

2025

Formulario (Lista de medicamentos cubiertos)



ElderServe 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 01/13/2025. Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con nosotros, con Servicios para Miembros de ElderServe 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://ElderServehealthplans.org/>.

H6776_Formulary002CY25_C_SP

Índice

¿QUÉ ES EL FORMULARIO DE ElderServe 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 ElderServe 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 ElderServe 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

ANTIISTAMÍNICOS/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 ElderServe MAP (HMO D-SNP). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa ElderServe 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 ElderServe MAP?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por ElderServe 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, ElderServe MAP (HMO D-SNP) cubrirá los medicamentos incluidos en nuestro formulario siempre y cuando el medicamento sea medicamento necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de ElderServe 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 ElderServeMAP (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 ElderServe 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 ElderServe 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.º 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 ElderServe 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?

ElderServe 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:** ElderServe MAP (HMO D-SNP) requiere que usted [o su médico] obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener la aprobación de ElderServe MAP (HMO D-SNP) antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que ElderServe MAP (HMO D-SNP) no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, ElderServe MAP (HMO D-SNP) limita la cantidad del medicamento que cubrirá.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, ElderServe 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 ElderServe 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, ElderServe 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 ElderServe 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 ElderServe 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 ElderServe 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 ElderServe MAP (HMO D-SNP). Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por ElderServe MAP (HMO D-SNP).
- Puede solicitarle a ElderServe 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 ElderServe MAP (HMO D-SNP)?

Puede solicitarle a ElderServe 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, ElderServe 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, ElderServe 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 ElderServe MAP(HMO D-SNP), revise su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre ElderServe 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 ElderServe MAP

El formulario a continuación proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por ElderServe 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 ElderServe 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		
<i>amphotericin b</i>	1	B/D PA; MO
<i>caspofungin</i>	1	
<i>clotrimazole mucous membrane</i>	1	MO
CRESEMBA ORAL	1	PA
<i>fluconazole</i>	1	MO
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml</i>	1	PA; MO
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 400 mg/200 ml</i>	1	PA
<i>flucytosine</i>	1	MO
<i>griseofulvin microsize</i>	1	MO
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	MO
<i>itraconazole oral capsule</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>itraconazole oral solution</i>	1	MO
<i>ketoconazole oral</i>	1	MO
<i>micalfungin</i>	1	MO
<i>nystatin oral</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	PA; MO; QL (96 por 30 días)
<i>terbinafine hcl oral</i>	1	MO
<i>voriconazole intravenous</i>	1	PA; MO
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution</i>	1	PA; MO
<i>voriconazole oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>voriconazole-hpbc</i>	1	PA
AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS		
<i>methenamine hippurate</i>	1	MO
<i>methenamine mandelate</i>	1	MO
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>nitrofurantoin monohydrate/m-cryst</i>	1	MO
<i>trimethoprim</i>	1	MO
ANTIINFECCIOSOS VARIOS		
<i>albendazole</i>	1	MO
<i>amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	1	PA; MO
ARIKAYCE	1	PA; LA
<i>atovaquone</i>	1	MO
<i>atovaquone-proguanil</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>aztreonam</i>	1	PA; MO
CAYSTON	1	PA; MO; LA; QL (84 por 56 días)
<i>chloramphenicol sod succinate</i>	1	
<i>chloroquine phosphate</i>	1	MO
<i>clindamycin hcl</i>	1	MO
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	1	PA; MO
<i>clindamycin phosphate injection</i>	1	PA; MO
COARTEM	1	MO
<i>colistin (colistimethate na)</i>	1	PA; MO; QL (30 por 10 días)
<i>dapsone oral</i>	1	MO
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 350 MG	1	MO
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	1	MO
EMVERM	1	MO
<i>ertapenem</i>	1	PA; MO; QL (14 por 14 días)
<i>ethambutol</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml</i>	1	PA; MO
<i>gentamicin injection</i>	1	PA; MO
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	1	PA; MO
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	1	MO
<i>imipenem-cilastatin</i>	1	PA; MO
<i>isoniazid injection</i>	1	
<i>isoniazid oral</i>	1	MO
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	1	PA; MO; QL (20 por 30 días)
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>	1	PA; QL (8 por 30 días)
<i>lincomycin</i>	1	PA
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	1	PA; MO
<i>linezolid oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>linezolid oral tablet</i>	1	MO
<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i>	1	PA
<i>mefloquine</i>	1	MO
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	PA; QL (30 por 10 días)
<i>meropenem intravenous recon soln 500 mg</i>	1	PA; QL (10 por 10 días)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>metro i.v.</i>	1	PA; MO
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	1	PA; MO
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>neomycin</i>	1	MO
<i>nitazoxanide</i>	1	MO; QL (12 por 30 días)
<i>pentamidine inhalation</i>	1	B/D PA; MO; QL (1 por 28 días)
<i>pentamidine injection</i>	1	MO
<i>praziquantel</i>	1	MO
PRIFTIN	1	MO
PRIMAQUINE	1	MO
<i>pyrazinamide</i>	1	MO
<i>pyrimethamine</i>	1	PA; MO
<i>quinine sulfate</i>	1	MO
<i>rifabutin</i>	1	MO
<i>rifampin intravenous</i>	1	MO
<i>rifampin oral</i>	1	MO
SIRTURO	1	PA; LA
STREPTOMYCIN	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>tigecycline</i>	1	PA; MO
<i>tinidazole</i>	1	MO
TOBI PODHALER	1	MO; QL (224 por 56 días)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	1	PA; MO; QL (280 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>tobramycin inhalation</i>	1	PA; MO; QL (224 por 28 días)
<i>tobramycin sulfate injection recon soln</i>	1	PA; QL (9 por 14 días)
<i>tobramycin sulfate injection solution</i>	1	PA; MO
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/200 ML	1	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)
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg</i>	1	PA; MO; QL (20 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 10 gram</i>	1	PA; QL (2 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 5 gram</i>	1	PA; QL (4 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	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 11/13/2025.

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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>atazanavir</i>	1	MO
BARACLUDE ORAL SOLUTION	1	MO
BIKTARVY	1	MO
CABENUVA	1	MO
<i>cidofovir</i>	1	B/D PA; MO
CIMDUO	1	MO
COMPLERA	1	MO
<i>darunavir</i>	1	MO
DELSTRIGO	1	MO
DESCOVY	1	MO
DOVATO	1	MO
EDURANT	1	MO
EDURANT PED	1	MO
<i>efavirenz oral tablet</i>	1	MO
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir</i>	1	MO
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disop</i>	1	MO
<i>emtricitabine</i>	1	MO
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg</i>	1	MO
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	1	MO
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofovir</i>	1	MO
EMTRIVA ORAL SOLUTION	1	MO
<i>entecavir</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
<i>ribavirin oral capsule</i>	1	MO
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	MO
<i>rimantadine</i>	1	MO
<i>ritonavir</i>	1	MO
RUKOBIA	1	MO
SELZENTRY ORAL SOLUTION	1	MO
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	1	PA; MO; QL (28 por 28 días)
STRIBILD	1	MO

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefepime in dextrose, iso-osm</i>	1	
<i>cefepime injection</i>	1	MO
<i>cefixime</i>	1	MO
<i>cefloxitin in dextrose, iso-osm</i>	1	PA
<i>cefloxitin intravenous recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	PA; MO
<i>cefloxitin intravenous recon soln 10 gram</i>	1	PA
<i>cefpodoxime</i>	1	MO
<i>cefprozil</i>	1	MO
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	PA; MO
<i>ceftazidime injection recon soln 6 gram</i>	1	PA
<i>ceftriaxone in dextrose, iso-os</i>	1	MO
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>ceftriaxone injection recon soln 10 gram</i>	1	
<i>ceftriaxone intravenous</i>	1	MO
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	1	MO
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	1	PA; MO
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram</i>	1	PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 7.5 gram</i>	1	PA
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>tazicef injection</i>	1	PA; MO
<i>tazicef intravenous</i>	1	PA
TEFLARO	1	PA; MO
ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin intravenous</i>	1	PA; MO
<i>azithromycin oral packet</i>	1	MO
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack)</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	1	MO
<i>clarithromycin</i>	1	MO
DIFICID ORAL TABLET	1	MO; QL (20 por 10 días)
<i>ery-tab oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>erythrocin (as stearate) oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i>	1	
<i>erythromycin oral</i>	1	MO
<i>fidaxomicin</i>	1	QL (20 por 10 días)
PENICILINAS		
<i>amoxicillin oral capsule</i>	1	MO
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>amoxicillin oral tablet</i>	1	MO
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable</i>	1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	PA; MO
<i>ampicillin sodium intravenous</i>	1	PA
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 3 gram</i>	1	PA; MO
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 15 gram</i>	1	PA
<i>ampicillin-sulbactam intravenous</i>	1	PA
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125-31.25 MG/5 ML	1	MO
BICILLIN L-A	1	PA
<i>dicloxacillin</i>	1	MO
<i>nafcillin in dextrose iso-osm intravenous piggyback 2 gram/100 ml</i>	1	PA
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	PA; MO
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	1	PA
<i>oxacillin in dextrose(iso-osm) intravenous piggyback 2 gram/50 ml</i>	1	PA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxacillin injection recon soln 1 gram, 10 gram</i>	1	PA
<i>oxacillin injection recon soln 2 gram</i>	1	PA; MO
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS PIGGYBACK 2 MILLION UNIT/50 ML, 3 MILLION UNIT/50 ML	1	PA
<i>penicillin g potassium</i>	1	PA; MO
<i>penicillin g sodium</i>	1	PA; MO
<i>penicillin v potassium</i>	1	MO
<i>pfizerpen-g</i>	1	PA
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 13.5 gram, 40.5 gram</i>	1	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram</i>	1	MO
QUINOLONAS		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	1	PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 500 mg/5 ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml</i>	1	PA
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	1	PA; MO
<i>levofloxacin intravenous</i>	1	PA
<i>levofloxacin oral solution</i>	1	MO
<i>levofloxacin oral tablet</i>	1	MO
<i>moxifloxacin oral</i>	1	MO
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	1	PA; MO
SULFAMIDAS/AGENTES RELACIONADOS		
<i>sulfadiazine</i>	1	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous</i>	1	PA; MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension</i>	1	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet</i>	1	MO
TETRACICLINAS		
<i>demeclocycline</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>doxy-100</i>	1	PA; MO
<i>doxycycline hyclate intravenous</i>	1	PA
<i>doxycycline hyclate oral capsule</i>	1	MO
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>minocycline oral capsule</i>	1	MO
<i>minocycline oral tablet</i>	1	MO
<i>monodoxyne nl oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>tetracycline oral capsule</i>	1	MO
CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS		
AGENTES ANTIARRÍTMICOS		
<i>adenosine</i>	1	
<i>amiodarone intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>amiodarone oral</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	1	MO
<i>dobutamine</i>	1	B/D PA
<i>dobutamine in d5w intravenous parenteral solution 1,000 mg/250 ml (4,000 mcg/ml), 250 mg/250 ml (1 mg/ml), 500 mg/250 ml (2,000 mcg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>dopamine in 5 % dextrose intravenous solution 200 mg/250 ml (800 mcg/ml), 400 mg/250 ml (1,600 mcg/ml), 400 mg/500 ml (800 mcg/ml), 800 mg/500 ml (1,600 mcg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>dopamine in 5 % dextrose intravenous solution 800 mg/250 ml (3,200 mcg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
<i>dopamine intravenous solution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>dopamine intravenous solution 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
ENTRESTO	1	QL (60 por 30 días)
ENTRESTO SPRINKLE	1	QL (240 por 30 días)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ivabradine</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>milrinone</i>	1	B/D PA
<i>milrinone in 5 % dextrose</i>	1	B/D PA
<i>norepinephrine bitartrate</i>	1	
<i>ranolazine</i>	1	MO
<i>sacubitril-valsartan</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>sodium nitroprusside</i>	1	B/D PA
VERQUVO	1	MO; QL (30 por 30 días)
VYNDAMAX	1	PA; MO
VYNDALIN	1	PA; MO
AGENTES PARA REDUCIR LOS LÍPIDOS/EL COLESTEROL		
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>atorvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>cholestyramine (with sugar)</i>	1	MO
<i>cholestyramine light</i>	1	MO
<i>colestevlam</i>	1	MO
<i>colestipol oral granules</i>	1	MO
<i>colestipol oral packet</i>	1	
<i>colestipol oral tablet</i>	1	MO
<i>ezetimibe</i>	1	MO
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	1	MO
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	1	MO
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	1	MO
<i>fenofibric acid</i>	1	
<i>fenofibric acid (choline)</i>	1	MO
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>fluvastatin oral capsule 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>gemfibrozil</i>	1	MO
<i>icosapent ethyl</i>	1	MO
<i>lovastatin oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
NEXLETOL	1	PA; MO
NEXLIZET	1	PA; MO
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	1	MO
<i>pitavastatin calcium</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>pravastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>prevalite</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
<i>rosuvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>simvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

NITRATOS

<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate</i>	1	MO
<i>nitro-bid</i>	1	MO
<i>nitroglycerin 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)</i>	1	B/D PA
<i>nitroglycerin intravenous</i>	1	B/D PA
<i>nitroglycerin sublingual</i>	1	MO
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	1	MO
<i>nitroglycerin translingual</i>	1	MO

TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

<i>acebutolol</i>	1	MO
-------------------	---	----

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>aliskiren</i>	1	MO
<i>amiloride</i>	1	MO
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>amlodipine</i>	1	MO
<i>amlodipine-benazepril</i>	1	MO
<i>amlodipine-olmesartan</i>	1	MO
<i>amlodipine-valsartan</i>	1	MO
<i>amlodipine-valsartan-hcthidiazid</i>	1	MO
<i>atenolol</i>	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	1	MO
<i>benazepril</i>	1	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>betaxolol oral</i>	1	MO
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>bumetanide injection</i>	1	MO
<i>bumetanide oral</i>	1	MO
<i>candesartan</i>	1	MO
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	1	MO
<i>captopril</i>	1	MO
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>cartia xt</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>carvedilol</i>	1	MO
<i>chlorothiazide sodium</i>	1	MO
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>clonidine transdermal patch</i>	1	MO; QL (4 por 28 días)
<i>clonidine (pf) epidural solution 1,000 mcg/10 ml (100 mcg/ml)</i>	1	
<i>clonidine hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl intravenous</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, ext. rel 24h degradable</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24hr</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>dilt-xr</i>	1	MO
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>doxazosin oral tablet 8 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
EDARBI	1	MO
EDARBYCLOR	1	MO
<i>enalapril maleate oral tablet</i>	1	MO
<i>enalaprilat intravenous solution</i>	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>eplerenone</i>	1	MO
<i>esmolol intravenous solution</i>	1	
<i>ethacrynate sodium</i>	1	
<i>felodipine</i>	1	MO
<i>fosinopril</i>	1	MO
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>furosemide injection solution</i>	1	MO
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	MO
<i>furosemide oral tablet</i>	1	MO
<i>hydralazine</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>indapamide</i>	1	MO
<i>irbesartan</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>isosorbide-hydralazine</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>isradipine</i>	1	
KERENDIA	1	PA; QL (30 por 30 días)
<i>labetalol intravenous solution</i>	1	
<i>labetalol intravenous syringe 20 mg/4 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril</i>	1	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>losartan</i>	1	MO
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>mannitol 20 %</i>	1	
<i>mannitol 25 % intravenous solution</i>	1	MO
<i>matzim la</i>	1	MO
<i>metolazone</i>	1	MO
<i>metoprolol succinate</i>	1	MO
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	1	MO
<i>metoprolol tartrate intravenous</i>	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>metirosine</i>	1	PA; MO
<i>minoxidil oral</i>	1	MO
<i>moexipril</i>	1	MO
<i>nadolol</i>	1	MO
<i>nebivolol</i>	1	MO
<i>nicardipine intravenous solution</i>	1	
<i>nicardipine oral</i>	1	MO
<i>nifedipine oral tablet extended release</i>	1	MO
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr</i>	1	MO
<i>nimodipine oral capsule</i>	1	MO
<i>olmesartan</i>	1	MO
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiacid</i>	1	MO
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>osmitrol 20 %</i>	1	
<i>perindopril erbumine</i>	1	MO
<i>phentolamine</i>	1	
<i>pindolol</i>	1	MO
<i>prazosin</i>	1	MO
<i>propranolol intravenous</i>	1	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>propranolol oral solution</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>propranolol oral tablet</i>	1	MO
<i>quinapril</i>	1	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>ramipril</i>	1	MO
<i>spironolactone oral tablet</i>	1	MO
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	1	MO
<i>telmisartan</i>	1	MO
<i>telmisartan-amlodipine</i>	1	MO
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	1	MO
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>terazosin oral capsule 10 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>tiadylt er</i>	1	MO
<i>timolol maleate oral</i>	1	MO
<i>torsemide oral</i>	1	MO
<i>trandolapril</i>	1	MO
<i>trandolapril-verapamil</i>	1	MO
<i>treprostinil sodium</i>	1	PA; MO; LA
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	1	MO
UPTRAVI ORAL TABLET	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK	1	PA; MO; LA; QL (200 por 180 días)
<i>valsartan oral tablet</i>	1	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>velettri</i>	1	B/D PA; MO
<i>verapamil intravenous</i>	1	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct</i>	1	MO
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr</i>	1	MO
<i>verapamil oral tablet</i>	1	MO
<i>verapamil oral tablet extended release</i>	1	MO
TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN		
<i>aminocaproic acid intravenous</i>	1	MO
<i>aminocaproic acid oral</i>	1	MO
<i>aspirin-dipyridamole</i>	1	MO
BRILINTA	1	MO
CABLIVI INJECTION KIT	1	PA; LA
CEPROTIN (BLUE BAR)	1	PA; MO
CEPROTIN (GREEN BAR)	1	PA; MO
<i>cilostazol</i>	1	MO
<i>clopidogrel oral tablet 300 mg</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>dabigatran etexilate</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>dipyridamole intravenous</i>	1	
<i>dipyridamole oral</i>	1	MO
DOPTLET (10 TAB PACK)	1	PA; MO; LA
DOPTLET (15 TAB PACK)	1	PA; MO; LA
DOPTLET (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)
<i>eltrombopag olamine</i>	1	PA; MO
<i>enoxaparin subcutaneous solution</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	1	MO; QL (28 por 28 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	1	MO; QL (22.4 por 28 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml, 60 mg/0.6 ml</i>	1	MO; QL (16.8 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	1	MO; QL (11.2 por 28 días)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	1	MO
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 20,000 unit/500 ml (40 unit/ml)</i>	1	
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 1,000 unit/500 ml</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 2,000 unit/1,000 ml</i>	1	
<i>heparin (porcine) injection cartridge</i>	1	
<i>heparin (porcine) injection solution</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) injection syringe 5,000 unit/ml</i>	1	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 12,500 UNIT/250 ML	1	
<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml, 25,000 unit/500 ml</i>	1	MO
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	1	
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 5,000 unit/0.5 ml</i>	1	MO
HEPARIN, PORCINE (PF) INJECTION SYRINGE	1	MO
<i>jantoven</i>	1	MO
<i>pentoxifylline</i>	1	MO
<i>prasugrel hcl</i>	1	MO
PROMACTA	1	PA; MO; LA
<i>protamine</i>	1	
<i>rivaroxaban oral suspension for reconstitution</i>	1	MO; QL (775 por 28 días)
<i>rivaroxaban oral tablet</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>ticagrelor</i>	1	MO
<i>warfarin</i>	1	MO
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	1	MO; QL (51 por 180 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 - 63,000 UNIT, 20,000-63,000-84,000 UNIT, 25,000-79,000-105,000 UNIT, 3,000-10,000 - 14,000-UNIT, 40,000-126,000-168,000 UNIT, 5,000-17,000-24,000 UNIT	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

<i>atropine injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>atropine injection syringe 0.1 mg/ml</i>	1	
<i>atropine intravenous solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>atropine intravenous syringe 0.25 mg/5 ml (0.05 mg/ml)</i>	1	
<i>dicyclomine intramuscular</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i>	1	MO
<i>famotidine intravenous</i>	1	MO
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>misoprostol</i>	1	MO
<i>nizatidine oral capsule</i>	1	MO
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>pantoprazole intravenous</i>	1	MO
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>sucralfate oral suspension</i>	1	MO
<i>sucralfate oral tablet</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
<i>plerixafor</i>	1	B/D PA; MO
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	1	PA; MO
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	1	PA; MO
RELEUKO SUBCUTANEOUS	1	PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

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	
DENG VAXIA (PF)	1	
ENGERIX-B (PF)	1	B/D PA; V
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	1	B/D PA; V
<i>fomepizole</i>	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	
IPOLE	1	V
IXIARO (PF)	1	V
JYNNEOS (PF)	1	B/D PA; V
KINRIX (PF)	1	
MENQUADFI (PF)	1	V
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	1	V
M-M-R II (PF)	1	V
MRESVIA (PF)	1	V
PEDIARIX (PF)	1	
PEDVAX HIB (PF)	1	
PENBRAYA (PF)	1	V
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF)	1	V
PENTACEL (PF)	1	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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/INMUNODEPRESORES

AGENTES COADYUVANTES

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>mesna intravenous</i>	1	B/D PA; MO
<i>mesna oral</i>	1	MO
MESNEX ORAL	1	MO
WYOST	1	B/D PA; MO
XGEVA	1	B/D PA; MO
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>abirtega</i>	1	PA; QL (120 por 30 días)
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)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK	1	PA; QL (30 por 180 días)
<i>anastrozole</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ANKTIVA	1	PA; MO
<i>arsenic trioxide intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	B/D PA
<i>arsenic trioxide intravenous solution 2 mg/ml</i>	1	B/D PA; MO
ASPARLAS	1	PA
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	1	PA; QL (60 por 30 días)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA; QL (240 por 30 días)
AVMAPKI-FAKZYNJA	1	PA; QL (66 por 28 días)
AYVAKIT	1	PA; LA; QL (30 por 30 días)
<i>azacitidine</i>	1	B/D PA; MO
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>azathioprine sodium</i>	1	B/D PA; MO
BALVERSA	1	PA; LA
BAVENCIO	1	B/D PA; LA
BELEODAQ	1	B/D PA
<i>bendamustine intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
BENDEKA	1	B/D PA; MO
BESPONSA	1	B/D PA; MO; LA
<i>bexarotene</i>	1	PA; MO
<i>bicalutamide</i>	1	MO
BIZENGRI	1	PA

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
BLENREP INTRAVENOUS RECON SOLN 70 MG	1	PA
<i>bleomycin</i>	1	B/D PA; MO
BLINCYTO INTRAVENOUS KIT	1	B/D PA
BORTEZOMIB INJECTION RECON SOLN 1 MG, 2.5 MG	1	B/D PA
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i>	1	B/D PA; MO
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA; MO; QL (330 por 30 días)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
BRAFTOVI	1	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días)
BRUKINSA ORAL CAPSULE	1	PA; LA; QL (120 por 30 días)
BRUKINSA ORAL TABLET	1	PA; LA; QL (60 por 30 días)
<i>busulfan</i>	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)
<i>carboplatin intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>carmustine intravenous recon soln 100 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>cisplatin intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>cladribine</i>	1	B/D PA; MO
<i>clofarabine</i>	1	B/D PA
COLUMVI	1	PA; MO
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	1	PA; MO; QL (56 por 28 días)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	1	PA; MO; QL (112 por 28 días)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	1	PA; MO; QL (84 por 28 días)
COPIKTRA	1	PA; LA; QL (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 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
COTELLIC	1	PA; MO; LA; QL (63 por 28 días)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 25 MG	1	B/D PA
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG	1	B/D PA; MO
<i>cyclosporine modified oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
<i>cyclosporine modified oral solution</i>	1	B/D PA
<i>cyclosporine oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
CYRAMZA	1	B/D PA; MO
<i>cytarabine</i>	1	B/D PA; MO
<i>cytarabine (pf) injection solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
<i>cytarabine (pf) injection solution 20 mg/ml</i>	1	B/D PA
<i>dacarbazine</i>	1	B/D PA; MO
<i>dactinomycin</i>	1	B/D PA; MO
DANYELZA	1	B/D PA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
DANZITEN	1	PA; QL (112 por 28 días)
DARZALEX	1	B/D PA; MO; LA
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 80 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>dasatinib oral tablet 70 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
DATROWAY	1	PA; MO
<i>daunorubicin</i>	1	B/D PA
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>decitabine</i>	1	B/D PA; MO
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
<i>doxorubicin intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>doxorubicin intravenous solution 2 mg/ml</i>	1	B/D PA
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	1	B/D PA; MO
DROXIA	1	MO
ELAHERE	1	PA; LA
ELIGARD	1	PA; MO
ELIGARD (3 MONTH)	1	PA; MO
ELIGARD (4 MONTH)	1	PA; MO
ELIGARD (6 MONTH)	1	PA; MO
ELREXFIO	1	PA
ELZONRIS	1	B/D PA; LA
EMPLICITI	1	B/D PA; MO
EMRELIS	1	PA
ENVARUSUS XR	1	B/D PA; MO
<i>epirubicin intravenous solution 200 mg/100 ml</i>	1	B/D PA
EPKINLY	1	PA
ERBITUX	1	B/D PA; MO
<i>eribulin</i>	1	B/D PA
ERIVEDGE	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
ERWINASE	1	B/D PA
ETOPOPHOS	1	B/D PA; MO
<i>etoposide intravenous</i>	1	B/D PA; MO
EULEXIN	1	
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg</i>	1	PA; MO; QL (330 por 30 días)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg</i>	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 5 mg</i>	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg</i>	1	B/D PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>exemestane</i>	1	MO
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	1	PA; MO
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	1	PA; MO
<i>floxuridine</i>	1	B/D PA
<i>fludarabine intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>fludarabine intravenous solution</i>	1	B/D PA
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 500 mg/10 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>fluorouracil intravenous solution 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml</i>	1	B/D PA
FOTIVDA	1	PA; LA; QL (21 por 28 días)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA; QL (84 por 28 días)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	1	PA; QL (21 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fulvestrant</i>	1	B/D PA; MO
FYARRO	1	PA
GAVRETO	1	PA; LA; QL (120 por 30 días)
GAZYVA	1	B/D PA; MO
<i>gefitinib</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 200 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>gemcitabine intravenous recon soln 2 gram</i>	1	B/D PA
<i>gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
GEMCITABINE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML	1	B/D PA
<i>gengraf</i>	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)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	1	PA; QL (84 por 28 días)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION	1	PA; QL (168 por 28 días)
GRAFAPEX	1	B/D PA
HERNEXEOS	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>hydroxyurea</i>	1	MO
IBRANCE	1	PA; MO; QL (21 por 28 días)
IBTROZI	1	PA; QL (90 por 30 días)
ICLUSIG	1	PA; QL (30 por 30 días)
<i>idarubicin</i>	1	B/D PA; MO
IDHIFA	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días)
<i>ifosfamide intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>ifosfamide intravenous solution 3 gram/60 ml</i>	1	B/D PA
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	1	PA; QL (120 por 30 días)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	1	PA; QL (30 por 30 días)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION	1	PA; QL (324 por 30 días)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	1	PA; QL (30 por 30 días)
IMDELLTRA	1	PA; MO
IMFINZI	1	B/D PA; MO; LA
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)
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml</i>	1	B/D PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>irinotecan intravenous solution 300 mg/15 ml, 500 mg/25 ml</i>	1	B/D PA
<i>irinotecan intravenous solution 40 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; MO
ISTODAX	1	B/D PA; MO
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
IWILFIN	1	PA; LA; QL (240 por 30 días)
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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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 ORAL CAPSULE	1	PA
KRAZATI	1	PA; QL (180 por 30 días)
KYPROLIS	1	B/D PA
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i>	1	PA; MO
<i>lapatinib</i>	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	1	PA; LA; QL (30 por 30 días)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	1	PA; LA; QL (60 por 30 días)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	PA; MO; QL (28 por 28 días)
<i>lenalidomide oral capsule 2.5 mg, 20 mg</i>	1	PA; QL (28 por 28 días)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG 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)
<i>letrozole</i>	1	MO
LEUKERAN	1	MO
<i>leuprolide subcutaneous kit</i>	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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
LUNSUMIO	1	PA; MO
LUPRON DEPOT	1	PA; MO
LYNOZYFIC	1	PA
LYNPARZA	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
LYSODREN	1	
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3)	1	PA; LA; QL (84 por 28 días)
LYTGOBI ORAL TABLET 16 MG/DAY (4 MG X 4)	1	PA; LA; QL (112 por 28 días)
LYTGOBI ORAL TABLET 20 MG/DAY (4 MG X 5)	1	PA; LA; QL (140 por 28 días)
MATULANE	1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml)</i>	1	PA

