40
XTANDI .....40
*xulane* .....62

**Y**

YERVOY .....40
YESINTEK .....69
YF-VAX (PF) .....26
YONDELIS .....40
*yulithira* .....40
*yuvafem* .....62

**Z**

*zafemy* .....62
*zafirlukast* .....87
*zaleplon* .....55
ZALTRAP .....40
ZEJULA .....40
ZELBORAF .....40
*zenatane* .....73
ZENBEXUS .....41
ZENPEP .....22

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 10/16/2026.

ZEPOSIA .....58
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY).....58
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY).....58
ZEPZELCA.....41
*zidovudine* .....7, 8
ZIIHERA.....41
*ziprasidone hcl* .....55
*ziprasidone mesylate* .....55
ZIRABEV .....41
ZIRGAN.....63
ZOLADEX.....41
*zoledronic acid*.....75
*zoledronic acid-mannitol-water*66
ZOLINZA .....41
*zolpidem* .....55
ZONISADE.....48
*zonisamide*.....48
*zovia 1-35 (28)* .....60
ZTALMY .....48
*zumandimine (28)*.....60
ZURZUVAE .....55
ZYDELIG .....41
ZYKADIA .....41
ZYMFENTRA .....22
ZYNLONTA.....41
ZYNYZ.....41
ZYPREXA RELPREVV.....55

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 10/16/2026.

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 **800-771-0088** (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 **800-771-0088** (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 **800-771-0088**（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 **800-771-0088** (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 fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan **800-771-0088** (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. **800-771-0088** (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' **800-771-0088** (TTY: **711**) o parla con il tuo fornitore.

**יידי ש (Yiddish)** נאטיץ: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פאר דיר פריי. רופן צונעמען אידס און בַאַדינונגס אלַאר צוַרַאווייַדינג אינאלאָרמַאציע אין צוטריטלעך אלאָרמַאטירונגען זענען אויך בנימצא פריי. (TTY: **800-771-0088** **711**) רעדן מיט דיין טרעגער.

**(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। 800-771-0088 (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 **800-771-0088** (TTY: **711**) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

**العربية (Arabic)**

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم **800-771-0088**(**711** ) أو تحدث إلى مقدم الخدمة .

**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 **800-771-0088** (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 کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ (**711 800-771-0088**:TTY) پر کال کریں یا 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 **800-771-0088** (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 **800-771-0088** (TTY: **711**) ή απευθυνθείτε στον πάροχό 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। **800-771-0088 (TTY:** 711**)** पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।.

**Hindi ह िंदी ध्यान दें:** यदि आप द5िंिी बोलते 5ैं, तो आपके दलए दनिः शुल्क भाषा स5ायता सेवाएि उपलब्ध 5ोती 5ैं। सुलभ प्रारूपोिं में जानकारी प्रिान करने के दलए उपयुक्त स5ायक साधन और सेवाएँ भी दनिः शुल्क उपलब्ध 5ैं। **1-800-580-7000 (TTY:** 711**)** पर कॉल करें या अपने प्रिाता से बात करें।.

**Aviso de no discriminación de ElderServe STAR (HMO I-SNP)**

ElderServe STAR (HMO I-SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables 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 la ley 45 CFR, CFR § 92.101[a][2]). ElderServe STAR (HMO I-SNP) no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ElderServe STAR (HMO I-SNP):

- Brinda modificaciones razonables y servicios y asistencia auxiliares gratuitos adecuados para personas con discapacidades a fin de que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, por ejemplo:
    - Intérpretes de lengua de señas calificados
    - 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 lo siguiente:
    - 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 un reclamo 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 el sitio web https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo electrónico o teléfono al:

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 el sitio web http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

# ElderServe Health

Este formulario se actualizó el 10/16/2026. Para obtener la información más reciente u otras preguntas, comuníquese con nosotros, Servicios para los miembros de ElderServe Health Plan al 1-800-580-7000 o, para usuarios de TTY al TTY/TDD 711, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. o visite el sitio web www.ElderServeHealth.org.