2025

Formulario (Lista de medicamentos cubiertos)

RiverSpring MAP (HMO D-SNP)

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

HPMS Approved Formulary File Submission ID 00025116, Version: 18

Este formulario se actualizó el 09/16/2025. Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con nosotros, con Servicios para Miembros de RiverSpring Health Plans al 1-800-580-7000 o, para usuarios de TTY, TTY/TDD, 711 los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., o visite https://riverspringhealthplans.org/.

H6776_Formulary002CY25_C_SP

Índice

¿QUÉ ES EL FORMULARIO DE RIVERSPRING MAP?

¿PUEDE CAMBIAR EL FORMULARIO (LISTA DE MEDICAMENTOS)?

¿QUÉ SON LOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS?

¿HAY ALGUNA RESTRICCIÓN EN MI COBERTURA?

¿QUÉ PASA SI MI MEDICAMENTO NO ESTÁ EN EL FORMULARIO?

¿CÓMO SOLICITO UNA EXCEPCIÓN AL FORMULARIO DE RIVERSPRING MAP (HMO D-SNP)?

¿QUÉ DEBO HACER ANTES DE HABLAR CON MI MÉDICO SOBRE EL CAMBIO DE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMO O LA SOLICITUD DE UNA EXCEPCIÓN?

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

FORMULARIO DE RIVERSPRING MAP

Lista de abreviaturas

ANTIINFECCIOSOS

AGENTES ANTIMICÓTICOS

ANTIVIRALES

CEFALOSPORINAS

ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS

ANTIINFECCIOSOS VARIOS

PENICILINAS

QUINOLONAS

SULFAS/AGENTES RELACIONADOS

TETRACICLINAS

AGENTES DEL TRACTO URINARIO

MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNOSUPRESORES

AGENTES ADJUNTIVOS

MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNOSUPRESORES

MEDICAMENTOS PARA EL SNC/AUTONÓMICOS, NEUROLOGÍA/PSICOLOGÍA

ANTICONVULSIVOS

AGENTES ANTIPARKINSONIANOS

TERAPIA DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS

TERAPIAS NEUROLÓGICAS VARIAS

RELAJANTES MUSCULARES/TERAPIA CON ANTIESPASMÓDICOS

ANALGÉSICOS NARCÓTICOS

ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS

CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS

AGENTES ANTIARRÍTMICOS

TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA

TERAPIA DE COAGULACIÓN

AGENTES REDUCTORES DE LÍPIDOS/COLESTEROL

AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS

NITRATOS

DERMATOLÓGICOS/TERAPIA TÓPICA

ANTIPSORIÁTICO/ANTISEBORREICO

DERMATOLÓGICOS VARIOS

TERAPIA PARA EL ACNÉ

ANTIBACTERIANOS TÓPICOS

ANTIMICÓTICOS TÓPICOS

ANTIVIRALES TÓPICOS

CORTICOSTEROIDES TÓPICOS

ESCABICIDAS TÓPICOS/PEDICULICIDAS

DIAGNÓSTICOS/AGENTES VARIOS

ANOREXÍGENOS

ANTÍDOTOS

SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN

AGENTES VARIOS

AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR

MEDICAMENTOS PARA OÍDOS, NARIZ/GARGANTA

AGENTES VARIOS

PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS

ESTEROIDES ÓTICOS/ANTIBIÓTICOS

ENDOCRINO/DIABETES

HORMONAS SUPRARRENALES

AGENTES ANTITIROIDEOS

TERAPIA PARA LA DIABETES

HORMONAS VARIAS

HORMONAS TIROIDEAS

GASTROENTEROLOGÍA

ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS

AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS

TERAPIA PARA ÚLCERAS

INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA

MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS

VACUNAS/INMUNOLÓGICOS VARIOS

SUMINISTROS VARIOS

SUMINISTROS VARIOS

MUSCULOESQUELÉTICO/REUMATOLOGÍA

TERAPIA PARA LA GOTA

TERAPIA PARA LA OSTEOPOROSIS

OTROS REUMATOLÓGICOS

OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA

ESTRÓGENOS/PROGESTINAS

OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA VARIOS

ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS

OXITÓCICOS

OFTALMOLOGÍA

ANTIBIÓTICOS

ANTIVIRALES

BETABLOQUEANTES

OFTALMOLÓGICOS VARIOS

AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES

MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA

OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA

COMBINACIONES DE ESTEROIDES Y ANTIBIÓTICOS

ESTEROIDES

SIMPATICOMIMÉTICOS

RESPIRATORIO Y ALERGIA

ANTIHISTAMÍNICOS/AGENTES ANTIALERGÉNICOS

AGENTES PULMONARES

UROLÓGICOS

ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS

TERAPIA DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)

UROLÓGICOS VARIOS

VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS

DERIVADOS DE LA SANGRE

ELECTROLITOS

PRODUCTOS DE NUTRICIÓN VARIOS

VITAMINAS/HEMATÍNICOS

ÍNDICE DE MEDICAMENTOS

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 RiverSpring MAP (HMO D-SNP). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa RiverSpring MAP (HMO D-SNP).

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) para nuestro plan que entró en vigencia el 19 de agosto de 2023. Para obtener el formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y 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 2024 y ocasionalmente durante el año.

¿Qué es el Formulario de RiverSpring MAP?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por RiverSpring MAP (HMO D-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, RiverSpring MAP (HMO D-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 RiverSpring MAP (HMO D-SNP) y se cumplan otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de Cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1.º de enero, pero RiverSpring MAP (HMO D-SNP) puede agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, transferirlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios.

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:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, 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 el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de RiverSpring MAP (HMO D-SNP)?”

Medicamentos retirados del mercado. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro formulario es inseguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos el medicamento de nuestro formulario de inmediato y le enviaremos un aviso a los miembros que lo toman.

- **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 nuevas restricciones al medicamento de marca o trasladarlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas cosas. O también podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario [o] 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 recibirá un suministro de 30 días del medicamento.
    - Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de RiverSpring MAP (HMO D-SNP)?"

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. Por lo general, si usted está tomando un medicamento de nuestro formulario 2024 que estaba cubierto al principio del año, no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2024, 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.° de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto entró en vigencia el 19 de agosto de 2023. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por RiverSpring MAP (HMO D-SNP), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. Se realizarán actualizaciones mensuales de los formularios impresos utilizando hojas de erratas del formulario en caso de que se produzcan cambios en el formulario que no requieran mantenimiento a mitad de año.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del formulario:

Afección médica

El formulario comienza en la página 7. 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 BETABLOQUEANTES. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 157. 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 163. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

RiverSpring MAP (HMO D-SNP) cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dado que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿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:** RiverSpring MAP (HMO D-SNP) requiere que usted [o su médico] obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener la aprobación de RiverSpring MAP (HMO D-SNP) antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que RiverSpring MAP (HMO D-SNP) no cubra el medicamento.

- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, RiverSpring MAP (HMO D-SNP) limita la cantidad del medicamento que cubrirá.

- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, RiverSpring MAP (HMO D-SNP) requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su condición médica, es posible que RiverSpring MAP (HMO D-SNP) no cubra el medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, RiverSpring MAP (HMO D-SNP) cubrirá el medicamento B.

Puede verificar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales en el formulario que comienza en la página 7. 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 RiverSpring MAP (HMO D-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 RiverSpring MAP (HMO D-SNP)?" en la página 4 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 Miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si le informan que RiverSpring MAP (HMO D-SNP) no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por RiverSpring MAP (HMO D-SNP). Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por RiverSpring MAP (HMO D-SNP).

- Puede solicitarle a RiverSpring MAP (HMO D-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 RiverSpring MAP (HMO D-SNP)?

Puede solicitarle a RiverSpring MAP 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 pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido menor.

- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, RiverSpring MAP (HMO D-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.

Generalmente, RiverSpring MAP (HMO D-SNP) solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, [el medicamento con menor costo compartido] o las restricciones de utilización adicionales no serían tan efectivos para tratar su condición y/o le causarían efectos médicos adversos.

Para solicitar una decisión de cobertura inicial para una excepción al formulario o a las restricciones de utilización, debe comunicarse con nosotros. **Cuando solicita una excepción al formulario o a las restricciones de utilización, debe presentar una declaración de parte del médico o profesional que receta para respaldar su solicitud.** 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 excepción

acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se le concede el trámite rápido de la excepción, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico o de otra persona autorizada a dar recetas.

¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre el cambio de los medicamentos que tomo o la solicitud de una excepción?

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el formulario. También es posible que esté tomando un medicamento incluido en el formulario, pero su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar nuestra autorización previa antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras habla con su médico para determinar la forma de proceder correcta para usted, es posible que, en ciertos casos, cubramos su medicamento durante los primeros 90 días a partir de la fecha en que se convierte en miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no se encuentren en nuestro formulario o si sus posibilidades de obtener los medicamentos son limitadas, 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. Después de su primer suministro para 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, aunque haya sido un asegurado del plan durante menos de 90 días.

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

Los inscritos que estén atravesando un cambio en su atención son elegibles para recibir un suministro temporal para garantizar la continuidad de los medicamentos necesarios en todos los entornos de atención. Si el inscrito no está en su período de transición durante su cambio de atención, o está en el período de transición pero ya recibió su suministro máximo de días de transición, el sistema rechazará la reclamación y los códigos de rechazo correspondientes se devolverán a la farmacia. La farmacia de la red recibe mensajes secundarios adicionales (si es nivel de atención) y capacitación para informar a la farmacia sobre el procedimiento apropiado. En el caso de que un inscrito cambie de entorno de atención y no tenga acceso a las recetas actuales, la farmacia de la red puede comunicarse con la mesa de ayuda de Express Scripts para solicitar una anulación y dispensar un suministro de transición temporal. Se generan notificaciones de transición apropiadas para el inscrito y el profesional que receta en el plazo requerido. Como estos inscritos son vulnerables a la interrupción de la atención, Express Scripts también proporciona datos diarios de reclamaciones rechazadas a los planes para la supervisión de estos inscritos que experimentan un cambio en su atención a fin de garantizar que la transición se haya efectuado.

Para obtener más información

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

Si tiene preguntas sobre RiverSpring MAP (HMO D-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 http://www.medicare.gov.

Formulario de RiverSpring MAP

El formulario a continuación proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por RiverSpring MAP (HMO DSNP). Si tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, diríjase al índice que comienza en la página 163.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben con mayúscula (por ejemplo, DIFLUCAN) y los medicamentos genéricos se escriben en cursiva minúscula (por ejemplo, *fluconazol).*

La información en la columna Requisitos/Límites le indica si RiverSpring MAP (HMO D-SNP) tiene requisitos especiales para la cobertura de su medicamento.

A continuación se muestra una lista de abreviaturas que pueden aparecer en las siguientes páginas en la columna Requisitos/Límites, que le indica si existen requisitos especiales para la cobertura de su medicamento.