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	1	PA; MO
<i>megestrol oral suspension 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	1	PA; MO
<i>megestrol oral tablet</i>	1	PA; MO
MEKINIST ORAL RECON SOLN	1	PA; MO; QL (1260 por 30 días)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
MEKTOVI	1	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días)
<i>melfalan hcl</i>	1	B/D PA
<i>mercaptopurine oral suspension</i>	1	MO
<i>mercaptopurine oral tablet</i>	1	MO
<i>methotrexate sodium</i>	1	B/D PA; MO
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln</i>	1	B/D PA
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>mitomycin intravenous recon soln 20 mg, 5 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>mitomycin intravenous recon soln 40 mg</i>	1	B/D PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>mitoxantrone</i>	1	B/D PA; MO
MODEYSO	1	PA; QL (20 por 28 días)
MONJUVI	1	PA; LA
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	1	B/D PA; MO
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution</i>	1	B/D PA; MO
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	1	B/D PA; MO
<i>mycophenolate sodium</i>	1	B/D PA; MO
MYHIBBIN	1	B/D PA; MO
MYLOTARG	1	B/D PA; MO; LA
<i>nelarabine</i>	1	B/D PA; MO
NERLYNX	1	PA; MO; LA
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	1	PA; MO; QL (112 por 28 días)
<i>nilotinib hcl oral capsule 50 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>nilutamide</i>	1	PA; MO
NINLARO	1	PA; MO; QL (3 por 28 días)
NUBEQA	1	PA; MO; LA; QL (120 por 30 días)
NULOJIX	1	B/D PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	1	PA; MO
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	1	PA; MO
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml)</i>	1	PA; MO
<i>octreotide acetate injection syringe 500 mcg/ml (1 ml)</i>	1	PA; MO
<i>octreotide, microspheres</i>	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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
OJEMDA ORAL TABLET 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	1	PA; QL (24 por 28 días)
OJJAARA	1	PA; QL (30 por 30 días)
ONCASPAR	1	B/D PA
ONIVYDE	1	B/D PA
ONUREG	1	PA; MO; QL (14 por 28 días)
OPDIVO	1	PA; MO
OPDIVO QVANTIG	1	PA; MO
OPDUALAG	1	PA; MO
ORGOVYX	1	PA; LA; QL (30 por 28 días)
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	1	PA; QL (30 por 30 días)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg</i>	1	B/D PA
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 50 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
<i>oxaliplatin intravenous solution 200 mg/40 ml</i>	1	B/D PA
<i>paclitaxel</i>	1	B/D PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>paclitaxel protein-bound</i>	1	B/D PA; MO
PADCEV	1	PA; MO
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
PEMAZYRE	1	PA; LA; QL (28 por 28 días)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 750 mg</i>	1	B/D PA
PERJETA	1	B/D PA; MO
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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
POTELIGEO	1	PA
PRALATREXATE	1	B/D PA; MO
PROGRAF INTRAVENOUS	1	B/D PA; MO
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET	1	B/D PA; MO
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)
<i>romidepsin intravenous recon soln</i>	1	B/D PA
ROMVIMZA	1	PA; 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 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET	1	PA; MO; QL (336 por 28 días)
RUBRACA	1	PA; MO; LA; QL (120 por 30 días)
RUXIENCE	1	PA; MO
RYBREVANT	1	PA; MO
RYDAPT	1	PA; MO; QL (224 por 28 días)
RYLAZE	1	B/D PA
RYTELO	1	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE	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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>sirolimus oral solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>sirolimus oral tablet</i>	1	B/D PA; MO
SOLTAMOX	1	MO
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML	1	PA; MO
<i>sorafenib</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
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)
<i>sunitinib malate</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
SYLVANT	1	B/D PA; MO
TABLOID	1	MO
TABRECTA	1	PA; MO
<i>tacrolimus oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
TAFINLAR ORAL CAPSULE	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION	1	PA; MO; QL (840 por 28 días)
TAGRISSO	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días)
TALVEY	1	PA
TALZENNA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>tamoxifen</i>	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
<i>temsirolimus</i>	1	B/D PA; MO
TEPMETKO	1	PA; LA
TEVIMBRA	1	PA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; MO; QL (112 por 28 días)
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA; MO; QL (28 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>thiotepa injection recon soln 100 mg</i>	1	B/D PA
<i>thiotepa injection recon soln 15 mg</i>	1	B/D PA; MO
TIBSOVO	1	PA
TIVDAK	1	PA; MO
<i>topotecan</i>	1	B/D PA; MO
<i>toremifene</i>	1	MO
<i>torpenz</i>	1	PA; QL (30 por 30 días)
TRAZIMERA	1	B/D PA; MO
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	1	PA; MO
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	1	MO
TRODELVY	1	PA; LA
TRUQAP	1	PA; QL (64 por 28 días)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA; LA; QL (120 por 30 días)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	1	PA; LA; QL (300 por 30 días)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	1	PA; LA; QL (120 por 30 días)
UNITUXIN	1	B/D PA
<i>valrubicin</i>	1	B/D PA; MO
VANFLYTA	1	PA; QL (56 por 28 días)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
VECTIBIX	1	B/D PA; MO
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	1	PA; LA; QL (60 por 30 días)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	1	PA; LA; QL (180 por 30 días)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	1	PA; LA; QL (30 por 30 días)
VENCLEXTA STARTING PACK	1	PA; LA; QL (42 por 180 días)
VERZENIO	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días)
<i>vinblastine</i>	1	B/D PA; MO
<i>vincristine</i>	1	B/D PA; MO
<i>vinorelbine</i>	1	B/D PA; MO
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días)
VITRAKVI ORAL SOLUTION	1	PA; MO; LA; QL (300 por 30 días)
VIZIMPRO	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
VONJO	1	PA; QL (120 por 30 días)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	1	PA; QL (60 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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 PELLETT 150 MG	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
XALKORI ORAL PELLETT 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)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
YERVOY	1	B/D PA; MO
YONDELIS	1	B/D PA
ZALTRAP	1	B/D PA; MO
ZANOSAR	1	B/D PA; MO
ZEJULA ORAL TABLET	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días)
ZELBORAF	1	PA; MO; QL (224 por 28 días)
ZEPZELCA	1	PA
ZIIHERA	1	PA
ZIRABEV	1	B/D PA; MO
ZOLADEX	1	PA; MO
ZOLINZA	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
ZYDELIG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
ZYKADIA	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
ZYNLONTA	1	PA; LA
ZYNYZ	1	PA; MO
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.		
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
<i>benztropine injection</i>	1	MO
<i>benztropine oral</i>	1	PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>bromocriptine oral capsule</i>	1	
<i>bromocriptine oral tablet</i>	1	MO
<i>carbidopa</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	1	MO
<i>entacapone</i>	1	MO
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE	1	PA; QL (300 por 30 días)
NEUPRO	1	MO
<i>pramipexole oral tablet</i>	1	MO
<i>rasagiline</i>	1	MO
<i>ropinirole oral tablet</i>	1	MO
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>selegiline hcl</i>	1	MO
<i>trihexyphenidyl oral tablet</i>	1	MO
ANALGÉSICOS NARCÓTICOS		

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 300 mg-30 mg /12.5 ml</i>	1	QL (4500 por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	MO; QL (4500 por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
BELBUCA	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>buprenorphine hcl injection syringe</i>	1	
<i>buprenorphine hcl sublingual</i>	1	MO
<i>buprenorphine transdermal patch</i>	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (360 por 30 días)
<i>endocet oral tablet 5-325 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>fentanyl citrate (pf) injection solution</i>	1	
<i>fentanyl citrate (pf) injection syringe 100 mcg/2 ml (50 mcg/ml)</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	1	PA; MO; QL (10 por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml</i>	1	QL (5550 por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	1	MO; QL (5550 por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg</i>	1	QL (360 por 30 días)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	1	MO; QL (50 por 30 días)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml, 2 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone injection solution 2 mg/ml</i>	1	MO
<i>hydromorphone injection syringe 1 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydromorphone injection syringe 2 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone oral liquid</i>	1	MO; QL (2400 por 30 días)
<i>hydromorphone oral tablet</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>hydromorphone oral tablet extended release 24 hr</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>methadone injection solution</i>	1	
<i>methadone intensol</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>methadone oral concentrate</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	PA; MO; QL (600 por 30 días)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	PA; MO; QL (1200 por 30 días)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)
<i>methadose oral concentrate</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>morphine (pf) injection solution 0.5 mg/ml</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>morphine (pf) injection solution 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>morphine concentrate oral solution</i>	1	MO; QL (900 por 30 días)
<i>morphine injection syringe 4 mg/ml</i>	1	MO
<i>morphine intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	MO
<i>morphine intravenous syringe 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>morphine oral solution</i>	1	MO; QL (900 por 30 días)
<i>morphine oral tablet</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>morphine oral tablet extended release</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>oxycodone oral capsule</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>oxycodone oral concentrate</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>oxycodone oral solution</i>	1	MO; QL (1200 por 30 días)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>oxycodone oral tablet 5 mg</i>	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 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
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		
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 4-1 mg, 8-2 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 8-2 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>butorphanol injection</i>	1	MO
<i>butorphanol nasal</i>	1	MO; QL (10 por 28 días)
<i>celecoxib</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>clonidine (pf) epidural solution 5,000 mcg/10 ml</i>	1	
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium oral</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	1	MO; QL (1000 por 28 días)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump</i>	1	MO; QL (224 por 28 días)
<i>diclofenac-misoprostol</i>	1	MO
<i>diflunisal</i>	1	MO
<i>etodolac oral capsule</i>	1	MO
<i>etodolac oral tablet</i>	1	MO
<i>etodolac oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	MO
<i>ibu</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral suspension</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg</i>	1	
JOURNAVX	1	MO; QL (30 por 90 días)
<i>lurbiro</i>	1	
<i>meloxicam oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>nabumetone</i>	1	MO
<i>nalbuphine</i>	1	
<i>naloxone injection solution</i>	1	MO
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml (prefilled syringe)</i>	1	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>naloxone nasal</i>	1	MO
<i>naltrexone</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	MO
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	1	MO
<i>oxaprozin oral tablet</i>	1	MO
<i>piroxicam</i>	1	MO
<i>salsalate</i>	1	MO
<i>sulindac</i>	1	MO
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
<i>tramadol-acetaminophen</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
VIVITROL	1	MO
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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml</i>	1	
<i>carbamazepine oral tablet</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>clobazam oral suspension</i>	1	PA; MO; QL (480 por 30 días)
<i>clobazam oral tablet</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (300 por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	1	MO; QL (300 por 30 días)
DIACOMIT	1	PA; LA
<i>diazepam rectal</i>	1	MO
DILANTIN 30 MG	1	MO
<i>divalproex</i>	1	MO
EPIDIOLEX	1	PA; MO; LA
EPRONTIA	1	PA; MO
<i>eslicarbazepine oral tablet 200 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>eslicarbazepine oral tablet 400 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>ethosuximide</i>	1	MO
<i>felbamate</i>	1	MO
FINTEPLA	1	PA; LA; QL (360 por 30 días)

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>lacosamide intravenous</i>	1	MO; QL (1200 por 30 días)
<i>lacosamide oral solution</i>	1	MO; QL (1200 por 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>lamotrigine oral tablet</i>	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible</i>	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating</i>	1	MO
<i>levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,000 mg/100 ml, 500 mg/100 ml</i>	1	MO
<i>levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,500 mg/100 ml</i>	1	
<i>levetiracetam intravenous</i>	1	MO
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	1	MO
<i>levetiracetam oral solution 500 mg/5 ml (5 ml)</i>	1	
<i>levetiracetam oral tablet</i>	1	MO
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	1	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>phenytoin sodium intravenous solution</i>	1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>pregabalin oral solution</i>	1	MO; QL (900 por 30 días)
PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG	1	MO
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>roweepra oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>rufinamide oral suspension</i>	1	PA; MO
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	1	PA; MO
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	1	PA; MO
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 500 MG, 750 MG	1	

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
EMSAM	1	MO
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	1	MO
<i>escitalopram oxalate oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>eszopiclone</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
FANAPT	1	ST; MO; QL (60 por 30 días)
FANAPT TITRATION PACK A	1	ST; MO; QL (8 por 180 días)
FANAPT TITRATION PACK B	1	ST; QL (12 por 180 días)
FANAPT TITRATION PACK C	1	ST; QL (8 por 180 días)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)-40 MG (26)	1	QL (28 por 180 días)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR	1	QL (30 por 30 días)
<i>flumazenil</i>	1	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	1	MO; QL (3.5 por 180 días)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	1	MO; QL (5 por 180 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	1	MO; QL (0.75 por 28 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	1	MO; QL (1 por 28 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	1	MO; QL (1.5 por 28 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	1	MO; QL (0.25 por 28 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	1	MO; QL (0.5 por 28 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	1	MO; QL (0.88 por 90 días)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	1	MO; QL (1.32 por 90 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	1	MO; QL (1.75 por 90 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	1	MO; QL (2.63 por 90 días)
<i>lithium carbonate</i>	1	MO
<i>lithium citrate</i>	1	
<i>lorazepam injection</i>	1	PA; MO
<i>lorazepam intensol</i>	1	PA; QL (150 por 30 días)
<i>lorazepam oral concentrate</i>	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
<i>loxapine succinate</i>	1	MO
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
MARPLAN	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>methylphenidate hcl oral solution</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet,chewable</i>	1	MO
<i>mirtazapine oral tablet</i>	1	MO
<i>mirtazapine oral tablet,disintegrating</i>	1	MO
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	1	PA; QL (60 por 30 días)
<i>molindone oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	1	
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>nefazodone</i>	1	MO
<i>nortriptyline oral capsule</i>	1	MO
<i>nortriptyline oral solution</i>	1	MO
NUPLAZID	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>olanzapine intramuscular</i>	1	MO
<i>olanzapine oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
OPIPZA ORAL FILM 10 MG	1	ST; MO; QL (90 por 30 días)
OPIPZA ORAL FILM 2 MG	1	ST; MO; QL (30 por 30 días)
OPIPZA ORAL FILM 5 MG	1	ST; MO; QL (180 por 30 días)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>paroxetine hcl oral suspension</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>paroxetine hcl oral tablet 30 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>pentobarbital sodium injection solution</i>	1	
<i>perphenazine</i>	1	MO
<i>phenelzine</i>	1	MO
<i>pimozide</i>	1	MO
<i>protriptyline</i>	1	MO
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
RALDESY	1	MO
<i>ramelteon</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
REXULTI ORAL TABLET	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml</i>	1	MO; QL (2 por 28 días)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i>	1	MO; QL (2 por 28 días)
<i>risperidone oral solution</i>	1	MO
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>risperidone oral tablet 4 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 4 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
SECUADO	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>sertraline oral concentrate</i>	1	MO
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>sertraline oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
SODIUM OXYBATE (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00054)	1	PA; LA; QL (540 por 30 días)
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	1	PA; MO
<i>thioridazine</i>	1	MO
<i>thiothixene</i>	1	MO
<i>tranlycypromine</i>	1	MO
<i>trazodone</i>	1	MO
<i>trifluoperazine</i>	1	MO
<i>trimipramine</i>	1	MO
TRINTELLIX	1	QL (30 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	1	MO; QL (0.21 por 28 días)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 75 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>venlafaxine oral tablet</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
VERSACLOZ	1	
<i>vilazodone</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
VRAYLAR ORAL CAPSULE	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>ziprasidone hcl</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>ziprasidone mesylate</i>	1	MO
<i>zolpidem oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	1	PA; MO; QL (28 por 365 días)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	1	PA; MO; QL (14 por 365 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	1	QL (2 por 28 días)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	1	QL (2 por 28 días)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	1	QL (1 por 28 días)
RELAJANTES MUSCULARES/TERAPIA ANTIESPASMÓDICA		
<i>baclofen oral tablet</i>	1	MO
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	PA; MO
<i>dantrolene intravenous</i>	1	
<i>dantrolene oral</i>	1	MO
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	1	MO
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i>	1	MO
<i>revonto</i>	1	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>tizanidine oral tablet</i>	1	MO
VYVGART	1	PA; MO; LA
VYVGART HYTRULO	1	PA; MO; LA
TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	1	PA; MO; QL (1 por 30 días)
<i>dihydroergotamine injection</i>	1	
<i>dihydroergotamine nasal</i>	1	QL (8 por 28 días)
EMGALITY PEN	1	PA; MO; QL (2 por 30 días)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	1	PA; MO; QL (2 por 30 días)
<i>ergotamine-caffeine</i>	1	MO
<i>naratriptan</i>	1	MO; QL (18 por 28 días)
NURTEC ODT	1	PA; QL (16 por 30 días)
QULIPTA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>rizatriptan oral tablet</i>	1	MO; QL (24 por 28 días)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating</i>	1	MO; QL (24 por 28 días)
<i>sumatriptan nasal</i>	1	MO; QL (18 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate oral</i>	1	MO; QL (18 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i>	1	QL (8 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml</i>	1	QL (8 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i>	1	MO; QL (8 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i>	1	MO; QL (8 por 28 días)
UBRELVY	1	PA; QL (20 por 30 días)
TRATAMIENTO NEUROLÓGICO DIVERSOS		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
AUSTEDO XR 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)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
<i>dalfampridine</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg</i>	1	PA; MO; QL (56 por 28 días)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	1	PA; MO; QL (120 por 180 días)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i>	1	MO

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr</i>	1	PA; MO
<i>memantine oral solution</i>	1	PA; MO
<i>memantine oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>memantine-donepezil</i>	1	PA; MO
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
<i>rivastigmine</i>	1	MO
<i>rivastigmine tartrate</i>	1	MO
<i>teriflunomide</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
VUMERITY	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
ZEPOSIA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	1	PA; MO; QL (28 por 180 días)
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY)	1	PA; MO; QL (7 por 180 días)
MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO		
AGENTES VARIOS		
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i>	1	QL (60 por 30 días)
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane</i>	1	MO
<i>denta 5000 plus</i>	1	MO
<i>dentagel</i>	1	MO
<i>fluoride (sodium) dental cream</i>	1	
<i>fluoride (sodium) dental gel</i>	1	
<i>fluoride (sodium) dental paste</i>	1	MO
<i>fraiche 5000</i>	1	
<i>ipratropium bromide nasal</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>kourzeq</i>	1	MO
<i>oralone</i>	1	
<i>periogard</i>	1	MO
<i>sf</i>	1	MO
<i>sf 5000 plus</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>sodium fluoride 5000 dry mouth</i>	1	MO
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide dental</i>	1	MO
ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS		
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	1	MO; QL (7.5 por 7 días)
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear)</i>	1	MO
PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS		
<i>acetic acid otic (ear)</i>	1	MO
<i>ciprofloxacin hcl otic (ear)</i>	1	MO
<i>flac otic oil</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	1	MO
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	1	MO
<i>ofloxacin otic (ear)</i>	1	MO
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA		
ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS		
<i>altavera (28)</i>	1	MO
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	1	MO
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	1	MO
<i>amethyst (28)</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>apri</i>	1	MO
<i>aranelle (28)</i>	1	MO
<i>aubra eq</i>	1	MO
<i>aviane</i>	1	MO
<i>azurette (28)</i>	1	MO
<i>camrese</i>	1	MO
<i>cryselle (28)</i>	1	MO
<i>cyred eq</i>	1	MO
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	1	MO
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	1	MO
<i>daysee</i>	1	MO
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	1	
<i>drospirenone-e.estradiol-lm.f.a oral tablet 3-0.03-0.451 mg (21) (7)</i>	1	MO
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	1	MO
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	1	
<i>elinest</i>	1	MO
<i>enpresse</i>	1	
<i>enskyce</i>	1	MO
<i>estarylla</i>	1	MO
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	1	
<i>falmina (28)</i>	1	MO
<i>introvale</i>	1	MO
<i>isibloom</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>jasmiel (28)</i>	1	MO
<i>jolessa</i>	1	MO
<i>juleber</i>	1	MO
<i>kalliga</i>	1	
<i>kariva (28)</i>	1	
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	1	MO
<i>kurvelo (28)</i>	1	MO
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	1	MO
<i>larin 1/20 (21)</i>	1	MO
<i>larin 24 fe</i>	1	MO
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	1	MO
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	1	MO
<i>lessina</i>	1	MO
<i>levonest (28)</i>	1	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablets,dose pack,3 month</i>	1	
<i>levonorg-eth estradiol triphasic</i>	1	MO
<i>levora-28</i>	1	
<i>loryna (28)</i>	1	MO
<i>low-ogestrel (28)</i>	1	
<i>lo-zumandimine (28)</i>	1	MO