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 el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ANTIINFECCIOSOS		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ABELCET	1	B/D PA
amphotericin b	1	B/D PA; MO
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	1	MO
posaconazole oral tablet,delayed release (dr/ec)	1	PA; MO; QL (96 por 30 días)
terbinafine hcl oral	1	MO
voriconazole intravenous	1	PA; MO
voriconazole oral suspension for reconstitution	1	PA; MO
voriconazole oral tablet	1	PA; MO
voriconazole-hpbcd	1	PA
AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS		
methenamine hippurate	1	MO
methenamine mandelate	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
atovaquone	1	MO
atovaquone-proguanil	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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
aztreonam	1	PA; MO
CAYSTON	1	PA; MO; LA; QL (84 por 56 días)
chloramphenicol sod succinate	1	
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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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; MO
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	1	MO
imipenem-cilastatin	1	PA; MO
isoniazid injection	1	
isoniazid oral	1	MO
ivermectin oral tablet 3 mg	1	PA; MO; 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
linezolid-0.9% sodium chloride	1	PA
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)

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
metro i.v.	1	PA; MO
metronidazole in nacl (iso-os)	1	PA; MO
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	MO
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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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	1	PA; MO
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/200 ML	1	PA; QL (4000 por 10 días)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 500 MG/100 ML	1	PA; QL (1000 por 10 días)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 750 MG/150 ML	1	PA; QL (4050 por 10 días)
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg	1	PA; MO; QL (20 por 10 días)
vancomycin intravenous recon soln 10 gram	1	PA; QL (2 por 10 días)
vancomycin intravenous recon soln 5 gram	1	PA; QL (4 por 10 días)
vancomycin intravenous recon soln 500 mg	1	PA; 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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
vancomycin intravenous recon soln 750 mg	1	PA; MO; 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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
atazanavir	1	MO
BARACLUDE ORAL SOLUTION	1	MO
BIKTARVY	1	MO
CABENUVA	1	MO
cidofovir	1	B/D PA; MO
CIMDUO	1	MO
COMPLERA	1	MO
darunavir	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) oral tablet 100-150 mg	1	MO
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg	1	MO
emtricita-rilpivirine-tenof df	1	
EMTRIVA ORAL SOLUTION	1	MO
entecavir	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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
etravirine	1	MO
EVOTAZ	1	MO
famciclovir	1	MO
fosamprenavir	1	MO
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN	1	
ganciclovir sodium intravenous recon soln	1	B/D PA; MO
ganciclovir sodium intravenous solution	1	B/D PA
GENVOYA	1	MO
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	1	MO
ISENTRESS HD	1	MO
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET	1	MO
ISENTRESS ORAL TABLET	1	MO
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	1	MO
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	1	MO
JULUCA	1	MO
KALETRA ORAL SOLUTION	1	MO
lamivudine	1	MO
lamivudine-zidovudine	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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	
nevirapine oral tablet	1	MO
nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg	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)

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG	1	
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	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
rimantadine	1	MO
ritonavir	1	MO
RUKOBIA	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
SELZENTRY ORAL SOLUTION	1	MO
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	1	PA; MO; QL (28 por 28 días)
STRIBILD	1	MO
SUNLENCA	1	
SYMTUZA	1	MO
SYNAGIS	1	MO; LA
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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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 10 gram, 100 gram, 300 gram	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
cefazolin intravenous recon soln 1 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	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
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	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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	1	MO
cephalexin oral suspension for reconstitution	1	MO
tazicef injection	1	PA; MO
tazicef intravenous	1	PA
TEFLARO	1	PA; MO
ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS		
azithromycin intravenous	1	PA; MO
azithromycin oral packet	1	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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
clarithromycin	1	MO
DIFICID ORAL TABLET	1	MO; QL (20 por 10 días)
ery-tab oral tablet,delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg	1	MO
erythrocin (as stearate) oral tablet 250 mg	1	
erythromycin ethylsuccinate oral tablet	1	
erythromycin oral	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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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	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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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	

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml	1	PA; MO
levofloxacin intravenous	1	PA
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	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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
mondoxyne nl oral capsule 100 mg	1	
tetracycline oral capsule	1	MO
CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS		
AGENTES ANTIARRÍTMICOS		
adenosine	1	
amiodarone intravenous solution	1	B/D PA; MO
amiodarone oral	1	MO
dofetilide	1	MO
flecainide	1	MO
ibutilide fumarate	1	
lidocaine (pf) intravenous	1	
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, 400 mg	1	MO
procainamide injection	1	
propafenone oral capsule,extended release 12 hr	1	MO
propafenone oral tablet	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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	1	QL (60 por 30 días)
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
sacubitril-valsartan	1	MO; QL (60 por 30 días)
sodium nitroprusside	1	B/D PA
VERQUVO	1	MO; QL (30 por 30 días)
VYNDAMAX	1	PA; MO
VYNDAQEL	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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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	1	MO
REPATHA	1	PA; QL (6 por 28 días)
REPATHA PUSHTRONEX	1	PA; QL (7 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
isosorbide mononitrate	1	MO
nitro-bid	1	MO
nitroglycerin in 5 % dextrose intravenous solution 100 mg/250 ml (400 mcg/ml), 25 mg/250 ml (100 mcg/ml), 50 mg/250 ml (200 mcg/ml)	1	B/D PA
nitroglycerin intravenous	1	B/D PA
nitroglycerin sublingual	1	MO
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	MO
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
benazepril	1	MO
benazepril-hydrochlorothiazide	1	MO
betaxolol 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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg	1	MO
bisoprolol-hydrochlorothiazide	1	MO
bumetanide injection	1	MO
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	MO
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	1	MO
diltiazem hcl intravenous	1	
diltiazem hcl oral capsule,ext.rel 24h degradable	1	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr	1	MO
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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
fosinopril-hydrochlorothiazide	1	MO
furosemide injection solution	1	MO
furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	1	MO
furosemide oral tablet	1	MO
hydralazine	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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
losartan-hydrochlorothiazide	1	MO
mannitol 20 %	1	
mannitol 25 % intravenous solution	1	MO
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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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	MO
telmisartan-hydrochlorothiazid	1	MO
terazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
terazosin oral capsule 10 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
tiadylt er	1	MO
timolol maleate oral	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	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		

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
aminocaproic acid intravenous	1	MO
aminocaproic acid oral	1	MO
aspirin-dipyridamole	1	MO
BRILINTA	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	MO
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
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	1	MO; QL (74 por 180 días)
ELIQUIS ORAL TABLET	1	MO; QL (60 por 30 días)
eltrombopag olamine	1	PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
enoxaparin subcutaneous solution	1	MO; QL (30 por 30 días)
enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml	1	MO; QL (28 por 28 días)
enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml	1	MO; QL (22.4 por 28 días)
enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml, 60 mg/0.6 ml	1	MO; QL (16.8 por 28 días)
enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml	1	MO; QL (11.2 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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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 cartridge	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	
heparin, porcine (pf) injection solution 5,000 unit/0.5 ml	1	MO
HEPARIN, PORCINE (PF) INJECTION SYRINGE	1	MO
jantoven	1	MO
pentoxifylline	1	MO
prasugrel hcl	1	MO
PROMACTA	1	PA; MO; LA
protamine	1	
rivaroxaban oral suspension for reconstitution	1	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 SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	1	MO; QL (775 por 28 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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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 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	1	B/D PA
droperidol injection solution	1	MO
ENTYVIO	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
enulose	1	MO
fosaprepitant	1	MO
GATTEX 30-VIAL	1	PA; MO
GATTEX ONE-VIAL	1	PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
gavilyte-c	1	MO
gavilyte-g	1	MO
gavilyte-n	1	
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	
lactulose oral solution	1	MO
LINZESS	1	MO; QL (30 por 30 días)
lubiprostone	1	MO; QL (60 por 30 días)
meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	1	MO
mesalamine oral capsule (with del rel tablets)	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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
mesalamine oral capsule, extended release	1	
mesalamine oral capsule,extended release 24hr	1	MO
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec)	1	MO
mesalamine rectal	1	MO
mesalamine with cleansing wipe	1	MO
metoclopramide hcl injection solution	1	MO
metoclopramide hcl injection syringe	1	
metoclopramide hcl oral solution	1	MO
metoclopramide hcl oral tablet	1	MO
nitroglycerin rectal	1	MO
OCALIVA	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días)
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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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	MO
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)
SANCUSO	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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
VOWST	1	PA; LA
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	1	MO
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 60,000-189,600-252,600 UNIT	1	MO
ZYMFENTRA	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
atropine injection solution 0.4 mg/ml	1	
atropine injection syringe 0.1 mg/ml	1	
atropine intravenous solution 0.4 mg/ml	1	
atropine intravenous syringe 0.25 mg/5 ml (0.05 mg/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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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	
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	MO
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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
esomeprazole sodium intravenous recon soln 40 mg	1	MO
famotidine (pf)	1	MO
famotidine (pf)-nacl (iso-os)	1	MO
famotidine intravenous	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)
misoprostol	1	MO
nizatidine oral capsule	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)

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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	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
GARDASIL 9 (PF)	1	V

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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	
HIZENTRA	1	B/D PA; MO
HYPERHEP B	1	
HYPERHEP B NEONATAL	1	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	1	V
INFANRIX (DTAP) (PF)	1	
IPOL	1	V
IXIARO (PF)	1	V
JYNNEOS (PF)	1	B/D PA; V
KINRIX (PF)	1	
MENQUADFI (PF)	1	V
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	1	V
M-M-R II (PF)	1	V
MRESVIA (PF)	1	V
PEDIARIX (PF)	1	
PEDVAX HIB (PF)	1	
PENBRAYA (PF)	1	V
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF)	1	V

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	1	
PRIORIX (PF)	1	V
PRIVIGEN	1	PA; MO
PROQUAD (PF)	1	
QUADRACEL (PF)	1	
RABAVERT (PF)	1	V
RECOMBIVAX HB (PF)	1	B/D PA; V
ROTARIX ORAL SUSPENSION	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	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	1	V
VIVOTIF	1	MO; V
YF-VAX (PF)	1	V
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNO DEPRESORES		
AGENTES COADYUVANTES		
BOMYNTRA	1	B/D PA; MO
dexrazoxane hcl	1	B/D PA; MO
ELITEK	1	MO
KHAPZORY INTRAVENOUS RECON SOLN 175 MG	1	B/D PA
leucovorin calcium oral	1	MO
levoleucovorin calcium intravenous recon soln	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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
levoleucovorin calcium intravenous solution	1	B/D PA
mesna intravenous	1	B/D PA; MO
mesna oral	1	MO
MESNEX ORAL	1	MO
WYOST	1	B/D PA; MO
XGEVA	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)
ABRAXANE	1	B/D PA; MO
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)
ALIQOPA	1	B/D PA; LA
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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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; MO
BALVERSA	1	PA; LA
BAVENCIO	1	B/D PA; LA
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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
bexarotene	1	PA; MO
bicalutamide	1	MO
BIZENGRI	1	PA
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)
BRAFTOVI	1	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días)
BRUKINSA ORAL CAPSULE	1	PA; LA; QL (120 por 30 días)
BRUKINSA ORAL TABLET	1	PA; LA; QL (60 por 30 días)
busulfan	1	B/D PA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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 (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 09/16/2025.

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	1	B/D PA
cyclosporine modified oral capsule	1	B/D PA; MO
cyclosporine modified oral solution	1	B/D PA
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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 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), 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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
doxorubicin intravenous solution 2 mg/ml	1	B/D PA
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
ENVARSUS XR	1	B/D PA; MO
epirubicin intravenous solution 200 mg/100 ml	1	B/D PA
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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
ERWINASE	1	B/D PA
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 (330 por 30 días)
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 5 mg	1	PA; MO; QL (180 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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	1	PA; MO
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	1	PA; MO
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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
GEMCITABINE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML	1	B/D PA
gengraf	1	B/D PA; MO
GILOTRIF	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG	1	MO
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG, 40 MG	1	MO
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA; QL (126 por 28 días)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	1	PA; QL (84 por 28 días)

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION	1	PA; QL (168 por 28 días)
GRAFAPEX	1	B/D PA
hydroxyurea	1	MO
IBRANCE	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 (120 por 30 días)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	1	PA; QL (30 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION	1	PA; QL (324 por 30 días)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	1	PA; QL (30 por 30 días)
IMDELLTRA	1	PA; MO
IMFINZI	1	B/D PA; MO; LA
IMJUDO	1	PA; MO
IMKELDI	1	PA; MO; QL (280 por 28 días)
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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
IWILFIN	1	PA; LA; QL (240 por 30 días)
IXEMPRA	1	B/D PA; MO
JAKAFI	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
JEMPERLI	1	PA; MO
JEVTANA	1	B/D PA; MO
JYLAMVO	1	B/D PA; MO
KADCYLA	1	PA; MO
KEYTRUDA	1	PA; MO
KIMMTRAK	1	B/D PA
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	1	PA; QL (70 por 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	1	PA; QL (91 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
KOSELUGO	1	PA
KRAZATI	1	PA; QL (180 por 30 días)
KYPROLIS	1	B/D PA
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 oral capsule 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg	1	PA; MO; QL (28 por 28 días)
lenalidomide oral capsule 2.5 mg, 20 mg	1	PA; QL (28 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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG 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
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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
LUNSUMIO	1	PA; MO
LUPRON DEPOT	1	PA; MO
LYNOZYFIC	1	PA
LYNPARZA	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
LYSODREN	1	
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3)	1	PA; LA; QL (84 por 28 días)
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)
MARGENZA	1	B/D PA
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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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, 5 mg	1	B/D PA; MO
mitomycin intravenous recon soln 40 mg	1	B/D PA; MO
mitoxantrone	1	B/D PA; MO
MONJUVI	1	PA; LA
mycophenolate mofetil (hcl)	1	B/D PA; MO
mycophenolate mofetil oral capsule	1	B/D PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
NERLYNX	1	PA; MO; LA
nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg	1	PA; MO; QL (112 por 28 días)
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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml)	1	PA; MO
octreotide acetate injection syringe 500 mcg/ml (1 ml)	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)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	1	PA; QL (180 por 30 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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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 100 mg/20 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)	1	B/D PA; MO
oxaliplatin intravenous solution 200 mg/40 ml	1	B/D PA
paclitaxel	1	B/D PA; MO
paclitaxel protein-bound	1	B/D PA; MO
PADCEV	1	PA; MO
paraplatin	1	B/D PA
pazopanib	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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
POMALYST	1	PA; MO; LA; QL (21 por 28 días)
POTELIGEO	1	PA
PRALATREXATE	1	B/D PA; MO
PROGRAF INTRAVENOUS	1	B/D PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET	1	B/D PA; MO
PURIXAN	1	
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)
REVLIMID	1	PA; MO; LA; QL (28 por 28 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
ROMVIMZA	1	PA; LA; QL (8 por 28 días)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; MO; QL (150 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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET	1	PA; MO; QL (336 por 28 días)
RUBRACA	1	PA; MO; LA; QL (120 por 30 días)
RUXIENCE	1	PA; MO
RYBREVANT	1	PA; MO
RYDAPT	1	PA; MO; QL (224 por 28 días)
RYLAZE	1	B/D PA
RYTELO	1	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON	1	PA; MO
SARCLISA	1	PA; LA
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	1	PA; QL (120 por 30 días)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	1	PA; QL (600 por 30 días)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	1	PA; QL (300 por 30 días)
SIGNIFOR	1	PA
SIMULECT	1	B/D PA; MO
sirolimus oral solution	1	B/D PA; MO
sirolimus oral tablet	1	B/D PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
SPRYCEL ORAL TABLET 70 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
STIVARGA	1	PA; MO; QL (84 por 28 días)
sunitinib malate	1	PA; MO; QL (30 por 30 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)

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
TAGRISSO	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días)
TALVEY	1	PA
TALZENNA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
tamoxifen	1	MO
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	1	PA; MO; QL (112 por 28 días)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
TAZVERIK	1	PA; LA
TECENTRIQ	1	B/D PA; MO; LA
TECENTRIQ HYBREZA	1	B/D PA; MO; LA
TECVAYLI	1	PA
TEMODAR INTRAVENOUS	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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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 ORAL CAPSULE 125 MG	1	PA; LA; QL (120 por 30 días)
UNITUXIN	1	B/D 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)

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
VERZENIO	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días)
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)
VIZIMPRO	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
VONJO	1	PA; QL (120 por 30 días)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	1	PA; QL (60 por 30 días)
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	1	PA; QL (30 por 30 días)
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA; LA
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG	1	PA
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	1	PA; LA
XTANDI ORAL CAPSULE	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
YERVOY	1	B/D PA; MO
YONDELIS	1	B/D PA
ZALTRAP	1	B/D PA; MO
ZANOSAR	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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ZEJULA ORAL TABLET	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días)
ZELBORAF	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)
ZEPZELCA	1	PA
ZIIHERA	1	PA
ZIRABEV	1	B/D PA; MO
ZOLADEX	1	PA; MO
ZOLINZA	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
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	MO
benztropine oral	1	PA; MO
bromocriptine	1	MO
carbidopa	1	MO
carbidopa-levodopa	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)

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
buprenorphine hcl injection syringe	1	
buprenorphine hcl sublingual	1	MO
buprenorphine transdermal patch	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
endocet oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg	1	QL (360 por 30 días)
endocet oral tablet 5-325 mg	1	MO; QL (360 por 30 días)
fentanyl citrate (pf) injection solution	1	
fentanyl citrate (pf) intravenous syringe 100 mcg/2 ml (50 mcg/ml)	1	
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg	1	PA; MO; QL (120 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; MO; QL (10 por 30 días)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml	1	QL (5550 por 30 días)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml	1	MO; QL (5550 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	1	MO; QL (360 por 30 días)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg	1	QL (360 por 30 días)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg	1	MO; 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	MO
hydromorphone injection syringe 1 mg/ml, 4 mg/ml	1	MO
hydromorphone injection syringe 2 mg/ml	1	
hydromorphone oral liquid	1	MO; QL (2400 por 30 días)
hydromorphone oral tablet	1	MO; QL (180 por 30 días)
hydromorphone oral tablet extended release 24 hr	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
methadone injection solution	1	
methadone intensol	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
methadone oral concentrate	1	PA; QL (90 por 30 días)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
methadone oral solution 10 mg/5 ml	1	PA; MO; QL (600 por 30 días)
methadone oral solution 5 mg/5 ml	1	PA; MO; QL (1200 por 30 días)
methadone oral tablet 10 mg	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
methadone oral tablet 5 mg	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)
methadose oral concentrate	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
morphine (pf) injection solution 0.5 mg/ml	1	
morphine (pf) injection solution 1 mg/ml	1	MO
morphine concentrate oral solution	1	MO; QL (900 por 30 días)
morphine injection syringe 4 mg/ml	1	MO
morphine intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml	1	MO
morphine intravenous syringe 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml	1	
morphine oral solution	1	MO; QL (900 por 30 días)
morphine oral tablet	1	MO; QL (180 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
morphine oral tablet extended release	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
oxycodone oral capsule	1	MO; QL (360 por 30 días)
oxycodone oral concentrate	1	MO; QL (180 por 30 días)
oxycodone oral solution	1	MO; QL (1200 por 30 días)
oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg	1	MO; QL (180 por 30 días)
oxycodone oral tablet 5 mg	1	MO; QL (360 por 30 días)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	1	MO; QL (360 por 30 días)
OXYCONTIN, ORAL ONLY, EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
OXYCONTIN, ORAL ONLY, EXT.REL.12 HR 80 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
SUBLOCADE	1	MO
ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS		
buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg	1	MO; QL (360 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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
buprenorphine-naloxone sublingual film 4-1 mg, 8-2 mg	1	MO; QL (90 por 30 días)
buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg	1	MO; QL (360 por 30 días)
buprenorphine-naloxone sublingual tablet 8-2 mg	1	MO; QL (90 por 30 días)
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 gel 1 %	1	MO; QL (1000 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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
meloxicam oral tablet	1	MO; QL (30 por 30 días)
nabumetone	1	MO
nalbuphine	1	
naloxone injection solution	1	MO
naloxone injection syringe 0.4 mg/ml (prefilled syringe)	1	
naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml	1	MO
naloxone nasal	1	MO
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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 8.6-2.1 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
ANTICONVULSIVANTES		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG	1	MO; QL (180 por 30 días)
APTIOM ORAL TABLET 400 MG	1	MO; QL (90 por 30 días)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
EPIDIOLEX	1	PA; MO; LA
epitol	1	MO
EPRONTIA	1	PA; MO
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	MO
FYCOMPA ORAL SUSPENSION	1	MO; QL (720 por 30 días)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg	1	MO; QL (270 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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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 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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
levetiracetam oral solution 500 mg/5 ml (5 ml)	1	
levetiracetam oral tablet	1	MO
levetiracetam oral tablet extended release 24 hr	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 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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	1	MO
roweepra oral tablet 500 mg	1	MO
rufinamide oral suspension	1	PA; MO
rufinamide oral tablet 200 mg	1	PA; MO
rufinamide oral tablet 400 mg	1	PA; MO
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	1	
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG	1	MO
subvenite	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
topiramate oral tablet	1	PA; MO
valproate sodium	1	MO
valproic acid	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
vigpoder	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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
zonisamide	1	PA; MO
ZTALMY	1	PA; LA; QL (1100 por 30 días)
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	1	MO; QL (2.4 por 56 días)
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
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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
AUVELITY	1	ST; QL (60 por 30 días)
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	1	MO
CAPLYTA	1	MO; QL (30 por 30 días)
chlorpromazine injection	1	MO
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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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; MO; 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)
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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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 (90 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)
FANAPT	1	ST; MO; QL (60 por 30 días)
FANAPT TITRATION PACK A	1	ST; MO; QL (8 por 180 días)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)-40 MG (26)	1	QL (28 por 180 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR	1	QL (30 por 30 días)
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
fluphenazine decanoate	1	MO
fluphenazine hcl	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	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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
haloperidol lactate intramuscular	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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	1	MO; QL (0.5 por 28 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	1	MO; QL (0.88 por 90 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	1	MO; QL (1.32 por 90 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	1	MO; QL (1.75 por 90 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	1	MO; QL (2.63 por 90 días)
lithium carbonate	1	MO
lithium citrate	1	
lorazepam injection	1	PA; MO
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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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	MO
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	ST; MO; QL (90 por 30 días)
OPIPZA ORAL FILM 2 MG	1	ST; MO; QL (30 por 30 días)
OPIPZA ORAL FILM 5 MG	1	ST; MO; QL (180 por 30 días)
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)

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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	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	MO; QL (2 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml	1	QL (2 por 28 días)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 50 mg/2 ml	1	MO; 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)
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)

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
SODIUM OXYBATE (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00054)	1	PA; 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	1	MO
trifluoperazine	1	MO
trimipramine	1	MO
TRINTELLIX	1	QL (30 por 30 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	1	MO; QL (0.28 por 28 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	1	MO; QL (0.35 por 28 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	1	MO; QL (0.42 por 56 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	1	MO; QL (0.56 por 56 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	1	MO; QL (0.7 por 56 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	1	MO; QL (0.14 por 28 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	1	MO; QL (0.21 por 28 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 ORAL CAPSULE	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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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	MO
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)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	1	QL (1 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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)

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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 cartridge 6 mg/0.5 ml	1	QL (8 por 28 días)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml	1	QL (8 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		

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 24 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	1	PA; MO; QL (210 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)

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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; QL (30 por 30 días)
glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml	1	PA; QL (12 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
memantine oral solution	1	PA; MO
memantine oral tablet	1	PA; MO
memantine-donepezil	1	PA; MO
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR	1	PA; MO
NUEDEXTA	1	PA; MO
RADICAVA ORS	1	PA; MO
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP	1	PA; MO
rivastigmine	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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)	1	QL (60 por 30 días)
chlorhexidine gluconate mucous membrane	1	MO
denta 5000 plus	1	MO
dentagel	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
fluoride (sodium) dental cream	1	
fluoride (sodium) dental gel	1	
fluoride (sodium) dental paste	1	MO
fraiche 5000	1	
ipratropium bromide nasal	1	MO; QL (30 por 30 días)
kourzeq	1	
oralone	1	
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		
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	