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	1	MO
<i>tilia fe</i>	1	MO
<i>tri-estarylla</i>	1	MO
<i>tri-legest fe</i>	1	MO
<i>tri-linyah</i>	1	MO
<i>tri-lo-estarylla</i>	1	MO
<i>tri-lo-marzia</i>	1	MO
<i>tri-lo-sprintec</i>	1	
<i>tri-sprintec (28)</i>	1	MO
<i>turqoz (28)</i>	1	MO
<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	1	MO
<i>vestura (28)</i>	1	MO
<i>vienva</i>	1	MO
<i>violele (28)</i>	1	MO
<i>wera (28)</i>	1	MO
<i>zovia 1-35 (28)</i>	1	MO
<i>zumandimine (28)</i>	1	MO
ESTRÓGENOS/PROGESTINAS		
<i>abigale</i>	1	PA; MO
<i>abigale lo</i>	1	PA; MO
<i>camila</i>	1	MO
<i>deblitane</i>	1	MO
DEPO-SUBQ PROVERA 104	1	MO
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr</i>	1	PA; QL (8 por 28 días)

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
OXITÓCICOS		
<i>methylergonovine oral</i>	1	PA
PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	1	MO
<i>eluryng</i>	1	MO
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	1	
LILETTA	1	MO
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	1	MO
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	1	LA
MYFEMBREE	1	PA; MO
NEXPLANON	1	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	1	
<i>terconazole</i>	1	MO
<i>tranexamic acid oral</i>	1	MO
<i>xulane</i>	1	
<i>zafemy</i>	1	MO
OFTALMOLOGÍA		
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>bromfenac</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>flurbiprofen sodium</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ketorolac ophthalmic (eye)</i>	1	MO
AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>apraclonidine</i>	1	MO
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %</i>	1	MO
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	1	MO
ANTIBIÓTICOS		
<i>bacitracin ophthalmic (eye)</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	1	MO
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>erythromycin ophthalmic (eye)</i>	1	MO; QL (3.5 por 14 días)
<i>gatifloxacin</i>	1	MO
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO; QL (70 por 30 días)
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	MO
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
NATACYN	1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	1	MO
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	1	MO
<i>neo-polycin</i>	1	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>polycin</i>	1	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	1	MO
<i>tobramycin ophthalmic (eye)</i>	1	MO; QL (10 por 14 días)
ANTIVÍRICOS		
<i>trifluridine</i>	1	MO
ZIRGAN	1	MO
BETABLOQUEANTES		
<i>betaxolol ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>carteolol</i>	1	MO
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	MO
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops (not single use)</i>	1	MO
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution</i>	1	MO
COMBINACIONES DE ESTEROIDES-ANTIBIÓTICOS		

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	1	MO
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>	1	MO
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>neo-polycin hc</i>	1	
TOBRADEX OPTHALMIC (EYE) OINTMENT	1	MO; QL (3.5 por 14 días)
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	1	MO; QL (10 por 14 días)
ESTEROIDES		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>fluorometholone</i>	1	MO
INVELTYS	1	MO
<i>loteprednol etabonate</i>	1	MO
OZURDEX	1	MO
<i>prednisolone acetate</i>	1	MO
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	1	MO
MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA		
<i>acetazolamide</i>	1	MO
<i>acetazolamide sodium</i>	1	MO
<i>methazolamide</i>	1	MO
OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA		

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>dorzolamide</i>	1	MO
<i>dorzolamide-timolol</i>	1	MO
<i>latanoprost</i>	1	MO
LUMIGAN OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	1	MO
<i>miostat</i>	1	
RHOPRESSA	1	
ROCKLATAN	1	
SIMBRINZA	1	MO
<i>travoprost</i>	1	MO
PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS VARIOS		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	MO
<i>azelastine ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>bss</i>	1	
BYOOVIZ	1	PA; MO
CIMERLI	1	PA; MO
<i>cromolyn ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>cyclosporine ophthalmic (eye)</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
CYSTARAN	1	PA
<i>epinastine</i>	1	MO
EYLEA	1	PA; MO
MIEBO (PF)	1	MO; QL (12 por 30 días)
OXERVATE	1	PA; MO
PAVBLU	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 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	MO
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment</i>	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	1	MO
XDEMZY	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

<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	1	MO
NICOTROL NS	1	MO
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)</i>	1	
<i>varenicline tartrate oral tablets,dose pack</i>	1	MO

AGENTES VARIOS

<i>acamprosate</i>	1	MO
<i>acetic acid irrigation</i>	1	MO
<i>anagrelide</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>caffeine citrate intravenous</i>	1	
<i>caffeine citrate oral</i>	1	MO
<i>carglumic acid</i>	1	PA; MO
<i>cevimeline</i>	1	MO
CHEMET	1	PA
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	1	B/D PA
<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	1	
<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i>	1	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	1	MO
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	1	MO
<i>deferasirox oral granules in packet</i>	1	PA; MO
<i>deferasirox oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg</i>	1	PA; MO
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg</i>	1	PA; MO
<i>deferiprone</i>	1	PA; MO
<i>deferoxamine</i>	1	B/D PA; MO
<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	1	
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>	1	
<i>dextrose 25 % in water (d25w)</i>	1	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	1	MO
<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>	1	MO
<i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.3 % sod.chloride</i>	1	
<i>dextrose 50 % in water (d50w)</i>	1	
<i>dextrose 70 % in water (d70w)</i>	1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg</i>	1	MO
<i>disulfiram oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>droxidopa</i>	1	PA; MO
<i>glutamine (sickle cell)</i>	1	PA; MO
INCRELEX	1	LA
<i>kionex (with sorbitol)</i>	1	
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	1	MO
<i>levocarnitine oral solution 100 mg/ml</i>	1	MO
<i>levocarnitine oral tablet</i>	1	MO
LOKELMA	1	MO
<i>midodrine</i>	1	MO
<i>nitisinone</i>	1	PA; MO
<i>pilocarpine hcl oral</i>	1	MO

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)
<i>riluzole</i>	1	PA; MO
<i>risedronate oral tablet 30 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>sevelamer carbonate oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>sodium benzoate-sod phenylacet</i>	1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous</i>	1	MO
<i>sodium chloride irrigation</i>	1	MO
<i>sodium phenylbutyrate</i>	1	PA; MO
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	MO
<i>sps (with sorbitol) oral</i>	1	MO
<i>sps (with sorbitol) rectal</i>	1	
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	1	PA; MO
VELPHORO	1	PA; MO
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 8.4 GRAM	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 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 25.2 GRAM	1	
<i>water for irrigation, sterile</i>	1	MO
XIAFLEX	1	PA
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i>	1	PA; MO
ANTÍDOTOS		
<i>acetylcysteine intravenous</i>	1	
SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN		
<i>lactated ringers irrigation</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	1	
<i>ringer's irrigation</i>	1	MO
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO		
ANTIBACTERIANOS TÓPICOS		
<i>gentamicin topical</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>mupirocin</i>	1	MO; QL (44 por 30 días)
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	1	MO
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan topical solution</i>	1	QL (6.6 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ciclopirox topical cream</i>	1	MO; QL (90 por 28 días)
<i>ciclopirox topical gel</i>	1	MO; QL (100 por 28 días)
<i>ciclopirox topical shampoo</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)
<i>ciclopirox topical solution</i>	1	MO; QL (6.6 por 28 días)
<i>ciclopirox topical suspension</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>clotrimazole topical cream</i>	1	MO; QL (45 por 28 días)
<i>clotrimazole topical solution</i>	1	MO; QL (30 por 28 días)
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream</i>	1	MO; QL (45 por 28 días)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>econazole nitrate topical cream</i>	1	MO; QL (85 por 28 días)
<i>ketoconazole topical cream</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>ketoconazole topical shampoo</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)
<i>klayesta</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>naftifine topical gel</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>nyamyc</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>nystatin topical cream</i>	1	MO; QL (30 por 28 días)
<i>nystatin topical ointment</i>	1	MO; QL (30 por 28 días)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>nystatin topical powder</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>nystatin-triamcinolone</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>nystop</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)

ANTIPSORIÁSICOS/ANTISEBORREICOS

<i>acitretin</i>	1	MO
<i>calcipotriene scalp</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>calcipotriene topical cream</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>calcipotriene topical ointment</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
COSENTYX (2 SYRINGES)	1	PA; MO; QL (10 por 28 días)
COSENTYX INTRAVENOUS	1	PA; QL (20 por 28 días)
COSENTYX PEN	1	PA; MO; QL (5 por 28 días)
COSENTYX PEN (2 PENS)	1	PA; MO; QL (10 por 28 días)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; MO; QL (5 por 28 días)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (2.5 por 28 días)
COSENTYX UNOREADY PEN	1	PA; MO; QL (10 por 28 días)

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)
<i>selenium sulfide topical lotion</i>	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)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
TREMFYA INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (20 por 28 días)
TREMFYA ONE-PRESS	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
TREMFYA PEN	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN)	1	PA; MO; QL (12 por 180 días)
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
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; QL (1 por 28 días)
ANTIVIRALES TÓPICOS		
<i>acyclovir topical ointment</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>penciclovir</i>	1	MO; QL (5 por 30 días)
CORTICOESTEROIDES TÓPICOS		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	1	MO

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>clobetasol topical shampoo</i>	1	MO; QL (236 por 28 días)
<i>clobetasol-emollient topical cream</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)
<i>desonide topical cream</i>	1	MO
<i>desonide topical ointment</i>	1	MO
<i>fluocinolone</i>	1	MO
<i>fluocinolone and shower cap</i>	1	MO
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluocinonide topical gel</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluocinonide topical ointment</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluocinonide topical solution</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluocinonide-emollient</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluticasone propionate topical cream</i>	1	MO
<i>fluticasone propionate topical ointment</i>	1	MO
<i>halobetasol propionate topical cream</i>	1	MO
<i>halobetasol propionate topical ointment</i>	1	MO
<i>hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	1	MO
<i>mometasone topical</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide topical cream</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide topical lotion</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	MO
<i>triderm topical cream 0.5 %</i>	1	

ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS

<i>malathion</i>	1	MO
<i>permethrin</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)

PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS

ADBRY	1	PA; MO; QL (6 por 28 días)
<i>ammonium lactate</i>	1	MO
<i>chloroprocaine (pf)</i>	1	
CIBINQO	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>dermacinrx lidocan</i>	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 11/13/2025.

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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %</i>	1	MO
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	1	MO
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>lidocaine topical ointment</i>	1	MO; QL (36 por 30 días)
<i>lidocaine viscous</i>	1	
<i>lidocaine-epinephrine</i>	1	
<i>lidocaine-epinephrine (pf) injection solution 1.5 %-1:200,000, 2 %-1:200,000</i>	1	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>lidocan iii</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>lidocan iv</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>lidocan v</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>methoxsalen</i>	1	MO
PANRETIN	1	PA; MO
<i>pimecrolimus</i>	1	PA; MO; QL (100 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 11/13/2025.

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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>erythromycin with ethanol topical solution</i>	1	MO
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
<i>metronidazole topical</i>	1	MO
<i>tazarotene topical cream</i>	1	PA; MO
<i>tazarotene topical gel</i>	1	PA; MO
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	1	PA; MO
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	1	PA; MO
<i>zenatane</i>	1	

SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES

AGENTES ANTITIROIDEOS

<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>propylthiouracil</i>	1	MO

HORMONAS SUPRARRENALES

<i>cortisone</i>	1	
<i>dexamethasone intensol</i>	1	
<i>dexamethasone oral elixir</i>	1	MO
<i>dexamethasone oral solution</i>	1	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>dexamethasone oral tablet</i>	1	MO
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</i>	1	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution</i>	1	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate injection syringe</i>	1	
<i>fludrocortisone</i>	1	MO
<i>hydrocortisone oral</i>	1	MO
<i>methylprednisolone acetate</i>	1	MO
<i>methylprednisolone oral tablet</i>	1	B/D PA; MO
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack</i>	1	MO
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous</i>	1	MO
<i>prednisolone oral solution</i>	1	MO
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (5 ml)</i>	1	
<i>prednisone intensol</i>	1	MO
<i>prednisone oral solution</i>	1	MO
<i>prednisone oral tablet</i>	1	MO
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg (48 pack), 5 mg (48 pack)</i>	1	
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 10 mg/ml</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i>	1	MO
HORMONAS TIROIDEAS		
<i>levo-t</i>	1	
<i>levothyroxine intravenous recon soln</i>	1	
<i>levothyroxine oral tablet</i>	1	MO
<i>levoxyl oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	MO
<i>liothyronine</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>unithroid</i>	1	MO
HORMONAS VARIAS		
ALDURAZYME	1	PA; MO
<i>cabergoline</i>	1	MO
<i>calcitonin (salmon) injection</i>	1	MO
<i>calcitonin (salmon) nasal</i>	1	MO
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	1	
<i>calcitriol oral capsule</i>	1	MO
<i>calcitriol oral solution</i>	1	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1	PA; MO
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i>	1	PA; MO
<i>clomid</i>	1	PA; MO
<i>clomiphene citrate</i>	1	PA; MO
CRYSVITA	1	PA; MO; LA
<i>danazol</i>	1	MO
<i>desmopressin injection</i>	1	MO
<i>desmopressin nasal spray with pump</i>	1	MO
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin oral</i>	1	MO
<i>doxercalciferol intravenous</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>doxercalciferol oral</i>	1	MO
ELAPRASE	1	PA; MO
FABRAZYME	1	PA; MO
KANUMA	1	PA; MO
LUMIZYME	1	PA; MO
MEPSEVII	1	PA; MO
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	1	PA; MO
<i>milophene</i>	1	PA
NAGLAZYME	1	PA; MO; LA
<i>pamidronate intravenous solution</i>	1	MO
<i>paricalcitol intravenous</i>	1	
<i>paricalcitol oral</i>	1	MO
<i>sapropterin</i>	1	PA; MO
SOMAVERT	1	PA; MO
STRENSIQ	1	PA; LA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	1	PA; MO
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate</i>	1	PA; MO
<i>testosterone transdermal gel</i>	1	PA; MO; QL (300 por 30 días)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	1	PA; MO; QL (300 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i>	1	PA; MO; QL (300 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram)</i>	1	PA; MO; QL (37.5 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)</i>	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app</i>	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
<i>tolvaptan</i>	1	PA; MO
<i>tolvaptan (polycystic kidney disease) oral tablet</i>	1	PA
VIMIZIM	1	PA; MO; LA
<i>zoledronic acid intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
TRATAMIENTO DE LA DIABETES		
<i>acarbose oral tablet 100 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>acarbose oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>acarbose oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS	1	MO
<i>alcohol pads</i>	1	PA; MO
BAQSIMI	1	MO
BYDUREON BCISE	1	PA; QL (4 por 28 días)
<i>diazoxide</i>	1	MO
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	1	PA
<i>exenatide subcutaneous pen injector 10 mcg/dose(250 mcg/ml) 2.4 ml</i>	1	PA; QL (2.4 por 30 días)
<i>exenatide subcutaneous pen injector 5 mcg/dose (250 mcg/ml) 1.2 ml</i>	1	PA; QL (1.2 por 30 días)
FARXIGA 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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS	1	MO
FREESTYLE TEST	1	MO
<i>glimepiride oral tablet 1 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
<i>glimepiride oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
GLYXAMBI	1	MO; QL (30 por 30 días)
GVOKE	1	MO
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML	1	

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)INSULIN	1	MO
HUMALOG U-100 INSULIN	1	MO
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN	1	MO
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	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 11/13/2025.