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
fluocinolone acetonide oil	1	MO
hydrocortisone-acetic acid	1	MO
ofloxacin otic (ear)	1	MO
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA		
ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS		
altavera (28)	1	MO
alyacen 1/35 (28)	1	MO
alyacen 7/7/7 (28)	1	MO
amethyst (28)	1	MO
apri	1	MO
aranelle (28)	1	MO
aubra eq	1	MO
aviane	1	
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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg	1	MO
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg	1	
elinest	1	MO
enpresse	1	
enskyce	1	MO
estarylla	1	MO
ethynodiol diac-eth estradiol	1	
falmina (28)	1	MO
introvale	1	
isibloom	1	MO
jasmiel (28)	1	MO
jolessa	1	MO
juleber	1	MO
kalliga	1	
kariva (28)	1	
kelnor 1/35 (28)	1	MO
kelnor 1/50 (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
larin fe 1.5/30 (28)	1	MO
larin fe 1/20 (28)	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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
lessina	1	MO
levonest (28)	1	MO
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month	1	
levonorg-eth estrad triphasic	1	MO
levora-28	1	
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, 1.5-30 mg-mcg	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
sronyx	1	
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
velivet triphasic regimen (28)	1	MO
vestura (28)	1	MO
vienva	1	MO
viorele (28)	1	MO
wera (28)	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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
zovia 1-35 (28)	1	MO
zumandimine (28)	1	MO
ESTRÓGENOS/PROGESTINAS		
abigale	1	PA
abigale lo	1	PA
camila	1	MO
deblitane	1	MO
DEPO-SUBQ PROVERA 104	1	MO
dotti	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)
DUAVEE	1	MO
emzahh	1	MO
errin	1	MO
estradiol oral	1	PA; MO
estradiol transdermal patch semiweekly	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)
estradiol transdermal patch weekly	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
estradiol vaginal	1	MO
estradiol valerate	1	MO
estradiol-norethindrone acet	1	PA; MO
fyavolv	1	PA; MO
gallifrey	1	MO
heather	1	MO
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	1	MO
IMVEXXY STARTER PACK	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
incassia	1	MO
jencycla	1	MO
jinteli	1	PA; MO
lyleq	1	MO
lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)
lyllana transdermal patch semiweekly 0.0375 mg/24 hr	1	PA; QL (8 por 28 días)
lyza	1	
medroxyprogesterone	1	MO
meleya	1	MO
mimvey	1	PA; MO
nora-be	1	MO
norethindrone (contraceptive)	1	
norethindrone acetate	1	MO
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	1	PA; MO
orquidea	1	MO
PREMARIN ORAL	1	MO
PREMARIN VAGINAL	1	MO
PREMPHASE	1	MO
PREMPRO	1	MO
progesterone	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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
progesterone micronized	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	
terconazole	1	MO
tranexamic acid oral	1	MO
xulane	1	
zafemy	1	MO
OFTALMOLOGÍA		
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
bromfenac	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous	1	
NATACYN	1	
neomycin-bacitracin-polymyxin	1	MO
neomycin-polymyxin-gramicidin	1	MO
neo-polycin	1	
ofloxacin ophthalmic (eye)	1	MO
polycin	1	
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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
COMBINACIONES DE ESTEROIDES-ANTIBIÓTICOS		
neomycin-bacitracin-poly-hc	1	MO
neomycin-polymyxin b-dexameth	1	MO
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye)	1	MO
neo-polycin hc	1	
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT	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
MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA		
acetazolamide	1	MO
acetazolamide sodium	1	MO
methazolamide	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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA		
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
bss	1	
BYOOVIZ	1	PA; MO
CIMERLI	1	PA; MO
cromolyn ophthalmic (eye)	1	MO
cyclosporine ophthalmic (eye)	1	MO; QL (60 por 30 días)
CYSTARAN	1	PA
epinastine	1	MO
EYLEA	1	PA; MO
MIEBO (PF)	1	MO; QL (12 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 sodium ophthalmic (eye) ointment	1	
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 09/16/2025.

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	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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	1	PA; MO
glutamine (sickle cell)	1	PA; MO
INCRELEX	1	LA
kionex (with sorbitol)	1	
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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA; MO; 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	1	PA; MO
sodium polystyrene sulfonate oral powder	1	MO
sps (with sorbitol) oral	1	MO
sps (with sorbitol) rectal	1	
trientine oral capsule 250 mg	1	PA; MO
VELPHORO	1	PA; MO
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 25.2 GRAM	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 8.4 GRAM	1	MO
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)

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ciclopirox topical cream	1	MO; QL (90 por 28 días)
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	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	MO; 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)

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
SELARSDI INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (104 por 180 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 28 días)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
SOTYKTU	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
STELARA INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (104 por 180 días)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
TREMFYA INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (20 por 28 días)
TREMFYA PEN	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN	1	PA; MO; QL (12 por 180 días)
TREMFYA SUBCUTANEOUS	1	PA; MO; QL (2 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 %	1	MO
alclometasone	1	MO
betamethasone dipropionate	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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %	1	MO
mometasone topical	1	MO
prednicarbate topical ointment	1	
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
chloroprocaine (pf)	1	
CIBINQO	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
dermacinrx lidocan	1	PA; QL (90 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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)

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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 (36 por 30 días)
lidocaine viscous	1	
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
pimecrolimus	1	PA; MO; QL (100 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
tridacaine ii	1	PA; QL (90 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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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	
dexamethasone oral elixir	1	MO
dexamethasone oral solution	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
dexamethasone oral tablet	1	MO
dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml	1	MO
dexamethasone sodium phosphate injection	1	MO
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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (5 ml)	1	
prednisone intensol	1	MO
prednisone oral solution	1	MO
prednisone oral tablet	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		
levo-t	1	
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
liothyronine	1	MO
unithroid	1	MO
HORMONAS VARIAS		
ALDURAZYME	1	PA; MO
cabergoline	1	MO
calcitonin (salmon) injection	1	MO
calcitonin (salmon) nasal	1	MO
calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml	1	
calcitriol oral capsule	1	MO
calcitriol oral solution	1	
cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg	1	PA; MO
cinacalcet oral tablet 90 mg	1	PA; MO
clomid	1	PA; MO
clomiphene citrate	1	PA
CRYSVITA	1	PA; MO; LA
danazol	1	MO
desmopressin injection	1	MO
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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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	1	PA; MO
testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml, 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)
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) oral tablet	1	PA
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)

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
BYDUREON BCISE	1	PA; QL (4 por 28 días)
diazoxide	1	MO
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	1	PA
exenatide subcutaneous pen injector 10 mcg/dose(250 mcg/ml) 2.4 ml	1	PA; QL (2.4 por 30 días)
exenatide subcutaneous pen injector 5 mcg/dose (250 mcg/ml) 1.2 ml	1	PA; QL (1.2 por 30 días)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
FARXIGA ORAL TABLET 5 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
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)
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	

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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

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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	1	MO
LANTUS U-100 INSULIN	1	MO
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)
ONETOUCH ULTRA TEST	1	MO
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS	1	MO
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	1	PA; QL (3 por 28 días)
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; MO; 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)

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 5-1,000 mg, 5-500 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 7.5-1,000 MG, 7.5-500 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-500 MG	1	MO; QL (120 por 30 días)
SOLIQUA 100/33	1	QL (90 por 30 días)
STEGLATRO	1	MO; QL (30 por 30 días)
SYMLINPEN 120	1	PA; MO; QL (10.8 por 30 días)
SYMLINPEN 60	1	PA; MO; QL (6 por 30 días)
SYNJARDY	1	MO; QL (60 por 30 días)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	1	MO
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	1	MO
TRADJENTA	1	MO; QL (30 por 30 días)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
TRULICITY	1	PA; QL (2 por 28 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA		
OTROS AGENTES REUMATOLÓGICOS		
ACTEMRA ACTPEN	1	PA; MO; QL (3.6 por 28 días)

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
CYLTEZO(CF) PEN	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	1	PA; QL (6 por 180 días)
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV	1	PA; QL (4 por 180 días)
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
HUMIRA (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
HUMIRA PEN (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074)	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
HUMIRA(CF) (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
HUMIRA(CF) (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
HUMIRA(CF) PEN (PREFERRED NDCS NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML	1	PA; MO; QL (4 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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
HUMIRA(CF) PEN (PREFERRED NDCS NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS (PREFERRED NDCS NDCS STARTING WITH 00074)	1	PA; MO; QL (3 por 180 días)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS (PREFERRED NDCS NDCS STARTING WITH 00074)	1	PA; MO; QL (3 por 180 días)
leflunomide	1	MO; QL (30 por 30 días)
ORENCIA (WITH MALTOSE)	1	PA; MO; QL (12 por 28 días)
ORENCIA CLICKJECT	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 50 MG/0.4 ML	1	PA; MO; QL (1.6 por 28 días)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 87.5 MG/0.7 ML	1	PA; MO; QL (2.8 por 28 días)

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)
penicillamine oral tablet	1	PA; MO
RIDAURA	1	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)
TYENNE AUTOINJECTOR	1	PA; MO; QL (3.6 por 28 días)
TYENNE INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (160 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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
TYENNE SUBCUTANEOUS	1	PA; MO; QL (3.6 por 28 días)
XELJANZ ORAL SOLUTION	1	PA; MO; QL (480 por 24 días)
XELJANZ ORAL TABLET	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
XELJANZ XR	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS	1	PA; MO; QL (3 por 180 días)
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
TRATAMIENTO DE LA GOTA		
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	PA; 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	PA; MO; QL (1 por 180 días)
PROLIA	1	PA; MO; QL (1 por 180 días)
raloxifene	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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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	MO
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)
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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 5 mg/ml	1	B/D PA
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	1	QL (13 por 30 días)
ASMANEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	1	MO; QL (13 por 30 días)

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)

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	1	ST; MO; QL (12 por 30 días)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	1	ST; MO; QL (24 por 30 días)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	1	ST; MO; QL (10.6 por 30 días)
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	1	B/D PA; MO
ipratropium-albuterol	1	B/D PA; MO
KALYDECO	1	PA; MO; QL (56 por 28 días)
mometasone nasal	1	MO; QL (34 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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
montelukast oral granules in packet	1	MO
montelukast oral tablet	1	MO
montelukast oral tablet,chewable	1	MO
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN	1	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	1	PA; MO; LA; QL (0.4 por 28 días)
OFEV	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
OPSUMIT	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días)
OPSYNVI	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET	1	PA; MO; QL (56 por 28 días)
ORKAMBI ORAL TABLET	1	PA; MO; QL (112 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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)

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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	MO
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	
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)
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)

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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	1	MO
CEQUR SIMPLICITY INSERTER	1	MO
DEXCOM G6 RECEIVER	1	
DEXCOM G6 SENSOR	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
DEXCOM G6 TRANSMITTER	1	MO
DEXCOM G7 RECEIVER	1	
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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
EMBECTA INSULIN SYRINGE	1	PA; MO
BD PEN NEEDLE	1	PA; MO
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)	1	MO
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	1	MO; QL (1 por 720 días)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	1	MO
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2 PLUS)	1	MO; QL (1 por 720 días)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	1	QL (1 por 720 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	1	MO
ONETOUCH ULTRA2 METER	1	MO
ONETOUCH VERIO FLEX METER	1	MO
ONETOUCH VERIO REFLECT METER	1	
EMBECTA PEN NEEDLE	1	PA; MO
PRECISION XTRA MONITOR	1	MO
BD INSULIN SYRINGE	1	PA; MO
UROLÓGICOS		
AGENTES UROLÓGICOS VARIOS		
alprostadil	1	
bethanechol chloride	1	MO
CYSTAGON	1	PA; LA
ELMIRON	1	MO
glycine urologic	1	
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		
mirabegron	1	MO
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL RECON	1	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR	1	MO
oxybutynin chloride oral syrup	1	MO
oxybutynin chloride oral tablet 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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
klor-con/ef	1	MO
lactated ringers intravenous	1	MO
magnesium chloride injection	1	
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/100 ML	1	
magnesium sulfate in water	1	
magnesium sulfate injection solution	1	MO
magnesium sulfate injection syringe	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	

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l	1	
potassium chloride in lr-d5 intravenous parenteral solution 20 meq/l	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	1	MO
potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 8 meq	1	MO
potassium chloride oral tablet extended release 20 meq	1	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 20 meq	1	MO

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

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 09/16/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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-48 in d5w	1	
electrolyte-a	1	
intralipid intravenous emulsion 20 %	1	B/D PA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
fluoride (sodium) oral tablet,chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)	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 09/16/2025.

Index

A
abacavir 5
abacavir-lamivudine 5
ABELCET 2
abigale 62
abigale lo 62
ABILIFY ASIMTUFII 49
ABILIFY MAINTENA 49
abiraterone 27
abirtega 27
ABRAXANE 27
ABRYSVO (PF) 25
acamprosate 65
acarbose 75, 76
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER 88
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR 88
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS 76
accutane 72
acebutolol 14
acetaminophen-codeine 41
acetazolamide 64
acetazolamide sodium 64
acetic acid 59, 65
acetylcysteine 67, 83
acitretin 68
ACTEMRA 80
ACTEMRA ACTPEN 79
ACTHIB (PF) 25
ACTIMMUNE 24
acyclovir 5, 69
acyclovir sodium 5
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 25
ADBRY 71
ADCETRIS 27
adefovir 5
ADEMPAS 83
adenosine 12
adrenalin 83
ADSTILADRIN 27
ADVAIR HFA 83
AIMOVIG AUTOINJECTOR 56
AKEEGA 27
ala-cort 69
albendazole 2
albumin, human 25 % 90
alburx (human) 25 % 90
alburx (human) 5 % 90
albutein 25 % 90
albutein 5 % 90
albuterol sulfate 83, 84
alclometasone 69
alcohol pads 76
ALDURAZYME 74
ALECENSA 27
alendronate 82
alfuzosin 90
ALIQOPA 27
aliskiren 14
allopurinol 82
allopurinol sodium 82
aloprim 82
alosetron 19
alprostadil 89
altavera (28) 60
ALUNBRIG 27
ALVESCO 84
alyacen 1/35 (28) 60
alyacen 7/7/7 (28) 60
alyq 84
amantadine hcl 5
ambrisentan 84
amethyst (28) 60
amikacin 2
amiloride 14
amiloride-hydrochlorothiazide 14
aminocaproic acid 18
amiodarone 12
amitriptyline 49
amlodipine 14
amlodipine-atorvastatin 13
amlodipine-benazepril 14
amlodipine-olmesartan 14
amlodipine-valsartan 14
amlodipine-valsartan-hcthiazid 14
ammonium lactate 71
amnesteem 72
amoxapine 49
amoxicillin 9
amoxicillin-pot clavulanate ... 9, 10
amphotericin b 2
ampicillin 10
ampicillin sodium 10
ampicillin-sulbactam 10
anagrelide 66
anastrozole 27
ANKTIVA 27
apraclonidine 63
aprepitant 19
apri 60
APTIOM 45
APTIVUS 5
aranelle (28) 60
ARCALYST 24
AREXVY (PF) 25
arformoterol 84
ARIKAYCE 2
aripiprazole 49
ARISTADA 49
ARISTADA INITIO 49
armodafinil 49
arsenic trioxide 27
asenapine maleate 49
ASMANEX HFA 84
ASMANEX TWISTHALER 84
ASPARLAS 27
aspirin-dipyridamole 18
ASSURE ID INSULIN SAFETY 88
atazanavir 5
atenolol 14
atenolol-chlorthalidone 14

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 09/16/2025.

atomoxetine 49
atorvastatin 13
atovaquone 2
atovaquone-proguanil 2
atropine 22, 65
ATROVENT HFA 84
aubra eq 60
AUGMENTIN 10
AUGTYRO 27
AUSTEDO 57
AUSTEDO XR 57
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 57
AUVELITY 50
aviane 60
AVMAPKI-FAKZYNJA 27
AVONEX 24
AYVAKIT 27
azacitidine 27
azathioprine 27
azathioprine sodium 27
azelaic acid 72
azelastine 59, 65
azithromycin 9
aztreonam 3
azurette (28) 60
B
bacitracin 63
bacitracin-polymyxin b 63
baclofen 56
balsalazide 19
BALVERSA 27
BAQSIMI 76
BARACLUDE 5
BAVENCIO 27
BCG VACCINE, LIVE (PF) 25
BD PEN NEEDLE 89
BELBUCA 41
BELEODAQ 27
BELSOMRA 50
benazepril 14
benazepril-hydrochlorothiazide 14
bendamustine 27
BENDEKA 27
BENLYSTA 80
benztropine 41
BESPONSA 27
BESREMI 24
betaine 19
betamethasone dipropionate 69
betamethasone valerate 70
betamethasone, augmented .. 70
BETASERON 24
betaxolol 14, 64
bethanechol chloride 89
BEVESPI AEROSPHERE ... 84
bexarotene 28
BEXSERO 25
bicalutamide 28
BICILLIN L-A 10
BIKTARVY 5
bisoprolol fumarate 15
bisoprolol-hydrochlorothiazide 15
BIZENGRI 28
bleomycin 28
BLINCYTO 28
BOMYNTRA 26
BONSITY 82
BOOSTRIX TDAP 25
bortezomib 28
BORTEZOMIB 28
bosentan 84
BOSULIF 28
BRAFTOVI 28
BREO ELLIPTA 84
breyna 84
BREZTRI AEROSPHERE ... 85
BRILINTA 18
brimonidine 63
BRIUMVI 57
BRIVIACT 45
bromfenac 63
bromocriptine 41
BRUKINSA 28
bss 65
budesonide 20, 85
budesonide-formoterol 85
bumetanide 15
buprenorphine hcl 42
buprenorphine transdermal patch 42
buprenorphine-naloxone 43, 44
bupropion hcl 50
bupropion hcl (smoking deter) 65
buspirone 50
busulfan 28
butorphanol 44
BYDUREON BCISE 76
BYOOVIZ 65
C
CABENUVA 5
cabergoline 74
CABLIVI 18
CABOMETYX 28
caffeine citrate 66
calcipotriene 68
calcitonin (salmon) 74
calcitriol 74
calcium acetate(phosphat bind) 90
calcium chloride 90
calcium gluconate 90
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 28
camila 62
camrese 60
CAMZYOS 12
candesartan 15
candesartan-hydrochlorothiazid 15
CAPLYTA 50
CAPRELSA 28
captopril 15
captopril-hydrochlorothiazide 15
carbamazepine 45
carbidopa 41
carbidopa-levodopa 41
carbidopa-levodopa-entacapone 41
carboplatin 28
carglumic acid 66
carmustine 28

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 09/16/2025.

carteolol 64
cartia xt 15
carvedilol 15
caspofungin 2
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
ceftazidime 8
ceftriaxone 8
ceftriaxone in dextrose,iso-os . 8
cefuroxime axetil 9
cefuroxime sodium 9
celecoxib 44
cephalexin 9
CEPROTIN (BLUE BAR) ... 18
CEPROTIN (GREEN BAR) 18
CEQUR SIMPLICITY 88
CEQUR SIMPLICITY INSERTER 88
cetirizine 83
cevimeline 66
CHEMET 66
chloramphenicol sod succinate 3
chlorhexidine gluconate 59
chloroprocaine (pf) 71
chloroquine phosphate 3
chlorothiazide sodium 15
chlorpromazine 50
chlorthalidone 15
cholestyramine (with sugar) . 13
cholestyramine light 13
CIBINQO 71
ciclodan 67
ciclopirox 68
cidofovir 5
cilostazol 18
CIMDUO 5
CIMERLI 65
CIMZIA 20
CIMZIA POWDER FOR RECONST 20
CIMZIA STARTER KIT 20
cinacalcet 74
CINRYZE 85
CINVANTI 20
ciprofloxacin 11
ciprofloxacin hcl 11, 59, 63
ciprofloxacin in 5 % dextrose 11
ciprofloxacin-dexamethasone 59
cisplatin 28
citalopram 50
cladribine 28
claravis 72
clarithromycin 9
clindamycin hcl 3
clindamycin in 5 % dextrose .. 3
clindamycin phosphate 3, 63, 72
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 91
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 92
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 66
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) .. 92
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 92
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) .. 92
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) .. 92
clobazam 45
clobetasol 70
clobetasol-emollient 70
clofarabine 28
clomid 74
clomiphene citrate 74
clomipramine 50
clonazepam 45
clonidine (pf) 15, 44
clonidine hcl 15, 50
clonidine transdermal patch . 15
clopidogrel 18
clorazepate dipotassium 50
clotrimazole 2, 68
clotrimazole-betamethasone . 68
clozapine 50
COARTEM 3
COBENFY 50
COBENFY STARTER PACK 50
colchicine 82
colesevelam 13
colestipol 13
colistin (colistimethate na) 3
COLUMVI 28
COMBIVENT RESPIMAT .. 85
COMETRIQ 28
COMPLERA 5
compro 20
CONEXXENCE 82
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 29
CREON 20
CRESEMBA 2
cromolyn 20, 65, 85
cryselle (28) 60
CRYSVITA 74
cyclobenzaprine 56
cyclophosphamide 29
CYCLOPHOSPHAMIDE 29
cyclosporine 29, 65
cyclosporine modified 29
CYLTEZO(CF) 80

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 09/16/2025.

CYLTEZO(CF) PEN.....80
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS.....80
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV.....80
CYRAMZA.....29
cyred eq 60
CYSTAGON.....89
CYSTARAN 65
cytarabine.....29
cytarabine (pf) 29
D
d10 %-0.45 % sodium chloride 66
d2.5 %-0.45 % sodium chloride.....66
d5 % and 0.9 % sodium chloride.....66
d5 %-0.45 % sodium chloride 66
dabigatran etexilate.....18
dacarbazine 29
dactinomycin 29
dalfampridine 57
danazol 74
dantrolene.....56
DANYELZA 29
DANZITEN.....29
dapsone.....3
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF).....25
daptomycin 3
DAPTOMYCIN 3
darunavir.....5
DARZALEX 29
dasatinib.....29
dasetta 1/35 (28).....60
dasetta 7/7/7 (28) 60
DATROWAY.....29
daunorubicin 29
DAURISMO.....29
daysee.....60
deblitane.....62
decitabine 29
deferasirox.....66
deferiprone 66
deferoxamine 66
DELSTRIGO.....5
demeclocycline 11
DENGVAXIA (PF).....25
denta 5000 plus 59
dentagel 59
DEPO-SUBQ PROVERA 104 62
dermacinrx lidocan.....71
DESCOVY 5
desipramine 50
desmopressin 74
desog-e.estradiol/e.estradiol 60
desonide.....70
desvenlafaxine succinate 50
dexamethasone 73
dexamethasone intensol.....73
dexamethasone sodium phos (pf) 73
dexamethasone sodium phosphate.....64, 73
DEXCOM G6 RECEIVER ..88
DEXCOM G6 SENSOR 88
DEXCOM G6 TRANSMITTER.....88
DEXCOM G7 RECEIVER ..88
DEXCOM G7 SENSOR 88
dexrazoxane hcl.....26
dextroamphetamine-amphetamine 50
dextrose 10 % and 0.2 % nacl 66
dextrose 10 % in water (d10w) 66
dextrose 25 % in water (d25w) 66
dextrose 5 % in water (d5w).66
dextrose 5 %-lactated ringers 66
dextrose 5%-0.2 % sod chloride.....66
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride 66
dextrose 50 % in water (d50w) 66
dextrose 70 % in water (d70w) 66
DIACOMIT 45
diazepam.....45, 50
diazepam intensol 50
diazoxide.....76
diclofenac potassium 44
diclofenac sodium.....44, 63, 71
diclofenac-misoprostol 44
dicloxacillin 10
dicyclomine.....23
DIFICID 9
diflunisal.....44
digoxin 12
dihydroergotamine 56
DILANTIN 30 MG.....45
diltiazem hcl.....15
dilt-xr 15
dimenhydrinate 20
dimethyl fumarate.....58
diphenhydramine hcl 83
diphenoxylate-atropine.....23
dipyridamole.....18
disulfiram.....66
divalproex 45
dobutamine 12
dobutamine in d5w 12
docetaxel.....29
dofetilide 12
donepezil.....58
dopamine 13
dopamine in 5 % dextrose 12
DOPTELET (10 TAB PACK) 18
DOPTELET (15 TAB PACK) 18
DOPTELET (30 TAB PACK) 18
dorzolamide 65
dorzolamide-timolol 65
dotti.....62
DOVATO 5
doxazosin 15
doxepin 50, 51
doxercalciferol.....74, 75
doxorubicin.....29, 30