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 INSULIN	1	MO
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN	1	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	1	MO
INPEFA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
INSULIN 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)

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
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	MO; QL (75 por 30 días)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	MO; QL (150 por 30 días)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
MOUNJARO	1	PA; QL (2 por 28 días)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>nateglinide oral tablet 60 mg</i>	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)
<i>pioglitazone</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
PRECISION XTRA TEST	1	MO
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg</i>	1	MO; QL (960 por 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 1 mg</i>	1	MO; QL (480 por 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
RYBELSUS	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>saxagliptin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 5-1,000 mg, 5-500 mg</i>	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)
SOLQUA 100/33	1	QL (90 por 30 días)
STEGLATRO	1	MO; QL (30 por 30 días)
SYMLINPEN 120	1	PA; QL (10.8 por 30 días)
SYMLINPEN 60	1	PA; 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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
ACTEMRA INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (160 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; QL (6 por 180 días)
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	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)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

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)

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; QL (3 por 180 días)
<i>leflunomide</i>	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)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
OTEZLA	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	1	PA; MO; QL (55 por 180 días)
OTEZLA XR	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
OTEZLA XR INITIATION	1	PA; MO; QL (41 por 180 días)
<i>penicillamine oral tablet</i>	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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
TYENNE AUTOINJECTOR	1	PA; MO; QL (3.6 por 28 días)
TYENNE INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (160 por 28 días)
TYENNE SUBCUTANEOUS	1	PA; MO; QL (3.6 por 28 días)
XELJANZ ORAL SOLUTION	1	PA; MO; QL (480 por 24 días)
XELJANZ ORAL TABLET	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
XELJANZ XR	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
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)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)

TRATAMIENTO DE LA GOTA

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

TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS

<i>alendronate oral solution</i>	1	MO; QL (300 por 28 días)
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	MO; QL (4 por 28 días)
BONSITY	1	PA; MO; QL (2.48 por 28 días)
CONEXXENCE	1	PA; MO; QL (1 por 180 días)
<i>ibandronate intravenous solution</i>	1	PA
<i>ibandronate intravenous syringe</i>	1	PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ibandronate oral</i>	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)
<i>raloxifene</i>	1	MO
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i>	1	MO; QL (1 por 30 días)
<i>risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	1	MO; QL (4 por 28 días)
<i>risedronate oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	MO; QL (4 por 28 días)
<i>teriparatide (only ndcs starting with 47781)</i>	1	PA; MO; QL (2.48 por 28 días)

SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA

AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALÉRGICOS

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	1	MO
<i>diphenhydramine hcl injection syringe</i>	1	MO
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml (manufactured by mylan specialty)</i>	1	MO; QL (4 por 30 días)
<i>epinephrine injection solution</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>levocetirizine oral solution</i>	1	MO
<i>levocetirizine oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>promethazine injection solution</i>	1	MO
<i>promethazine oral</i>	1	PA; MO
AGENTES PULMONARES		
<i>acetylcysteine</i>	1	B/D PA; MO
ADEMPAS	1	PA; MO; LA; QL (90 por 30 días)
ADVAIR HFA	1	MO; QL (12 por 30 días)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	1	MO; QL (17 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation package size 6.7 gm</i>	1	QL (13.4 por 30 días)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 5 mg/ml</i>	1	B/D PA
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	1	MO
<i>albuterol sulfate oral tablet</i>	1	MO
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160 MCG/ACTUATION	1	MO; QL (12.2 por 30 días)
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 80 MCG/ACTUATION	1	MO; QL (6.1 por 30 días)
<i>alyq</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>ambrisentan</i>	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días)
<i>arformoterol</i>	1	B/D PA; MO; QL (120 por 30 días)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ASMANEX HFA	1	MO; QL (13 por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 110 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (60)	1	MO; QL (1 por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ ACTUATION (120)	1	MO; QL (2 por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ ACTUATION (14)	1	QL (2 por 28 días)
ATROVENT HFA	1	MO; QL (25.8 por 30 días)
BEVESPI AEROSPHERE	1	MO; QL (10.7 por 30 días)
<i>bosentan oral tablet</i>	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días)
BREO ELLIPTA	1	MO; QL (60 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>breyana</i>	1	MO; QL (10.3 por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE	1	MO; QL (10.7 por 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>budesonide-formoterol</i>	1	QL (10.2 por 30 días)
CINRYZE	1	PA; MO
COMBIVENT RESPIMAT	1	QL (8 por 30 días)
<i>cromolyn inhalation</i>	1	B/D PA; MO
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100-5 MCG/ACTUATION	1	QL (13 por 30 días)
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 200-5 MCG/ACTUATION , 50-5 MCG/ACTUATION	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)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)
<i>flunisolide</i>	1	MO; QL (50 por 30 días)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	1	ST; MO; QL (12 por 30 días)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	1	ST; MO; QL (24 por 30 días)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	1	ST; MO; QL (10.6 por 30 días)
<i>fluticasone propionate nasal</i>	1	MO; QL (16 por 30 días)
<i>fluticasone propion- salmeterol inhalation blister with device</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>formoterol fumarate</i>	1	B/D PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>icatibant</i>	1	PA; MO
<i>ipratropium bromide inhalation</i>	1	B/D PA; MO
<i>ipratropium- albuterol</i>	1	B/D PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
KALYDECO	1	PA; MO; QL (56 por 28 días)
<i>mometasone nasal</i>	1	MO; QL (34 por 30 días)
<i>montelukast oral granules in packet</i>	1	MO
<i>montelukast oral tablet</i>	1	MO
<i>montelukast oral tablet, chewable</i>	1	MO
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN	1	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días)
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)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ORKAMBI ORAL TABLET	1	PA; MO; QL (112 por 28 días)
<i>pirfenidone oral capsule</i>	1	PA; MO; QL (270 por 30 días)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	1	PA; MO; QL (270 por 30 días)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTUATION	1	MO; QL (2 por 30 días)
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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACTUATION	1	QL (21.2 por 30 días)
<i>roflumilast</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>sajazir</i>	1	PA; MO
<i>sildenafil (pulmonary arterial hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml</i>	1	
<i>sildenafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT	1	MO; QL (4 por 30 días)
STIOLTO RESPIMAT	1	MO; QL (4 por 30 días)
STRIVERDI RESPIMAT	1	MO; QL (4 por 30 días)
SYMDEKO	1	PA; MO; QL (56 por 28 días)
<i>tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg</i>	1	PA; QL (60 por 30 días)
<i>terbutaline oral</i>	1	MO
<i>terbutaline subcutaneous</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

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

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

SUMINISTROS DIVERSOS

SUMINISTROS DIVERSOS

ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER	1	MO
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR	1	MO
NOVO PEN NEEDLE	1	PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
CEQR SIMPLICITY	1	MO
CEQR SIMPLICITY INSERTER	1	MO
DEXCOM G6 RECEIVER	1	MO
DEXCOM G6 SENSOR	1	MO
DEXCOM G6 TRANSMITTER	1	MO
DEXCOM G7 RECEIVER	1	MO
DEXCOM G7 SENSOR	1	MO
FREESTYLE FREEDOM LITE	1	MO
FREESTYLE INSULINX	1	
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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

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

PRECISION XTRA MONITOR	1	MO
------------------------	---	----

BD INSULIN SYRINGE	1	PA; MO
--------------------	---	--------

UROLÓGICOS

AGENTES UROLÓGICOS VARIOS

<i>alprostadil</i>	1	
--------------------	---	--

<i>bethanechol chloride</i>	1	MO
-----------------------------	---	----

CYSTAGON	1	PA; LA
----------	---	--------

ELMIRON	1	MO
---------	---	----

<i>glycine urologic</i>	1	
-------------------------	---	--

<i>glycine urologic solution</i>	1	
----------------------------------	---	--

K-PHOS NO 2	1	MO
-------------	---	----

K-PHOS ORIGINAL	1	MO
-----------------	---	----

<i>potassium citrate oral tablet extended release</i>	1	MO
---	---	----

RENACIDIN	1	MO
-----------	---	----

<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
-------------------------------------	---	-----------------------------

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

ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS

<i>mirabegron</i>	1	MO
-------------------	---	----

MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION, EXTENDED REL RECON	1	
---	---	--

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

MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR	1	MO
--	---	----

<i>oxybutynin chloride oral syrup</i>	1	MO
---------------------------------------	---	----

<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	MO
---	---	----

<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr</i>	1	MO
--	---	----

<i>solifenacin</i>	1	MO
--------------------	---	----

<i>tolterodine</i>	1	MO
--------------------	---	----

<i>tropium oral tablet</i>	1	MO
----------------------------	---	----

TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (BPH)

<i>alfuzosin</i>	1	MO
------------------	---	----

<i>dutasteride</i>	1	MO
--------------------	---	----

<i>dutasteride-tamsulosin</i>	1	MO
-------------------------------	---	----

<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	MO
-------------------------------------	---	----

<i>tamsulosin</i>	1	MO
-------------------	---	----

VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS

DERIVADOS DE SANGRE

<i>albumin, human 25 %</i>	1	
----------------------------	---	--

<i>alburx (human) 25 %</i>	1	
----------------------------	---	--

<i>alburx (human) 5 %</i>	1	
---------------------------	---	--

<i>albutein 25 %</i>	1	
----------------------	---	--

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl</i>	1	
<i>potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride in lr-d5 intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml</i>	1	
<i>potassium chloride intravenous</i>	1	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral liquid</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral packet</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride oral tablet extended release 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 10 meq, 20 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 15 meq</i>	1	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	1	
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl</i>	1	
<i>potassium phosphate m-/d-basic intravenous solution 3 mmol/ml</i>	1	
<i>ringer's intravenous</i>	1	
<i>sodium acetate</i>	1	
<i>sodium bicarbonate intravenous solution</i>	1	
<i>sodium bicarbonate intravenous syringe 50 meq/50 ml (8.4 %)</i>	1	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous</i>	1	MO
<i>sodium chloride 3 % hypertonic</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>sodium chloride 5 % hypertonic</i>	1	MO
<i>sodium chloride intravenous</i>	1	
<i>sodium phosphate</i>	1	MO
PRODUCTOS NUTRICIONALES VARIOS		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	1	B/D PA
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	1	B/D PA
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	1	B/D PA
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	1	B/D PA
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	1	B/D PA
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	1	B/D PA
<i>electrolyte-148</i>	1	
<i>electrolyte-48 in d5w</i>	1	
<i>electrolyte-a</i>	1	
<i>intralipid intravenous emulsion 20 %</i>	1	B/D PA
ISOLYTE S PH 7.4	1	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	1	
ISOLYTE-S	1	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
PLENAMINE	1	B/D PA
<i>premasol 10 %</i>	1	B/D PA
<i>travasol 10 %</i>	1	B/D PA
TROPHAMINE 10 %	1	B/D PA
VITAMINAS/HEMATÍNICOS		
<i>fluoride (sodium) oral tablet</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluoride (sodium) oral tablet, chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	1	MO
<i>prenatal vitamin oral tablet</i>	1	MO
<i>wescap-pn dha</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Index

A		
<i>abacavir</i>	5	
<i>abacavir-lamivudine</i>	5	
<i>abigale</i>	62	
<i>abigale lo</i>	62	
ABILIFY ASIMTUFII.....	49	
ABILIFY MAINTENA.....	49	
<i>abiraterone</i>	27	
<i>abirtega</i>	27	
ABRAXANE.....	27	
ABRYSVO (PF).....	25	
<i>acamprosate</i>	66	
<i>acarbose</i>	76	
ACCU-CHEK GUIDE		
GLUCOSE METER.....	88	
ACCU-CHEK GUIDE ME		
GLUCOSE MTR.....	88	
ACCU-CHEK GUIDE TEST		
STRIPS.....	76	
<i>accutane</i>	73	
<i>acebutolol</i>	14	
<i>acetaminophen-codeine</i>	42	
<i>acetazolamide</i>	65	
<i>acetazolamide sodium</i>	65	
<i>acetic acid</i>	60, 66	
<i>acetylcysteine</i>	68, 84	
<i>acitretin</i>	69	
ACTEMRA.....	80	
ACTEMRA ACTPEN.....	80	
ACTHIB (PF).....	25	
ACTIMMUNE.....	24	
<i>acyclovir</i>	5, 70	
<i>acyclovir sodium</i>	5	
ADACEL(TDAP		
ADOLESN/ADULT)(PF) 25		
ADBRY.....	71	
ADCETRIS.....	27	
<i>adefovir</i>	5	
ADEMPAS.....	84	
<i>adenosine</i>	11	
<i>adrenalin</i>	83	
ADSTILADRIN.....	27	
ADVAIR HFA.....	84	
AIMOVIG AUTOINJECTOR		
.....	57	
AKEEGA.....	27	
<i>ala-cort</i>	70	
<i>albendazole</i>	2	
<i>albumin, human 25 %</i>	90	
<i>alburx (human) 25 %</i>	90	
<i>alburx (human) 5 %</i>	90	
<i>albutein 25 %</i>	90	
<i>albutein 5 %</i>	91	
<i>albuterol sulfate</i>	84	
<i>alclometasone</i>	70	
<i>alcohol pads</i>	76	
ALDURAZYME.....	75	
ALECENSA.....	27	
<i>alendronate</i>	83	
<i>alfuzosin</i>	90	
ALIQOPA.....	27	
<i>aliskiren</i>	14	
<i>allopurinol</i>	83	
<i>allopurinol sodium</i>	83	
<i>aloprim</i>	83	
<i>alose tron</i>	19	
<i>alprostadil</i>	90	
<i>altavera (28)</i>	60	
ALUNBRIG.....	27	
ALVESCO.....	84	
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	60	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	60	
<i>alyq</i>	84	
<i>amantadine hcl</i>	5	
<i>ambrisentan</i>	84	
<i>amethyst (28)</i>	60	
<i>amikacin</i>	2	
<i>amiloride</i>	14	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>		
.....	14	
<i>aminocaproic acid</i>	17	
<i>amiodarone</i>	11	
<i>amitriptyline</i>	49	
<i>amlodipine</i>	14	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	13	
<i>amlodipine-benazepril</i>	14	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	14	
<i>amlodipine-valsartan</i>	14	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i>		
.....	14	
<i>ammonium lactate</i>	71	
<i>amnestem</i>	73	
<i>amoxapine</i>	49	
<i>amoxicillin</i>	9	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	9	
<i>amphotericin b</i>	2	
<i>ampicillin</i>	9	
<i>ampicillin sodium</i>	10	
<i>ampicillin-sulbactam</i>	10	
<i>anagrelide</i>	66	
<i>anastrozole</i>	27	
ANKTIVA.....	27	
<i>apraclonidine</i>	64	
<i>aprepitant</i>	19	
<i>apri</i>	60	
APTIOM.....	45	
APTIVUS.....	5	
<i>aranelle (28)</i>	60	
ARCALYST.....	24	
AREXVY (PF).....	25	
<i>arformoterol</i>	84	
ARIKAYCE.....	2	
<i>aripiprazole</i>	49	
ARISTADA.....	49, 50	
ARISTADA INITIO.....	49	
<i>armodafinil</i>	50	
<i>arsenic trioxide</i>	27	
<i>asenapine maleate</i>	50	
ASMANEX HFA.....	85	
ASMANEX TWISTHALER.....	85	
ASPARLAS.....	27	
<i>aspirin-dipyridamole</i>	17	
ASSURE ID INSULIN		
SAFETY.....	88	
<i>atazanavir</i>	5	
<i>atenolol</i>	14	
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	14	
<i>atomoxetine</i>	50	
<i>atorvastatin</i>	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 11/13/2025.

<i>atovaquone</i>	2	BESREMI.....	24	<i>buprenorphine-naloxone</i>	44
<i>atovaquone-proguanil</i>	2	<i>betaine</i>	19	<i>bupropion hcl</i>	50
<i>atropine</i>	22, 65	<i>betamethasone dipropionate</i>	70	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	66
ATROVENT HFA	85	<i>betamethasone valerate</i>	70	<i>buspirone</i>	50
<i>aubra eq</i>	60	<i>betamethasone, augmented</i> ..	70	<i>busulfan</i>	28
AUGMENTIN.....	10	BETASERON	24	<i>butorphanol</i>	44
AUGTYRO	27	<i>betaxolol</i>	14, 64	BYDUREON BCISE.....	76
AUSTEDO	57	<i>bethanechol chloride</i>	90	BYOOVIZ	65
AUSTEDO XR.....	57, 58	BEVESPI AEROSPHERE...	85	C	
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....	58	<i>bexarotene</i>	27	CABENUVA.....	5
AUVELITY.....	50	BEXSERO.....	25	<i>cabergoline</i>	75
<i>aviane</i>	60	<i>bicalutamide</i>	27	CABLIVI.....	17
AVMAPKI-FAKZYNJA	27	BICILLIN L-A	10	CABOMETYX.....	28
AVONEX	24	BIKTARVY	5	<i>caffeine citrate</i>	66
AYVAKIT.....	27	<i>bisoprolol fumarate</i>	14	<i>calcipotriene</i>	69
<i>azacitidine</i>	27	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	14	<i>calcitonin (salmon)</i>	75
<i>azathioprine</i>	27	BIZENGRI	27	<i>calcitriol</i>	75
<i>azathioprine sodium</i>	27	BLNREP	28	<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	91
<i>azelaic acid</i>	73	<i>bleomycin</i>	28	<i>calcium chloride</i>	91
<i>azelastine</i>	59, 65	BLINCYTO.....	28	<i>calcium gluconate</i>	91
<i>azithromycin</i>	9	BOMYNTRA	26	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	28
<i>aztreonam</i>	3	BONSITY	83	<i>camila</i>	62
<i>azurette (28)</i>	60	BOOSTRIX TDAP.....	25	<i>camrese</i>	60
B		<i>bortezomib</i>	28	CAMZYOS.....	12
<i>bacitracin</i>	64	BORTEZOMIB	28	<i>candesartan</i>	14
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	64	<i>bosentan</i>	85	<i>candesartan-</i> <i>hydrochlorothiazid</i>	14
<i>baclofen</i>	56	BOSULIF	28	CAPLYTA.....	50
<i>balsalazide</i>	19	BRAFTOVI.....	28	CAPRELSA.....	28
BALVERSA.....	27	BREO ELLIPTA	85	<i>captopril</i>	14
BAQSIMI.....	76	<i>breyana</i>	85	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	14
BARACLUDE	5	BREZTRI AEROSPHERE...	85	<i>carbamazepine</i>	45
BAVENCIO	27	BRILINTA	17	<i>carbidopa</i>	41
BCG VACCINE, LIVE (PF)	25	<i>brimonidine</i>	64	<i>carbidopa-levodopa</i>	41
BD PEN NEEDLE	89	BRIUMVI.....	58	<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone</i>	41
BELBUCA	42	BRIVIACT	45	<i>carboplatin</i>	28
BELEODAQ	27	<i>bromfenac</i>	63	<i>carglumic acid</i>	66
BELSOMRA	50	<i>bromocriptine</i>	41	<i>carmustine</i>	28
<i>benazepril</i>	14	BRUKINSA.....	28	<i>carteolol</i>	64
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	14	<i>bss</i>	65	<i>cartia xt</i>	14
<i>bendamustine</i>	27	<i>budesonide</i>	19, 85		
BENDEKA.....	27	<i>budesonide-formoterol</i>	85		
BENLYSTA	80	<i>bumetanide</i>	14		
<i>benztropine</i>	41	<i>buprenorphine hcl</i>	42		
BESPONSА	27	<i>buprenorphine transdermal</i> <i>patch</i>	42		

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

<i>carvedilol</i>	15	CIMERLI.....	65	<i>clonidine hcl</i>	15, 50
<i>caspofungin</i>	2	CIMZIA.....	19, 20	<i>clonidine transdermal patch</i>	15
CAYSTON.....	3	CIMZIA POWDER FOR		<i>clotidogrel</i>	17, 18
<i>cefaclor</i>	8	RECONST.....	19	<i>clorazepate dipotassium</i>	50
<i>cefadroxil</i>	8	CIMZIA STARTER KIT	19	<i>clotrimazole</i>	2, 68
<i>cefazolin</i>	8	<i>cinacalcet</i>	75	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	68
<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i> ..	8	CINRYZE.....	85	<i>clozapine</i>	50
<i>cefdinir</i>	8	CINVANTI.....	20	COARTEM.....	3
<i>cefepime</i>	8	<i>ciprofloxacin</i>	11	COBENFY	50
<i>cefepime in dextrose, iso-osm</i> ..	8	<i>ciprofloxacin hcl</i>	10, 60, 64	COBENFY STARTER PACK	
<i>cefixime</i>	8	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>		.....	50
<i>cefoxitin</i>	8	.....	10	<i>colchicine</i>	83
<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i> ..	8	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>		<i>colesevelam</i>	13
<i>cefpodoxime</i>	8	.....	60	<i>colestipol</i>	13
<i>cefprozil</i>	8	<i>cisplatin</i>	28	<i>colistin (colistimethate na)</i>	3
<i>ceftazidime</i>	8	<i>citalopram</i>	50	COLUMVI	28
<i>ceftriaxone</i>	8	<i>cladribine</i>	28	COMBIVENT RESPIMAT.....	85
<i>ceftriaxone in dextrose, iso-os</i> ..	8	<i>claravis</i>	73	COMETRIQ	28
<i>cefuroxime axetil</i>	8	<i>clarithromycin</i>	9	COMPLERA	5
<i>cefuroxime sodium</i>	8, 9	<i>clindamycin hcl</i>	3	<i>compro</i>	20
<i>celecoxib</i>	44	<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> ..	3	CONEXXENCE	83
<i>cephalexin</i>	9	<i>clindamycin phosphate</i>	3, 63,		
CEPROTIN (BLUE BAR) ...	17	73		<i>constulose</i>	20
CEPROTIN (GREEN BAR) ..	17	CLINIMIX 5%/D15W		COPIKTRA	28
CEQR SIMPLICITY	89	SULFITE FREE	92	CORTIFOAM.....	20
CEQR SIMPLICITY		CLINIMIX 4.25%/D10W		<i>cortisone</i>	73
INSERTER.....	89	SULF FREE	92	COSENTYX.....	69
<i>cetirizine</i>	83	CLINIMIX 4.25%/D5W		COSENTYX (2 SYRINGES)	
<i>cevimeline</i>	66	SULFIT FREE.....	66	.....	69
CHEMET	66	CLINIMIX 5%-		COSENTYX PEN	69
<i>chloramphenicol sod succinate</i>		D20W(SULFITE-FREE).....	92	COSENTYX PEN (2 PENS).....	69
.....	3	CLINIMIX 6%-D5W		COSENTYX UNOREADY	
<i>chlorhexidine gluconate</i>	59	(SULFITE-FREE)	92	PEN.....	69
<i>chloroprocaine (pf)</i>	71	CLINIMIX 8%-		COTELLIC.....	29
<i>chloroquine phosphate</i>	3	D10W(SULFITE-FREE).....	92	CREON.....	20
<i>chlorothiazide sodium</i>	15	CLINIMIX 8%-		CRESEMBA.....	2
<i>chlorpromazine</i>	50	D14W(SULFITE-FREE).....	92	<i>cromolyn</i>	20, 65, 85
<i>chlorthalidone</i>	15	<i>clobazam</i>	46	<i>cryselle (28)</i>	60
<i>cholestyramine (with sugar)</i> ..	13	<i>clobetasol</i>	70, 71	CRYSVITA	75
<i>cholestyramine light</i>	13	<i>clobetasol-emollient</i>	71	<i>cyclobenzaprine</i>	56
CIBINQO	71	<i>clofarabine</i>	28	<i>cyclophosphamide</i>	29
<i>ciclodan</i>	68	<i>clomid</i>	75	CYCLOPHOSPHAMIDE	29
<i>ciclopirox</i>	68	<i>clomiphene citrate</i>	75	<i>cyclosporine</i>	29, 65
<i>cidofovir</i>	5	<i>clomipramine</i>	50	<i>cyclosporine modified</i>	29
<i>cilostazol</i>	17	<i>clonazepam</i>	46	CYLTEZO(CF)	80
CIMDUO.....	5	<i>clonidine (pf)</i>	15, 44	CYLTEZO(CF) PEN.....	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 11/13/2025.

CYLTEZO(CF) PEN	DELSTRIGO.....5	DIACOMIT .....46
CROHN'S-UC-HS.....80	<i>demeclocycline</i> .....11	<i>diazepam</i>.....46, 51
CYLTEZO(CF) PEN	DENGVAIXA (PF).....25	<i>diazepam intensol</i> .....51
PSORIASIS-UV.....80	<i>denta 5000 plus</i> .....59	<i>diazoxide</i>.....76
CYRAMZA.....29	<i>dentagel</i> .....59	<i>diclofenac potassium</i> .....44
<i>cyred eq</i> .....60	DEPO-SUBQ PROVERA 104	<i>diclofenac sodium</i> .....44, 63, 72
CYSTAGON .....90	62	<i>diclofenac-misoprostol</i> .....44
CYSTARAN .....65	<i>dermacinrx lidocan</i>.....71	<i>dicloxacillin</i> .....10
<i>cytarabine</i>.....29	DESCOVY .....5	<i>dicyclomine</i>.....22, 23
<i>cytarabine (pf)</i> .....29	<i>desipramine</i> .....50	DIFICID .....9
D	<i>desmopressin</i> .....75	<i>diflunisal</i> .....44
<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> 60	<i>digoxin</i> .....12
.....66	<i>desonide</i>.....71	<i>dihydroergotamine</i> .....57
<i>d2.5 %-0.45 % sodium</i>	<i>desvenlafaxine succinate</i> .....51	DILANTIN 30 MG.....46
<i>chloride</i>.....66	<i>dexamethasone</i> .....73, 74	<i>diltiazem hcl</i>.....15
<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>	<i>dexamethasone intensol</i>.....73	<i>dilt-xr</i> .....15
<i>chloride</i>.....66	<i>dexamethasone sodium phos</i>	<i>dimenhydrinate</i> .....20
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	<i>(pf)</i> .....74	<i>dimethyl fumarate</i> .....58
.....66	<i>dexamethasone sodium</i>	<i>diphenhydramine hcl</i> .....84
<i>dabigatran etexilate</i>.....18	<i>phosphate</i>.....65, 74	<i>diphenoxylate-atropine</i> .....23
<i>dacarbazine</i> .....29	DEXCOM G6 RECEIVER ..89	<i>dipyridamole</i>.....18
<i>dactinomycin</i> .....29	DEXCOM G6 SENSOR .....89	<i>disulfiram</i>.....67
<i>dalfampridine</i> .....58	DEXCOM G6	<i>divalproex</i> .....46
<i>danazol</i> .....75	TRANSMITTER.....89	<i>dobutamine</i> .....12
<i>dantrolene</i>.....56	DEXCOM G7 RECEIVER ..89	<i>dobutamine in d5w</i> .....12
DANYELZA .....29	DEXCOM G7 SENSOR .....89	<i>docetaxel</i>.....29
DANZITEN.....29	<i>dexrazoxane hcl</i>.....26	<i>dofetilide</i> .....12
<i>dapsone</i>.....3	<i>dextroamphetamine-</i>	<i>donepezil</i>.....58
DAPTACEL (DTAP	<i>amphetamine</i> .....51	<i>dopamine</i> .....12
PEDIATRIC) (PF).....25	<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	<i>dopamine in 5 % dextrose</i> ....12
<i>daptomycin</i> .....3	66	DOPTELET (10 TAB PACK)
DAPTOMYCIN .....3	<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>	18
<i>darunavir</i> .....5	66	DOPTELET (15 TAB PACK)
DARZALEX .....29	<i>dextrose 25 % in water (d25w)</i>	18
<i>dasatinib</i>.....29	66	DOPTELET (30 TAB PACK)
<i>dasetta 1/35 (28)</i>.....60	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> .67	18
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i> .....60	<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>	<i>dorzolamide</i> .....65
DATROWAY.....29	67	<i>dorzolamide-timolol</i> .....65
<i>daunorubicin</i> .....29	<i>dextrose 5%-0.2 % sod</i>	<i>dotti</i>.....62
DAURISMO.....29	<i>chloride</i>.....67	DOVATO .....5
<i>daysee</i> .....60	<i>dextrose 5%-0.3 %</i>	<i>doxazosin</i> .....15
<i>deblitane</i> .....62	<i>sod.chloride</i> .....67	<i>doxepin</i> .....51
<i>decitabine</i> .....29	<i>dextrose 50 % in water (d50w)</i>	<i>doxercalciferol</i>.....75
<i>deferasirox</i>.....66	67	<i>doxorubicin</i>.....29, 30
<i>deferiprone</i> .....66	<i>dextrose 70 % in water (d70w)</i>	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i> ..30
<i>deferoxamine</i> .....66	67	<i>doxy-100</i> .....11