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 09/16/2025.

doxorubicin, peg-liposomal .. 30
doxy-100 11
doxycycline hyclate 11
doxycycline monohydrate 11
DRIZALMA SPRINKLE 51
dronabinol 20
droperidol 20
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS 76
drospirenone-e.estradiol-lm.fa 60
drospirenone-ethinyl estradiol 60
DROXIA 30
droxidopa 66
DUAVEE 62
DULERA 85
duloxetine 51
DUPIXENT PEN 71
DUPIXENT SYRINGE 71
dutasteride 90
dutasteride-tamsulosin 90
E
econazole nitrate 68
EDARBI 15
EDARBYCLOR 15
EDURANT 5
EDURANT PED 5
efavirenz 5
efavirenz-emtricitabin-tenofov 5
efavirenz-lamivu-tenofov disop 5
effer-k 90
ELAHERE 30
ELAPRASE 75
electrolyte-148 92
electrolyte-48 in d5w 92
electrolyte-a 92
ELIGARD 30
ELIGARD (3 MONTH) 30
ELIGARD (4 MONTH) 30
ELIGARD (6 MONTH) 30
elinest 60
ELIQUIS 18
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 18
ELITEK 26
ELMIRON 89
ELREXFIO 30
eltrombopag olamine 18
eluryng 63
ELZONRIS 30
EMGALITY PEN 56
EMGALITY SYRINGE 56
EMPLICITI 30
EMRELIS 30
EMSAM 51
emtricitabine 5
emtricitabine-tenofovir (tdf) ... 5
emtricita-rilpivirine-tenof df ... 5
EMTRIVA 5
EMVERM 3
emzahh 62
enalapril maleate 15
enalaprilat 15
enalapril-hydrochlorothiazide 15
ENBREL 80
ENBREL MINI 80
ENBREL SURECLICK 80
endocet 42
ENGERIX-B (PF) 25
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 25
enoxaparin 18
enpresse 60
enskyce 60
entacapone 41
entecavir 5
ENTRESTO 13
ENTRESTO SPRINKLE 13
ENTYVIO 20
enulose 20
ENVARSUS XR 30
EPIDIOLEX 46
epinastine 65
epinephrine 83
epirubicin 30
epitol 46
EPKINLY 30
eplerenone 15
EPRONTIA 46
ERBITUX 30
ergotamine-caffeine 57
eribulin 30
ERIVEDGE 30
ERLEADA 30
erlotinib 30
errin 62
ertapenem 3
ERWINASE 30
ery pads 72
ery-tab 9
erythrocin (as stearate) 9
erythromycin 9, 63
erythromycin ethylsuccinate ... 9
erythromycin with ethanol 73
escitalopram oxalate 51
eslicarbazepine 46
esmolol 15
esomeprazole magnesium 23
esomeprazole sodium 23
estarylla 60
estradiol 62
estradiol valerate 62
estradiol-norethindrone acet 62
eszopiclone 51
ethacrynate sodium 15
ethambutol 3
ethosuximide 46
ethynodiol diac-eth estradiol 60
etodolac 44
etonogestrel-ethinyl estradiol 63
ETOPOPHOS 30
etoposide 30
etravirine 6
EULEXIN 30
everolimus (antineoplastic) .. 30
everolimus (immunosuppressive) 30
EVOTAZ 6
exemestane 30
exenatide 76
EYLEA 65
ezetimibe 13
ezetimibe-simvastatin 13

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 09/16/2025.

F
FABRAZYME 75
falmina (28) 60
famciclovir 6
famotidine 23
famotidine (pf) 23
famotidine (pf)-nacl (iso-os) 23
FANAPT 51
FANAPT TITRATION PACK A 51
FARXIGA 76
FASENRA 85
FASENRA PEN 85
febuxostat 82
felbamate 46
felodipine 15
fenofibrate 13
fenofibrate micronized 13
fenofibrate nanocrystallized . 13
fenofibric acid 13
fenofibric acid (choline) 13
fentanyl 42
fentanyl citrate 42
fentanyl citrate (pf) 42
FETZIMA 51
fidaxomicin 9
finasteride 90
fingolimod 58
FINTEPLA 46
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 31
flac otic oil 59
flecainide 12
floxuridine 31
fluconazole 2
fluconazole in nacl (iso-osm) . 2
flucytosine 2
fludarabine 31
fludrocortisone 73
flumazenil 51
flunisolide 85
fluocinolone 70
fluocinolone acetonide oil 60
fluocinolone and shower cap 70
fluocinonide 70
fluocinonide-emollient 70
fluoride (sodium) 59, 92
fluorometholone 64
fluorouracil 31, 71
fluoxetine 51
fluphenazine decanoate 51
fluphenazine hcl 51
flurbiprofen 44
flurbiprofen sodium 63
fluticasone propionate 70, 85
FLUTICASONE PROPIONATE 85
fluticasone propion-salmeterol 85
fluvastatin 13
fluvoxamine 51
fomepizole 25
fondaparinux 18
formoterol fumarate 85
fosamprenavir 6
fosaprepitant 20
fosinopril 15
fosinopril-hydrochlorothiazide 16
fosphenytoin 46
FOTIVDA 31
fraiche 5000 59
FREESTYLE FREEDOM LITE 88
FREESTYLE INSULINX ... 76, 88
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS 76
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER 88
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR 88
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 31
FULPHILA 24
fulvestrant 31
furosemide 16
FUZEON 6
FYARRO 31
fyavolv 62
FYCOMPA 46
G
gabapentin 46
galantamine 58
gallifrey 62
GAMASTAN 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
gemcitabine 31
GEMCITABINE 31
gemfibrozil 13
generlac 20
gengraf 31
gentamicin 3, 63, 67
gentamicin in nacl (iso-osm) .. 3
gentamicin sulfate (ped) (pf) .. 3
GENVOYA 6
GILOTRIF 31
glatiramer 58
glatopa 58
GLEOSTINE 31
glimepiride 76

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 09/16/2025.

glipizide 76
glipizide-metformin 76
glutamine (sickle cell) 66
glycine urologic 89
glycine urologic solution 89
glycopyrrolate 23
glycopyrrolate (pf) 23
glycopyrrolate (pf) in water . 23
glydo 71
GLYXAMBI 76
GOMEKLI 31, 32
GRAFAPEX 32
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
halobetasol propionate 70
haloperidol 51
haloperidol decanoate 51
haloperidol lactate 51, 52
HAVRIX (PF) 25
heather 62
heparin (porcine) 19
heparin (porcine) in 5 % dex 18
heparin (porcine) in nacl (pf) 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
HIBERIX (PF) 25
HIZENTRA 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
HUMIRA (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074) 80
HUMIRA PEN (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074) 80
HUMIRA(CF) (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074) 80
HUMIRA(CF) PEN (PREFERRED NDCS NDCS STARTING WITH 00074) 80, 81
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS (PREFERRED NDCS NDCS STARTING WITH 00074) 81
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS (PREFERRED NDCS NDCS STARTING WITH 00074) 81
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) INSULIN 77
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 77
hydralazine 16
hydrochlorothiazide 16
hydrocodone-acetaminophen 42
hydrocodone-ibuprofen 42
hydrocortisone 20, 70, 71, 73
hydrocortisone-acetic acid ... 60
hydromorphone 42
hydromorphone (pf) 42
hydroxychloroquine 3
hydroxyurea 32
hydroxyzine hcl 83
HYPERHEP B 25
HYPERHEP B NEONATAL 25
I
ibandronate 82
IBRANCE 32
IBTROZI 32
ibu 44
ibuprofen 44
ibutilide fumarate 12
icatibant 85
ICLUSIG 32
icosapent ethyl 13
idarubicin 32
IDHIFA 32
ifosfamide 32
ILARIS (PF) 24
imatinib 32
IMBRUVICA 32
IMDELLTRA 32
IMFINZI 32
imipenem-cilastatin 3
imipramine hcl 52
imiquimod 71
IMJUDO 32
IMKELDI 32
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 25
IMVEXXY MAINTENANCE PACK 62

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 09/16/2025.

IMVEXXY STARTER PACK 62
INBRIJA 41
incassia 62
INCRELEX 66
indapamide 16
INFANRIX (DTAP) (PF) 25
INGREZZA 58
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 58
INGREZZA SPRINKLE 58
INLYTA 32
INPEFA 77
INQOVI 32
INREBIC 32
INSULIN LISPRO 77
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 89
INTELENCE 6
intralipid 92
introvale 60
INVEGA HAFYERA 52
INVEGA SUSTENNA 52
INVEGA TRINZA 52
INVELTYS 64
IPOL 25
ipratropium bromide 59, 85
ipratropium-albuterol 85
irbesartan 16
irbesartan-hydrochlorothiazide 16
irinotecan 32
ISENTRESS 6
ISENTRESS HD 6
isibloom 60
ISOLYTE S PH 7.4 92
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 92
ISOLYTE-S 92
isoniazid 3
isosorbide dinitrate 14
isosorbide mononitrate 14
isosorbide-hydralazine 16
isotretinoin 73
isradipine 16
ISTODAX 32
ITOVEBI 33
itraconazole 2
ivabradine 13
ivermectin 3
IWILFIN 33
IXEMPRA 33
IXIARO (PF) 25
J
JAKAFI 33
jantoven 19
JANUMET 77
JANUMET XR 77
JANUVIA 77
JARDIANCE 77
jasmiel (28) 60
JAYPIRCA 33
JEMPERLI 33
jencycla 62
JENTADUETO 77
JENTADUETO XR 78
JEVTANA 33
jinteli 62
jolessa 60
JOURNAVX 44
JUBBONTI 82
juleber 60
JULUCA 6
JYLAMVO 33
JYNNEOS (PF) 25
K
KADCYLA 33
KALETRA 6
kalliga 60
KALYDECO 85
KANUMA 75
kariva (28) 60
kelnor 1/35 (28) 60
kelnor 1/50 (28) 60
KERENDIA 16
KESIMPTA PEN 58
ketoconazole 2, 68
ketorolac 63
KEYTRUDA 33
KHAPZORY 26
KIMMTRAK 33
KINRIX (PF) 25
kionex (with sorbitol) 66
KISQALI 33
KISQALI FEMARA CO-PACK 33
klayesta 68
klor-con 10 90
klor-con 8 90
klor-con m10 90
klor-con m15 90
klor-con m20 90
klor-con oral packet 20 90
klor-con/ef 90
KOSELUGO 33
kourzeq 59
K-PHOS NO 2 89
K-PHOS ORIGINAL 89
KRAZATI 33
kurvelo (28) 60
KYPROLIS 33
L
l norgest/e.estradiol-e.estrad 60
labetalol 16
lacosamide 46
lactated ringers 67, 90
lactulose 20
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) 60
larin 1/20 (21) 60
larin 24 fe 60
larin fe 1.5/30 (28) 60
larin fe 1/20 (28) 60
latanoprost 65
LAZCLUZE 33
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR 6
leflunomide 81
lenalidomide 33
LENVIMA 34