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

<i>doxycycline hyclate</i>	11	ELREXFIO.....	30	ERIVEDGE	30
<i>doxycycline monohydrate</i>	11	<i>eltrombopag olamine</i>	18	ERLEADA	30
DRIZALMA SPRINKLE.....	51	<i>eluryng</i>	63	<i>erlotinib</i>	30
<i>dronabinol</i>	20	ELZONRIS.....	30	<i>errin</i>	62
<i>droperidol</i>	20	EMGALITY PEN.....	57	<i>ertapenem</i>	3
DROSAFE ALCOHOL		EMGALITY SYRINGE.....	57	ERWINASE	30
PREP PADS	76	EMPLICITI	30	<i>ery pads</i>	73
<i>drospirenone-e.estradiol-lm.fa</i>		EMRELIS	30	<i>ery-tab</i>	9
.....	60	EMSAM	51	<i>erythrocin (as stearate)</i>	9
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>		<i>emtricitabine</i>	5	<i>erythromycin</i>	9, 64
.....	60	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ...	5	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...	9
DROXIA	30	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ...	5	<i>erythromycin with ethanol</i>	73
<i>droxidopa</i>	67	EMTRIVA.....	5	<i>escitalopram oxalate</i>	51
DUAVEE	62	EMVERM	3	<i>eslicarbazepine</i>	46
DULERA.....	85	<i>emzahh</i>	62	<i>esmolol</i>	15
<i>duloxetine</i>	51	<i>enalapril maleate</i>	15	<i>esomeprazole magnesium</i>	23
DUPIXENT PEN	72	<i>enalaprilat</i>	15	<i>esomeprazole sodium</i>	23
DUPIXENT SYRINGE.....	72	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>		<i>estarylla</i>	60
<i>dutasteride</i>	90	.....	15	<i>estradiol</i>	62
<i>dutasteride-tamsulosin</i>	90	ENBREL	80	<i>estradiol valerate</i>	62
E		ENBREL MINI	80	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	62
<i>econazole nitrate</i>	68	ENBREL SURECLICK	80	<i>eszopiclone</i>	51
EDARBI.....	15	<i>endocet</i>	42	<i>ethacrynate sodium</i>	15
EDARBYCLOR.....	15	ENGERIX-B (PF)	25	<i>ethambutol</i>	3
EDURANT.....	5	ENGERIX-B PEDIATRIC		<i>ethosuximide</i>	46
EDURANT PED	5	(PF).....	25	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	60
<i>efavirenz</i>	5	<i>enoxaparin</i>	18	<i>etodolac</i>	44
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i>	5	<i>enpresse</i>	60	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>		<i>enskyce</i>	60	.....	63
.....	5	<i>entacapone</i>	41	ETOPOPHOS	30
<i>effer-k</i>	91	<i>entecavir</i>	5	<i>etoposide</i>	30
ELAHERE.....	30	ENTRESTO.....	12	<i>etravirine</i>	6
ELAPRASE.....	75	ENTRESTO SPRINKLE	12	EULEXIN.....	30
<i>electrolyte-148</i>	92	ENTYVIO	20	<i>everolimus (antineoplastic)</i> ..	30
<i>electrolyte-48 in d5w</i>	92	<i>enulose</i>	20	<i>everolimus</i>	
<i>electrolyte-a</i>	92	ENVARUS XR	30	(immunosuppressive) ..	30, 31
ELIGARD	30	EPIDIOLEX	46	EVOTAZ	6
ELIGARD (3 MONTH)	30	<i>epinastine</i>	65	<i>exemestane</i>	31
ELIGARD (4 MONTH)	30	<i>epinephrine</i>	84	<i>exenatide</i>	76
ELIGARD (6 MONTH)	30	<i>epirubicin</i>	30	EYLEA	65
<i>elinest</i>	60	EPKINLY	30	<i>ezetimibe</i>	13
ELIQUIS	18	<i>eplerenone</i>	15	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	13
ELIQUIS DVT-PE TREAT		EPRONTIA	46	F	
30D START	18	ERBITUX.....	30	FABRAZYME	75
ELITEK.....	26	<i>ergotamine-caffeine</i>	57	<i>falmina (28)</i>	60
ELMIRON.....	90	<i>eribulin</i>	30	<i>famciclovir</i>	6

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

<i>famotidine</i>.....23	<i>fluoride (sodium)</i> .....59, 93	FREESTYLE LIBRE 3
<i>famotidine (pf)</i> .....23	<i>fluorometholone</i>.....65	SENSOR.....89
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i> 23	<i>fluorouracil</i>.....31, 72	FREESTYLE LITE METER 89
FANAPT .....51	<i>fluoxetine</i> .....52	FREESTYLE LITE STRIPS 76
FANAPT TITRATION PACK	<i>fluphenazine decanoate</i> .....52	FREESTYLE PRECISION
A.....51	<i>fluphenazine hcl</i>.....52	NEO STRIPS.....77
FANAPT TITRATION PACK	<i>flurbiprofen</i>.....44	FREESTYLE TEST .....77
B.....51	<i>flurbiprofen sodium</i> .....63	FRUZAQLA.....31
FANAPT TITRATION PACK	<i>fluticasone propionate</i> ....71, 86	FULPHILA.....24
C.....51	FLUTICASONE	<i>fulvestrant</i> .....31
FARXIGA.....76	PROPIONATE .....86	<i>furosemide</i> .....15
FASENRA.....85, 86	<i>fluticasone propion-salmeterol</i>	FYARRO.....31
FASENRA PEN .....85	86	<i>fyavolv</i>.....62
<i>febuxostat</i> .....83	<i>fluvastatin</i> .....13	FYCOMPA.....46
<i>felbamate</i> .....46	<i>fluvoxamine</i> .....52	G
<i>felodipine</i> .....15	<i>fomepizole</i>.....25	<i>gabapentin</i> .....46
<i>fenofibrate</i> .....13	<i>fondaparinux</i> .....18	<i>galantamine</i> .....58
<i>fenofibrate micronized</i>.....13	<i>formoterol fumarate</i> .....86	<i>gallifrey</i>.....62
<i>fenofibrate nanocrystallized</i> .13	<i>fosamprenavir</i>.....6	GAMASTAN .....25
<i>fenofibric acid</i> .....13	<i>fosaprepitant</i>.....20	<i>ganciclovir sodium</i> .....6
<i>fenofibric acid (choline)</i> .....13	<i>fosinopril</i> .....15	GARDASIL 9 (PF).....25
<i>fentanyl</i>.....42	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	<i>gatifloxacin</i> .....64
<i>fentanyl citrate</i>.....42	15	GATTEX 30-VIAL .....20
<i>fentanyl citrate (pf)</i>.....42	<i>fosphenytoin</i>.....46	GATTEX ONE-VIAL .....20
FETZIMA.....51	FOTIVDA .....31	GAUZE PAD.....89
<i>fidaxomicin</i> .....9	<i>fraiche 5000</i>.....59	<i>gavilyte-c</i> .....20
<i>finasteride</i>.....90	FREESTYLE FREEDOM	<i>gavilyte-g</i> .....20
<i>figolimod</i>.....58	LITE .....89	<i>gavilyte-n</i> .....20
FINTEPLA.....46	FREESTYLE INSULINX...76,	GAVRETO.....31
FIRMAGON KIT W	89	GAZYVA .....31
DILUENT SYRINGE .....31	FREESTYLE INSULINX	<i>gefitinib</i>.....31
<i>flac otic oil</i>.....60	TEST STRIPS .....76	<i>gemcitabine</i>.....31
<i>flecainide</i> .....12	FREESTYLE LIBRE 14 DAY	GEMCITABINE.....31
<i>floxuridine</i> .....31	READER.....89	<i>gemfibrozil</i> .....13
<i>fluconazole</i> .....2	FREESTYLE LIBRE 14 DAY	<i>generlac</i> .....20
<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> .2	SENSOR.....89	<i>gengraf</i>.....31
<i>flucytosine</i>.....2	FREESTYLE LIBRE 2 PLUS	<i>gentamicin</i> .....3, 64, 68
<i>fludarabine</i> .....31	SENSOR.....89	<i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i> ..3
<i>fludrocortisone</i> .....74	FREESTYLE LIBRE 2	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i> ..3
<i>flumazenil</i> .....51	READER.....89	GENVOYA .....6
<i>flunisolide</i>.....86	FREESTYLE LIBRE 2	GILOTRIF .....31
<i>fluocinolone</i>.....71	SENSOR.....89	<i>glatiramer</i> .....58
<i>fluocinolone acetone oil</i> ....60	FREESTYLE LIBRE 3 PLUS	<i>glatopa</i> .....58
<i>fluocinolone and shower cap</i> 71	SENSOR.....89	GLEOSTINE .....31
<i>fluocinonide</i>.....71	FREESTYLE LIBRE 3	<i>glimepiride</i>.....77
<i>fluocinonide-emollient</i>.....71	READER.....89	<i>glipizide</i> .....77

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

<i>glipizide-metformin</i>	77	HUMALOG JUNIOR		HUMULIN R U-500 (CONC)	
<i>glutamine (sickle cell)</i>	67	KWIKPEN U-100	77	INSULIN	78
<i>glycine urologic</i>	90	HUMALOG KWIKPEN		HUMULIN R U-500 (CONC)	
<i>glycine urologic solution</i>	90	INSULIN	77	KWIKPEN	78
<i>glycopyrrolate</i>	23	HUMALOG MIX 50-50		<i>hydralazine</i>	15
<i>glycopyrrolate (pf)</i>	23	KWIKPEN	77	<i>hydrochlorothiazide</i>	15
<i>glycopyrrolate (pf) in water</i>	23	HUMALOG MIX 75-25		<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	42
<i>glydo</i>	72	KWIKPEN	77	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	42
GLYXAMBI	77	HUMALOG MIX 75-25(U-		<i>hydrocortisone</i>	20, 71, 74
GOMEKLI	31, 32	100)INSULN	77	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ...	60
GRAFAPEX	32	HUMALOG U-100 INSULIN		<i>hydromorphone</i>	42, 43
<i>granisetron (pf)</i>	20	.....	77	<i>hydromorphone (pf)</i>	42
<i>granisetron hcl</i>	20	HUMIRA (PREFERRED		<i>hydroxychloroquine</i>	3
<i>griseofulvin microsize</i>	2	NDCS STARTING WITH		<i>hydroxyurea</i>	32
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	2	00074)	81	<i>hydroxyzine hcl</i>	84
GVOKE	77	HUMIRA PEN (PREFERRED		HYPERHEP B	25
GVOKE HYPOPEN 1-PACK		NDCS STARTING WITH		HYPERHEP B NEONATAL	
.....	77	00074)	81		25
GVOKE HYPOPEN 2-PACK		HUMIRA(CF) (PREFERRED		I	
.....	77	NDCS STARTING WITH		<i>ibandronate</i>	83
GVOKE PFS 1-PACK		00074)	81	IBRANCE	32
SYRINGE	77	HUMIRA(CF) PEN		IBTROZI	32
GVOKE PFS 2-PACK		(PREFERRED NDCS		<i>ibu</i>	44
SYRINGE	77	NDCS STARTING WITH		<i>ibuprofen</i>	44
		00074)	81	<i>ibutilide fumarate</i>	12
H		HUMIRA(CF) PEN		<i>icatibant</i>	86
<i>halobetasol propionate</i>	71	CROHNS-UC-HS		ICLUSIG	32
<i>haloperidol</i>	52	(PREFERRED NDCS		<i>icosapent ethyl</i>	13
<i>haloperidol decanoate</i>	52	NDCS STARTING WITH		<i>idarubicin</i>	32
<i>haloperidol lactate</i>	52	00074)	81	IDHIFA	32
HAVRIX (PF)	25	HUMIRA(CF) PEN PSOR-		<i>ifosfamide</i>	32
<i>heather</i>	62	UV-ADOL HS		ILARIS (PF)	24
<i>heparin (porcine)</i>	18	(PREFERRED NDCS		<i>imatinib</i>	32
<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i>	18	NDCS STARTING WITH		IMBRUVICA	32
<i>heparin (porcine) in nacl (pf)</i>		00074)	81	IMDELLTRA	32
.....	18	HUMULIN 70/30 U-100		IMFINZI	32
<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl</i>		INSULIN	77	<i>imipenem-cilastatin</i>	3
.....	19	HUMULIN 70/30 U-100		<i>imipramine hcl</i>	52
HEPARIN(PORCINE) IN		KWIKPEN	77	<i>imiquimod</i>	72
0.45% NACL	19	HUMULIN N NPH INSULIN		IMJUDO	32
<i>heparin, porcine (pf)</i>	19	KWIKPEN	78	IMKELDI	32
HEPARIN, PORCINE (PF)	19	HUMULIN N NPH U-100		IMOVAX RABIES VACCINE	
HEPLISAV-B (PF)	25	INSULIN	78	(PF)	25
HERNEXEOS	32	HUMULIN R REGULAR U-		IMVEXXY MAINTENANCE	
HIBERIX (PF)	25	100 INSULN	78	PACK	62
HIZENTRA	25				

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

IMVEXXY STARTER PACK	62	ITOVEBI	33	KISQALI	33
INBRIJA	41	<i>itraconazole</i>	2	KISQALI FEMARA CO- PACK	33
<i>incassia</i>	62	<i>ivabradine</i>	13	<i>klayesta</i>	68
INCRELEX	67	<i>ivermectin</i>	3	<i>klor-con 10</i>	91
<i>indapamide</i>	15	IWILFIN	33	<i>klor-con 8</i>	91
INFANRIX (DTAP) (PF)	25	IXEMPRA	33	<i>klor-con m10</i>	91
INGREZZA	58	IXIARO (PF)	25	<i>klor-con m15</i>	91
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	58	J		<i>klor-con m20</i>	91
INGREZZA SPRINKLE	58	JAKAFI	33	<i>klor-con oral packet 20</i>	91
INLYTA	32	<i>jantoven</i>	19	<i>klor-con/ef</i>	91
INPEFA	78	JANUMET	78	KOSELUGO	33
INQOVI	32	JANUMET XR	78	<i>kourzeq</i>	59
INREBIC	32	JANUVIA	78	K-PHOS NO 2	90
INSULIN LISPRO	78	JARDIANCE	78	K-PHOS ORIGINAL	90
INSULIN SYRINGE- NEEDLE U-100	89	<i>jasmiel (28)</i>	61	KRAZATI	33
INTELENCE	6	JAYPIRCA	33	<i>kurvelo (28)</i>	61
<i>intralipid</i>	92	JEMPERLI	33	KYPROLIS	33
<i>introvale</i>	60	<i>jencycla</i>	62	L	
INVEGA HAFYERA	52	JENTADUETO	78	<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	61
INVEGA SUSTENNA	52	JENTADUETO XR	78	<i>labetalol</i>	16
INVEGA TRINZA	52, 53	JEVTANA	33	<i>lacosamide</i>	47
INVELTYS	65	<i>jinteli</i>	62	<i>lactated ringers</i>	68, 91
IPOL	25	<i>jolessa</i>	61	<i>lactulose</i>	20
<i>ipratropium bromide</i>	59, 86	JOURNAVX	44	<i>lamivudine</i>	6
<i>ipratropium-albuterol</i>	86	JUBBONTI	83	<i>lamivudine-zidovudine</i>	6
<i>irbesartan</i>	15	<i>juleber</i>	61	<i>lamotrigine</i>	47
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	16	JULUCA	6	<i>lanreotide</i>	33
<i>irinotecan</i>	32, 33	JYLAMVO	33	<i>lansoprazole</i>	23
ISENTRESS	6	JYNNEOS (PF)	25	LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	78
ISENTRESS HD	6	K		LANTUS U-100 INSULIN ..	78
<i>isibloom</i>	60	KADCYLA	33	<i>lapatinib</i>	33
ISOLYTE S PH 7.4	92	KALETRA	6	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	61
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	92	<i>kalliga</i>	61	<i>larin 1/20 (21)</i>	61
ISOLYTE-S	92	KALYDECO	86	<i>larin 24 fe</i>	61
<i>isoniazid</i>	3	KANUMA	75	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	61
<i>isosorbide dinitrate</i>	14	<i>kariva (28)</i>	61	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	61
<i>isosorbide mononitrate</i>	14	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	61	<i>latanoprost</i>	65
<i>isosorbide-hydralazine</i>	16	KERENDIA	16	LAZCLUZE	33, 34
<i>isotretinoin</i>	73	KESIMPTA PEN	58	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	6
<i>isradipine</i>	16	<i>ketoconazole</i>	2, 68	<i>leflunomide</i>	81
ISTODAX	33	<i>ketorolac</i>	64	<i>lenalidomide</i>	34
		KEYTRUDA	33	LENVIMA	34
		KHAPZORY	26	<i>lessina</i>	61
		KIMMTRAK	33		
		KINRIX (PF)	25		
		<i>kionex (with sorbitol)</i>	67		