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 09/16/2025.

lessina 61
letrozole 34
leucovorin calcium 26
LEUKERAN 34
leuprolide 34
levetiracetam 47
levetiracetam in nacl (iso-os) 46, 47
levobunolol 64
levocarnitine 66
levocarnitine (with sugar) 66
levocetirizine 83
levofloxacin 11, 63
levofloxacin in d5w 11
levoleucovorin calcium .. 26, 27
levonest (28) 61
levonorgestrel-ethinyl estrad 61
levonorg-eth estrad triphasic 61
levora-28 61
levo-t 74
levothyroxine 74
levoxyl 74
LIBTAYO 34
lidocaine 72
lidocaine (pf) 12, 71
lidocaine hcl 71, 72
lidocaine in 5 % dextrose (pf) 12
lidocaine viscous 72
lidocaine-epinephrine 72
lidocaine-epinephrine (pf) 72
lidocaine-prilocaine 72
lidocan iii 72
lidocan iv 72
lidocan v 72
LILETTA 63
lincomycin 3
linezolid 3
linezolid in dextrose 5% 3
linezolid-0.9% sodium chloride 3
LINZESS 20
liothyronine 74
lisinopril 16
lisinopril-hydrochlorothiazide 16
lithium carbonate 52
lithium citrate 52
LIVTENCITY 6
LOKELMA 66
LONSURF 34
loperamide 23
lopinavir-ritonavir 6
LOQTORZI 34
lorazepam 52
lorazepam intensol 52
LORBRENA 34
loryna (28) 61
losartan 16
losartan-hydrochlorothiazide 16
loteprednol etabonate 64
lovastatin 13
low-ogestrel (28) 61
loxapine succinate 52
lo-zumandimine (28) 61
lubiprostone 20
LUMAKRAS 34
LUMIGAN 65
LUMIZYME 75
LUNSUMIO 34
LUPRON DEPOT 34
lurasidone 53
lutera (28) 61
lyleq 62
lyllana 62
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 62
M
magnesium chloride 90
magnesium sulfate 90
MAGNESIUM SULFATE IN D5W 90
magnesium sulfate in water .. 90
malathion 71
mannitol 20 % 16
mannitol 25 % 16
maraviroc 6
MARGENZA 34
marlissa (28) 61
MARPLAN 53
MATULANE 34
matzim la 16
MAVYRET 6
meclizine 20
medroxyprogesterone 62
mefloquine 3
megestrol 34
MEKINIST 35
MEKTOVI 35
meleya 62
meloxicam 44
melphalan hcl 35
memantine 58
memantine-donepezil 58
MENQUADFI (PF) 25
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 25
MEPSEVII 75
mercaptopurine 35
meropenem 3
mesalamine 20, 21
mesalamine with cleansing wipe 21
mesna 27
MESNEX 27
metformin 78
methadone 42, 43
methadone intensol 42
methadose 43
methazolamide 64
methenamine hippurate 2
methenamine mandelate 2
methimazole 73
methotrexate sodium 35
methotrexate sodium (pf) 35
methoxsalen 72
methsuximide 47
methylergonovine 63

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 09/16/2025.

methylphenidate hcl 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
metro i.v. 4
metronidazole 4, 63, 73
metronidazole in nacl (iso-os) 4
metyrosine 16
mexiletine 12
micafungin 2
microgestin 1.5/30 (21) 61
microgestin 1/20 (21) 61
microgestin fe 1.5/30 (28) 61
microgestin fe 1/20 (28) 61
midodrine 66
MIEBO (PF) 65
mifepristone 63, 75
mili 61
milrinone 13
milrinone in 5 % dextrose 13
mimvey 62
minocycline 11
minoxidil 16
miostat 65
mirabegron 89
mirtazapine 53
misoprostol 23
mitomycin 35
mitoxantrone 35
M-M-R II (PF) 25
modafinil 53
moexipril 16
molindone 53
mometasone 71, 85
mondoxyne nl 12
MONJUVI 35
mono-linyah 61
montelukast 86
morphine 43
morphine (pf) 43
morphine concentrate 43
MOUNJARO 78
moxifloxacin 11, 63, 64
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 11
MRESVIA (PF) 25
MULTAQ 12
mupirocin 67
mycophenolate mofetil 35
mycophenolate mofetil (hcl) . 35
mycophenolate sodium 35
MYFEMBREE 63
MYHIBBIN 35
MYLOTARG 35
MYRBETRIQ 89
N
nabumetone 44
nadolol 16
nafcillin 10
nafcillin in dextrose iso-osm. 10
naftifine 68
NAGLAZYME 75
nalbuphine 44
naloxone 44
naltrexone 44
NAMZARIC 58
naproxen 44
naproxen sodium 44
naratriptan 57
NATACYN 64
nateglinide 78
NAYZILAM 47
nebivolol 16
nefazodone 53
nelarabine 35
neomycin 4
neomycin-bacitracin-poly-hc 64
neomycin-bacitracin-polymyxin 64
neomycin-polymyxin b gu 67
neomycin-polymyxin b-dexameth 64
neomycin-polymyxin-gramicidin 64
neomycin-polymyxin-hc .. 59, 64
neo-polycin 64
neo-polycin hc 64
NERLYNX 35
NEUPRO 41
nevirapine 6
NEXLETOL 13
NEXLIZET 13
NEXPLANON 63
niacin 14
nicardipine 16
NICOTROL NS 65
nifedipine 16
nikki (28) 61
nilotinib hcl 35
nilutamide 35
nimodipine 16
NINLARO 35
nitazoxanide 4
nitisinone 66
nitro-bid 14
nitrofurantoin macrocrystal ... 2
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 2
nitroglycerin 14, 21
nitroglycerin in 5 % dextrose 14
NIVESTYM 24
nizatidine 23
nora-be 62
norelgestromin-ethin.estradiol 63
norepinephrine bitartrate 13
norethindrone (contraceptive) 62
norethindrone acetate 62
norethindrone ac-eth estradiol 61, 62
norgestimate-ethinyl estradiol 61
nortrel 0.5/35 (28) 61
nortrel 1/35 (21) 61
nortrel 1/35 (28) 61
nortrel 7/7/7 (28) 61
nortriptyline 53
NORVIR 6
NUBEQA 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 09/16/2025.

NUCALA 86
NUEDEXTA 58
NULOJIX 35
NUPLAZID 53
NURTEC ODT 57
nyamyc 68
nystatin 2, 68
nystatin-triamcinolone 68
nystop 68
NYVEPRIA 24
O
OCALIVA 21
octreotide acetate 35, 36
octreotide,microspheres 36
ODEFSEY 6
ODOMZO 36
OFEV 86
ofloxacin 60, 64
OGSIVEO 36
OJEMDA 36
OJJAARA 36
olanzapine 53
olmesartan 16
olmesartan-amlodipin-hcthiazid 16
olmesartan-hydrochlorothiazide 17
omega-3 acid ethyl esters 14
omeprazole 23
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) 89
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) 89
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) 89
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) 89
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) 89
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 89
OMNITROPE 24
ONCASPAR 36
ondansetron 21
ondansetron hcl 21
ondansetron hcl (pf) 21
ONETOUCH ULTRA TEST 78
ONETOUCH ULTRA2 METER 89
ONETOUCH VERIO FLEX METER 89
ONETOUCH VERIO REFLECT METER 89
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS 78
ONIVYDE 36
ONUREG 36
OPDIVO 36
OPDIVO QVANTIG 36
OPDUALAG 36
OPIPZA 53
opium tincture 23
OPSUMIT 86
OPSYNVI 86
oralone 59
ORENCIA 81
ORENCIA (WITH MALTOSE) 81
ORENCIA CLICKJECT 81
ORGOVYX 36
ORKAMBI 86
orquidea 62
ORSERDU 36
oseltamivir 6
osmitrol 20 % 17
OTEZLA 81
OTEZLA STARTER 81
oxacillin 10
oxacillin in dextrose(iso-osm) 10
oxaliplatin 36
oxaprozin 44
oxcarbazepine 47
OXERVATE 65
oxybutynin chloride 89, 90
oxycodone 43
oxycodone-acetaminophen 43
OXYCONTIN 43
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
paraplatin 36
paricalcitol 75
paroxetine hcl 53
PAVBLU 65
PAXLOVID 6, 7
pazopanib 36
PEDIARIX (PF) 25
PEDVAX HIB (PF) 25
peg 3350-electrolytes 21
PEGASYS 24
peg-electrolyte 21
PEMAZYRE 37
pemetrexed disodium 37
PEN NEEDLE, DIABETIC 89
PENBRAYA (PF) 25
penciclovir 69
penicillamine 81
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) 26
pentamidine 4
pentobarbital sodium 54
pentoxifylline 19
perampanel 47
perindopril erbumine 17
periogard 59
PERJETA 37
permethrin 71
perphenazine 54
pfizerpen-g 10
phenelzine 54

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 09/16/2025.

phenobarbital 47
phenobarbital sodium 47
phentolamine 17
phenytoin 47
phenytoin sodium 47
phenytoin sodium extended .. 47
philith 61
PIFELTRO 7
pilocarpine hcl 65, 66
pimecrolimus 72
pimozide 54
pimtrea (28) 61
pindolol 17
pioglitazone 78
piperacillin-tazobactam . 10, 11
PIQRAY 37
pirfenidone 86
piroxicam 44
pitavastatin calcium 14
PLEGRIDY 24
PLENAMINE 92
plerixafor 24
podofilox 72
POLIVY 37
polocaine 72
polocaine-mpf 72
polycin 64
polymyxin b sulf-trimethoprim 64
POMALYST 37
portia 28 61
posaconazole 2
potassium acetate 90
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 90
potassium chloride 91
potassium chloride in 0.9%nacl 90
potassium chloride in 5 % dex 91
potassium chloride in lr-d5 .. 91
potassium chloride in water . 91
potassium chloride-0.45 % nacl 91
potassium chloride-d5-0.2%nacl 91
potassium chloride-d5-0.9%nacl 91
potassium citrate 89
potassium phosphate m-/d-basic 91
POTELIGEO 37
PRALATREXATE 37
pramipexole 41
prasugrel hcl 19
pravastatin 14
praziquantel 4
prazosin 17
PRECISION XTRA MONITOR 89
PRECISION XTRA TEST ... 78
prednicarbate 71
prednisolone 73
prednisolone acetate 64
prednisolone sodium phosphate 64, 73, 74
prednisone 74
prednisone intensol 74
pregabalin 47
PREMARIN 62
premasol 10 % 92
PREMPHASE 62
PREMPRO 62
prenatal vitamin oral tablet .. 92
prevalite 14
PREVYMIS 7
PREZCOBIX 7
PREZISTA 7
PRIFTIN 4
PRIMAQUINE 4
primidone 48
PRIMIDONE 47
PRIORIX (PF) 26
PRIVIGEN 26
probenecid 82
probenecid-colchicine 82
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 63
PROGRAF 37
PROLASTIN-C 67
PROLIA 82
PROMACTA 19
promethazine 83
propafenone 12
propranolol 17
propylthiouracil 73
PROQUAD (PF) 26
protamine 19
protriptyline 54
PULMICORT FLEXHALER 86
PULMOZYME 86
PURIXAN 37
pyrazinamide 4
pyridostigmine bromide 56
pyrimethamine 4
Q
QINLOCK 37
QUADRACEL (PF) 26
quetiapine 54
quinapril 17
quinapril-hydrochlorothiazide 17
quinidine sulfate 12
quinine sulfate 4
QULIPTA 57
QVAR REDIHALER 86
R
RABAVERT (PF) 26
RADICAVA ORS 58
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP 58
RALDESY 54
raloxifene 82
ramelteon 54
ramipril 17
ranolazine 13
rasagiline 41
reclipsen (28) 61

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 09/16/2025.

RECOMBIVAX HB (PF) 26
RELENZA DISKHALER.....7
RELEUKO 24
RELISTOR.....21
REMICADE 21
RENACIDIN.....89
repaglinide 78
REPATHA 14
REPATHA PUSHTRONEX 14
REPATHA SURECLICK 14
RETACRIT 25
RETEVMO.....37
RETROVIR.....7
REVLIMID 37
revonto.....56
REVUFORJ.....37
REXULTI.....54
REYATAZ 7
REZDIFFRA 67
REZLIDHIA.....37
REZUROCK 37
RHOPRESSA.....65
ribavirin.....7
RIDAURA.....81
rifabutin.....4
rifampin 4
riluzole.....67
rimantadine 7
ringer's 67, 91
RINVOQ 81
RINVOQ LQ 81
risedronate 67, 83
risperidone 54
risperidone microspheres.....54
ritonavir.....7
rivaroxaban 19
rivastigmine.....58
rivastigmine tartrate.....59
rizatriptan.....57
ROCKLATAN 65
roflumilast 87
romidepsin.....37
ROMVIMZA.....37
ropinirole.....41
rosuvastatin 14
ROTARIX 26
ROTATEQ VACCINE.....26
roweepra.....48
ROZLYTREK 37, 38
RUBRACA.....38
rufinamide 48
RUKOBIA.....7
RUXIENCE.....38
RYBELSUS.....78
RYBREVANT.....38
RYDAPT 38
RYLAZE 38
RYTELO 38
S
sacubitril-valsartan 13
sajazir 87
salsalate.....45
SANCUSO 21
SANDOSTATIN LAR DEPOT 38
SANTYL 72
sapropterin 75
SARCLISA.....38
SAVELLA.....81
saxagliptin 78
saxagliptin-metformin 78, 79
SCEMBLIX.....38
scopolamine base 22
SECUADO 54
SEGLUROMET 79
SELARSDI.....69
selegiline hcl.....41
selenium sulfide 69
SELZENTRY 7
sertraline 54
setlakin.....61
sevelamer carbonate.....67
sf 59
sf 5000 plus.....59
sharobel.....63
SHINGRIX (PF).....26
SIGNIFOR.....38
sildenafil (pulmonary arterial hypertension) 87
silver sulfadiazine.....72
SIMBRINZA 65
SIMULECT 38
simvastatin 14
sirolimus 38
SIRTURO 4
SKYRIZI 22, 69
sodium acetate 91
sodium benzoate-sod phenylacet.....67
sodium bicarbonate 91
sodium chloride 67, 91
sodium chloride 0.45 %.....91
sodium chloride 0.9 %.....67
sodium chloride 3 % hypertonic 91
sodium chloride 5 % hypertonic 91
sodium fluoride 5000 dry mouth 59
sodium fluoride 5000 plus 59
sodium fluoride-pot nitrate...59
sodium nitroprusside 13
SODIUM OXYBATE (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00054) 55
sodium phenylbutyrate.....67
sodium phosphate 91
*sodium polystyrene sulfonate*67
sodium,potassium,mag sulfates 22
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR.....7
solifenacin.....90
SOLIQUA 100/33 79
SOLTAMOX.....38
SOMATULINE DEPOT 38
SOMAVERT 75
sorafenib 38
sotalol 12
sotalol af 12
SOTYKTU 69
SPIRIVA RESPIMAT.....87
spironolactone 17
spironolacton-hydrochlorothiaz.....17
SPRAVATO 55
sprintec (28).....61

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 09/16/2025.

SPRITAM....48
SPRYCEL....38
sps (with sorbitol)....67
sronyx....61
ssd....72
STEGLATRO....79
STELARA....69
STIOLTO RESPIMAT....87
STIVARGA....38
STRENSIQ....75
STREPTOMYCIN....4
STRIBILD....7
STRIVERDI RESPIMAT....87
SUBLOCADE....43
subvenite....48
SUCRAID....22
sucralfate....24
sulfacetamide sodium....65
sulfacetamide sodium (acne) 67
sulfacetamide-prednisolone .65
sulfadiazine....11
sulfamethoxazole-trimethoprim....11
sulfasalazine....22
sulindac....45
sumatriptan nasal....57
sumatriptan succinate....57
sunitinib malate....38
SUNLENCA....7
syeda....61
SYLVANT....38
SYMDEKO....87
SYMLINPEN 120....79
SYMLINPEN 60....79
SYMPAZAN....48
SYMPROIC....22
SYMTUZA....7
SYNAGIS....7
SYNJARDY....79
SYNJARDY XR....79
T
TABLOID....38
TABRECTA....38
tacrolimus....38, 72
tadalafil....89
tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg....87
TAFINLAR....38
TAGRISSO....39
TALVEY....39
TALZENNA....39
tamoxifen....39
tamsulosin....90
tarina fe 1-20 eq (28)....61
TASIGNA....39
tazarotene....73
tazicef....9
TAZVERIK....39
TECENTRIQ....39
TECENTRIQ HYBREZA....39
TECVAYLI....39
TEFLARO....9
telmisartan....17
telmisartan-amlodipine....17
telmisartan-hydrochlorothiazid....17
TEMODAR....39
temsirolimus....39
TENIVAC (PF)....26
tenofovir disoproxil fumarate.7
TEPMETKO....39
terazosin....17
terbinafine hcl....2
terbutaline....87
terconazole....63
teriflunomide....59
teriparatide....83
testosterone....75
testosterone cypionate....75
testosterone enanthate....75
tetrabenazine....59
tetracycline....12
TEVIMBRA....39
THALOMID....39
theophylline....87
thioridazine....55
thiotepa....39
thiothixene....55
tiadylt er....17
tiagabine....48
TIBSOVO....39
ticagrelor....19
TICE BCG....26
TICOVAC....26
tigecycline....4
tilia fe....61
timolol maleate....17, 64
tinidazole....4
tiotropium bromide....87
TIVDAK....39
TIVICAY....7
TIVICAY PD....7
tizanidine....56
TOBI PODHALER....4
TOBRADEX....64
tobramycin....4, 64
tobramycin in 0.225 % nacl....4
tobramycin sulfate....4
tobramycin-dexamethasone..64
tolterodine....90
tolvaptan....75
tolvaptan (polycys kidney dis)....75
topiramate....48
topotecan....39
toremifene....39
torpenz....39
torsemide....17
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR....79
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN....79
TRADJENTA....79
tramadol....45
tramadol-acetaminophen....45
trandolapril....17
trandolapril-verapamil....17
tranexamic acid....63
tranylcypromine....55
travasol 10 %....92
travoprost....65
TRAZIMERA....39
trazodone....55
TRELEGY ELLIPTA....87
TRELSTAR....39
TREMFYA....69

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 09/16/2025.

TREMFYA PEN 69
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN 69
treprostinil sodium 17
tretinoin (antineoplastic).....39
tretinoin topical.....73
triamcinolone acetonide 59, 71, 74
triamterene-hydrochlorothiazid 17
tridacaine ii 72
triderm.....71
trientine 67
tri-estarylla.....61
trifluoperazine 55
trifluridine 64
trihexyphenidyl 41
TRIJARDY XR.....79
TRIKAFTA 87
tri-legest fe.....61
tri-linyah.....61
tri-lo-estarylla 61
tri-lo-marzia 61
tri-lo-sprintec 61
trimethoprim.....2
trimipramine.....55
TRINTELLIX.....55
tri-sprintec (28) 61
TRIUMEQ.....7
TRIUMEQ PD.....7
TRODELVY 39
TROGARZO 7
TROPHAMINE 10 % 92
trospium.....90
TRULANCE.....22
TRULICITY.....79
TRUMENBA 26
TRUQAP.....39
TUKYSA.....39
TURALIO 39
turqoz (28) 61
TWINRIX (PF) 26
TYENNE.....81, 82
TYENNE AUTOINJECTOR 81
TYPHIM VI 26
TYVASO.....87
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT.....87
TYVASO REFILL KIT.....87
TYVASO STARTER KIT ...87
U
UBRELVY 57
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE.....89
unithroid 74
UNITUXIN 39
UPTRAVI.....17
ursodiol.....22
UZEDY 55
V
valacyclovir 7
VALCHLOR 72
valganciclovir.....7
valproate sodium 48
valproic acid.....48
valproic acid (as sodium salt) 48
valrubicin.....39
valsartan.....17
valsartan-hydrochlorothiazide 17
VALTOCO.....48
vancomycin.....4, 5
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL 4
VANFLYTA 39
VAQTA (PF).....26
varenicline tartrate.....65
VARIVAX (PF) 26
VARIZIG.....26
VARUBI.....22
VAXCHORA VACCINE.....26
VECTIBIX 39
veletri.....17
velivet triphasic regimen (28) 61
VELPHORO.....67
VELTASSA.....67
VEMLIDY.....7
VENCLEXTA 39, 40
VENCLEXTA STARTING PACK 40
venlafaxine.....55
verapamil.....17
VERQUVO.....13
VERSACLOZ.....55
VERZENIO 40
vestura (28).....61
VIBATIV.....5
VIBERZI 22
vienva.....61
vigabatrin 48
vigadrone.....48
vigpoder.....48
vilazodone.....55
VIMIZIM.....75
VIMKUNYA.....26
vinblastine.....40
vincristine 40
vinorelbine.....40
viorele (28) 61
VIRACEPT.....7
VIREAD 7
VITRAKVI.....40
VIVITROL 45
VIVOTIF 26
VIZIMPRO.....40
VONJO 40
VORANIGO.....40
voriconazole 2
voriconazole-hpbcd 2
VOSEVI 8
VOWST.....22
VRAYLAR.....55
VUMERITY 59
VYLOY 40
VYNDAMAX 13
VYNDAQEL.....13
VYVGART.....56
VYVGART HYTRULO 56
VYXEOS.....40
W
warfarin 19
water for irrigation, sterile...67
WELIREG 40
wera (28) 61

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 09/16/2025.

wescap-pn dha 92
wixela inhub 87
WYOST 27
X
XALKORI 40
XARELTO 19
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 19
XCOPRI 48
XCOPRI MAINTENANCE PACK 48
XCOPRI TITRATION PACK 48
XDEMVY 65
XELJANZ 82
XELJANZ XR 82
XERMELO 40
XGEVA 27
XIAFLEX 67
XIFAXAN 5
XIGDUO XR 79
XIIDRA 65
XOFLUZA 8
XOLAIR 87, 88
XOSPATA 40
XPOVIO 40
XTANDI 40
xulane 63
Y
YERVOY 40
YESINTEK 69
YF-VAX (PF) 26
YONDELIS 40
YUFLYMA(CF) 82
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS 82
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR 82
yuvafem 63
Z
zafemy 63
zafirlukast 88
zaleplon 56
ZALTRAP 40
ZANOSAR 40
ZEJULA 41
ZELBORAF 41
zenatane 73
ZENPEP 22
ZEPOSIA 59
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) 59
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) 59
ZEPZELCA 41
zidovudine 8
ZIIHERA 41
ziprasidone hcl 56
ziprasidone mesylate 56
ZIRABEV 41
ZIRGAN 64
ZOLADEX 41
zoledronic acid 75
zoledronic acid-mannitol-water 67
ZOLINZA 41
zolpidem 56
ZONISADE 48
zonisamide 49
zovia 1-35 (28) 62
ZTALMY 49
ZUBSOLV 45
zumandimine (28) 62
ZURZUVAE 56
ZYDELIG 41
ZYKADIA 41
ZYMFENTRA 22
ZYNLONTA 41
ZYNYZ 41
ZYPREXA RELPREVV 56

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 09/16/2025.