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

<i>letrozole</i>	34	<i>lithium citrate</i>	53	<i>magnesium sulfate in water</i> ..	91
<i>leucovorin calcium</i>	26	LIVTENCITY.....	6	<i>malathion</i>	71
LEUKERAN.....	34	LOKELMA.....	67	<i>mannitol 20 %</i>	16
<i>leuprolide</i>	34	LONSURF.....	34	<i>mannitol 25 %</i>	16
<i>levetiracetam</i>	47	<i>loperamide</i>	23	<i>maraviroc</i>	6
<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i>	47	<i>lopinavir-ritonavir</i>	6	<i>marlissa (28)</i>	61
<i>levobunolol</i>	64	LOQTORZI.....	34	MARPLAN.....	53
<i>levocarnitine</i>	67	<i>lorazepam</i>	53	MATULANE.....	34
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	67	<i>lorazepam intensol</i>	53	<i>matzim la</i>	16
<i>levocetirizine</i>	84	LORBRENA.....	34	MAVYRET.....	6
<i>levofloxacin</i>	11, 64	<i>loryna (28)</i>	61	<i>meclizine</i>	20
<i>levofloxacin in d5w</i>	11	<i>losartan</i>	16	<i>medroxyprogesterone</i>	63
<i>levoleucovorin calcium</i>	26	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	16	<i>mefloquine</i>	3
<i>levonest (28)</i>	61	<i>loteprednol etabonate</i>	65	<i>megestrol</i>	34, 35
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	61	<i>lovastatin</i>	13	MEKINIST.....	35
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	61	<i>low-ogestrel (28)</i>	61	MEKTOVI.....	35
<i>levora-28</i>	61	<i>loxapine succinate</i>	53	<i>meleya</i>	63
<i>levo-t</i>	74	<i>lo-zumandimine (28)</i>	61	<i>meloxicam</i>	44
<i>levothyroxine</i>	74	<i>lubiprostone</i>	20	<i>melphalan hcl</i>	35
<i>levoxyl</i>	74	LUMAKRAS.....	34	<i>memantine</i>	59
LIBTAYO.....	34	LUMIGAN.....	65	<i>memantine-donepezil</i>	59
<i>lidocaine</i>	72	LUMIZYME.....	75	MENQUADFI (PF).....	25
<i>lidocaine (pf)</i>	12, 72	LUNSUMIO.....	34	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	25
<i>lidocaine hcl</i>	72	LUPRON DEPOT.....	34	MEPSEVII.....	75
<i>lidocaine in 5 % dextrose (pf)</i>	12	<i>lurasidone</i>	53	<i>mercaptopurine</i>	35
<i>lidocaine viscous</i>	72	<i>lurbiro</i>	44	<i>meropenem</i>	3
<i>lidocaine-epinephrine</i>	72	<i>lutra (28)</i>	61	<i>mesalamine</i>	20
<i>lidocaine-epinephrine (pf)</i>	72	<i>lyleq</i>	62	<i>mesalamine with cleansing</i> <i>wipe</i>	20
<i>lidocaine-prilocaine</i>	72	<i>lyllana</i>	63	<i>mesna</i>	27
<i>lidocan iii</i>	72	LYNOZYFIC.....	34	MESNEX.....	27
<i>lidocan iv</i>	72	LYNPARZA.....	34	<i>metformin</i>	78
<i>lidocan v</i>	72	LYSODREN.....	34	<i>methadone</i>	43
LILETTA.....	63	LYTGOBI.....	34	<i>methadone intensol</i>	43
<i>lincomycin</i>	3	LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN.....	78	<i>methadose</i>	43
<i>linezolid</i>	3	LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN.....	78	<i>methazolamide</i>	65
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	3	LYUMJEV U-100 INSULIN	78	<i>methenamine hippurate</i>	2
<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i>	3	<i>lyza</i>	63	<i>methenamine mandelate</i>	2
LINZESS.....	20	M		<i>methimazole</i>	73
<i>liothyronine</i>	74	<i>magnesium chloride</i>	91	<i>methotrexate sodium</i>	35
<i>lisinopril</i>	16	<i>magnesium sulfate</i>	91	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	35
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	16	MAGNESIUM SULFATE IN D5W.....	91	<i>methoxsalen</i>	72
<i>lithium carbonate</i>	53			<i>methsuximide</i>	47
				<i>methylergonovine</i>	63
				<i>methylphenidate hcl</i>	53

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

<i>methylprednisolone</i>	74	<i>morphine</i>	43	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> ..	60, 65
<i>methylprednisolone acetate</i> ..	74	<i>morphine (pf)</i>	43	<i>neo-polycin</i>	64
<i>methylprednisolone sodium</i>		<i>morphine concentrate</i>	43	<i>neo-polycin hc</i>	65
<i>succ</i>	74	MOUNJARO.....	78	NERLYNX	35
<i>metoclopramide hcl</i>	21	<i>moxifloxacin</i>	11, 64	NEUPRO	41
<i>metolazone</i>	16	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>		<i>nevirapine</i>	6
<i>metoprolol succinate</i>	16	.....	11	NEXLETOL	13
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>		MRESVIA (PF).....	25	NEXLIZET	13
.....	16	MULTAQ	12	NEXPLANON.....	63
<i>metoprolol tartrate</i>	16	<i>mupirocin</i>	68	<i>niacin</i>	13
<i>metro i.v.</i>	4	<i>mycophenolate mofetil</i>	35	<i>nicardipine</i>	16
<i>metronidazole</i>	4, 63, 73	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> .	35	NICOTROL NS.....	66
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> 4		<i>mycophenolate sodium</i>	35	<i>nifedipine</i>	16
<i>metirosine</i>	16	MYFEMBREE	63	<i>nikki (28)</i>	61
<i>mexiletine</i>	12	MYHIBBIN.....	35	<i>nilotinib hcl</i>	35
<i>micafungin</i>	2	MYLOTARG	35	<i>nilutamide</i>	35
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	61	MYRBETRIQ	90	<i>nimodipine</i>	16
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	61	N		NINLARO	35
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	61	<i>nabumetone</i>	45	<i>nitazoxanide</i>	4
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	61	<i>nadolol</i>	16	<i>nitisinone</i>	67
<i>midodrine</i>	67	<i>nafcillin</i>	10	<i>nitro-bid</i>	14
MIEBO (PF).....	65	<i>nafcillin in dextrose iso-osm.</i> 10		<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ...	2
<i>mifepristone</i>	63, 75	<i>naftifine</i>	68	<i>nitrofurantoin monohyd/m-</i>	
<i>mili</i>	61	NAGLAZYME.....	75	<i>cryst</i>	2
<i>milophene</i>	75	<i>nalbuphine</i>	45	<i>nitroglycerin</i>	14, 21
<i>milrinone</i>	13	<i>naloxone</i>	45	<i>nitroglycerin in 5 % dextrose</i>	
<i>milrinone in 5 % dextrose</i>	13	<i>naltrexone</i>	45	.....	14
<i>mimvey</i>	63	NAMZARIC.....	59	NIVESTYM	24
<i>minocycline</i>	11	<i>naproxen</i>	45	<i>nizatidine</i>	23
<i>minoxidil</i>	16	<i>naproxen sodium</i>	45	<i>nora-be</i>	63
<i>miostat</i>	65	<i>naratriptan</i>	57	<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	
<i>mirabegron</i>	90	NATACYN	64	.....	63
<i>mirtazapine</i>	53	<i>nateglinide</i>	78, 79	<i>norepinephrine bitartrate</i>	13
<i>misoprostol</i>	23	NAYZILAM.....	47	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	
<i>mitomycin</i>	35	<i>nebivolol</i>	16	.....	63
<i>mitoxantrone</i>	35	<i>nefazodone</i>	53	<i>norethindrone acetate</i>	63
M-M-R II (PF).....	25	<i>nelarabine</i>	35	<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	
<i>modafinil</i>	53	<i>neomycin</i>	4	.....	61, 63
MODEYSO	35	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> 65		<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	
<i>moexipril</i>	16	<i>neomycin-bacitracin-</i>		.....	61
<i>molindone</i>	53	<i>polymyxin</i>	64	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	61
<i>mometasone</i>	71, 86	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	68	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	61
<i>mondoxyne nl</i>	11	<i>neomycin-polymyxin b-</i>		<i>nortrel 1/35 (28)</i>	61
MONJUVI.....	35	<i>dexameth</i>	65	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	61
<i>mono-lynyah</i>	61	<i>neomycin-polymyxin-</i>		<i>nortriptyline</i>	53
<i>montelukast</i>	86	<i>gramicidin</i>	64	NORVIR.....	6

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

NUBEQA	35	<i>ondansetron hcl (pf)</i>	21	OZEMPIC.....	79
NUCALA	86	ONETOUCH ULTRA TEST	79	OZURDEX	65
NUEDEXTA	59	ONETOUCH ULTRA2	79	P	
NULOJIX.....	35	METER	89	<i>pacerone</i>	12
NUPLAZID.....	53	ONETOUCH VERIO FLEX	89	<i>paclitaxel</i>	36
NURTEC ODT.....	57	METER	89	<i>paclitaxel protein-bound</i>	37
<i>nyamyc</i>	68	ONETOUCH VERIO	89	PADCEV	37
<i>nystatin</i>	2, 68, 69	REFLECT METER	89	<i>paliperidone</i>	54
<i>nystatin-triamcinolone</i>	69	ONETOUCH VERIO TEST	79	<i>palonosetron</i>	21
<i>nystop</i>	69	STRIPS.....	79	<i>pamidronate</i>	75
NYVEPRIA.....	24	ONIVYDE.....	36	PANRETIN	72
O		ONUREG	36	<i>pantoprazole</i>	23
<i>octreotide acetate</i>	36	OPDIVO.....	36	<i>paricalcitol</i>	75
<i>octreotide,microspheres</i>	36	OPDIVO QVANTIG.....	36	<i>paroxetine hcl</i>	54
ODEFSEY	6	OPDUALAG	36	PAVBLU	65
ODOMZO	36	OPIPZA	54	PAXLOVID.....	6
OFEV	86	<i>opium tincture</i>	23	<i>pazopanib</i>	37
<i>ofloxacin</i>	60, 64	OPSUMIT	86	PEDIARIX (PF)	25
OGSIVEO	36	OPSYNVI.....	86	PEDVAX HIB (PF).....	25
OJEMDA.....	36	<i>oralone</i>	59	<i>peg 3350-electrolytes</i>	21
OJJAARA.....	36	ORENCIA	81	PEGASYS	24
<i>olanzapine</i>	53	ORENCIA (WITH	81	<i>peg-electrolyte</i>	21
<i>olmesartan</i>	16	MALTOSE).....	81	PEMAZYRE.....	37
<i>olmesartan-amlodipin-</i>		ORENCIA CLICKJECT	81	<i>pemetrexed disodium</i>	37
<i>hcthiazid</i>	16	ORGOVYX.....	36	PEN NEEDLE, DIABETIC	89
<i>olmesartan-</i>		ORKAMBI	86, 87	PENBRAYA (PF)	25
<i>hydrochlorothiazide</i>	16	<i>orquidea</i>	63	<i>penciclovir</i>	70
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	13	ORSERDU	36	<i>penicillamine</i>	82
<i>omeprazole</i>	23	<i>oseltamivir</i>	6	PENICILLIN G POT IN	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2	89	<i>osmitrol 20 %</i>	16	DEXTROSE	10
PLUS).....	89	OTEZLA	82	<i>penicillin g potassium</i>	10
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO	89	OTEZLA STARTER.....	82	<i>penicillin g sodium</i>	10
KT(GEN5).....	89	OTEZLA XR.....	82	<i>penicillin v potassium</i>	10
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS	89	OTEZLA XR INITIATION.....	82	PENMENVY MEN A-B-C-W-	25
(GEN 5).....	89	<i>oxacillin</i>	10	Y (PF)	25
OMNIPOD 5	89	<i>oxacillin in dextrose(iso-osm)</i>	10	PENTACEL (PF).....	25
INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	89	<i>oxaliplatin</i>	36	<i>pentamidine</i>	4
OMNIPOD DASH INTRO	89	<i>oxaprozin</i>	45	<i>pentobarbital sodium</i>	54
KIT (GEN 4)	89	<i>oxcarbazepine</i>	47	<i>pentoxifylline</i>	19
OMNIPOD DASH PODS	89	OXERVATE	65	<i>perampanel</i>	47
(GEN 4).....	89	<i>oxybutynin chloride</i>	90	<i>perindopril erbumine</i>	16
OMNITROPE.....	24	<i>oxycodone</i>	43	<i>periogard</i>	59
ONCASPAR	36	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	44	PERJETA	37
<i>ondansetron</i>	21	OXYCONTIN	44	<i>permethrin</i>	71
<i>ondansetron hcl</i>	21			<i>perphenazine</i>	54
				<i>pfizerpen-g</i>	10

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

<i>phenelzine</i>	54	<i>potassium chloride-d5-</i>		PROCRIT	24
<i>phenobarbital</i>	47	<i>0.2%nacl</i>	92	<i>procto-med hc</i>	21
<i>phenobarbital sodium</i>	47	<i>potassium chloride-d5-</i>		<i>proctosol hc</i>	21
<i>phentolamine</i>	16	<i>0.9%nacl</i>	92	<i>proctozone-hc</i>	21
<i>phenytoin</i>	47	<i>potassium citrate</i>	90	<i>progesterone</i>	63
<i>phenytoin sodium</i>	48	<i>potassium phosphate m-/d-</i>		<i>progesterone micronized</i>	63
<i>phenytoin sodium extended</i> ..	48	<i>basic</i>	92	PROGRAF	37
<i>philith</i>	61	POTELIGEO	37	PROLASTIN-C	67
PIFELTRO	6	PRALATREXATE.....	37	PROLIA.....	83
<i>pilocarpine hcl</i>	66, 67	<i>pramipexole</i>	41	PROMACTA	19
<i>pimecrolimus</i>	72	<i>prasugrel hcl</i>	19	<i>promethazine</i>	84
<i>pimozide</i>	54	<i>pravastatin</i>	13	<i>propafenone</i>	12
<i>pimtrea (28)</i>	61	<i>praziquantel</i>	4	<i>propranolol</i>	16, 17
<i>pindolol</i>	16	<i>prazosin</i>	16	<i>propylthiouracil</i>	73
<i>pioglitazone</i>	79	PRECISION XTRA		PROQUAD (PF).....	26
<i>piperacillin-tazobactam</i>	10	MONITOR	90	<i>protamine</i>	19
PIQRAY	37	PRECISION XTRA TEST ..	79	<i>protriptyline</i>	54
<i>pirfenidone</i>	87	<i>prednisolone</i>	74	PULMICORT FLEXHALER	
<i>piroxicam</i>	45	<i>prednisolone acetate</i>	65	.....	87
<i>pitavastatin calcium</i>	13	<i>prednisolone sodium</i>		PULMOZYME.....	87
PLEGRIDY	24	<i>phosphate</i>	65, 74	PURIXAN	37
PLENAMINE.....	93	<i>prednisone</i>	74	<i>pyrazinamide</i>	4
<i>plerixafor</i>	24	<i>prednisone intensol</i>	74	<i>pyridostigmine bromide</i>	56
<i>podofilox</i>	73	<i>pregabalin</i>	48	<i>pyrimethamine</i>	4
POLIVY	37	PREMARIN	63	Q	
<i>polocaine</i>	73	<i>premasol 10 %</i>	93	QINLOCK	37
<i>polocaine-mpf</i>	73	PREMPHASE	63	QUADRACEL (PF)	26
<i>polycin</i>	64	PREMPRO	63	<i>quetiapine</i>	54
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>		<i>prenatal vitamin oral tablet</i> ..	93	<i>quinapril</i>	17
.....	64	<i>prevalite</i>	13	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	
POMALYST	37	PREVYMIS.....	7	.....	17
<i>portia 28</i>	61	PREZCOBIX.....	7	<i>quinidine sulfate</i>	12
<i>posaconazole</i>	2	PREZISTA	7	<i>quinine sulfate</i>	4
<i>potassium acetate</i>	91	PRIFTIN	4	QULIPTA	57
<i>potassium chlorid-d5-</i>		PRIMAQUINE.....	4	QVAR REDIHALER	87
<i>0.45%nacl</i>	91	<i>primidone</i>	48	R	
<i>potassium chloride</i>	91, 92	PRIMIDONE.....	48	RABAVERT (PF)	26
<i>potassium chloride in</i>		PRIORIX (PF).....	26	RADICAVA ORS	59
<i>0.9%nacl</i>	91	PRIVIGEN	26	RADICAVA ORS STARTER	
<i>potassium chloride in 5 % dex</i>		<i>probenecid</i>	83	KIT SUSP	59
.....	91	<i>probenecid-colchicine</i>	83	RALDESY.....	54
<i>potassium chloride in lr-d5</i> ..	91	<i>procainamide</i>	12	<i>raloxifene</i>	83
<i>potassium chloride in water</i> ..	91	<i>prochlorperazine</i>	21	<i>ramelteon</i>	54
<i>potassium chloride-0.45 %</i>		<i>prochlorperazine edisylate</i> ..	21	<i>ramipril</i>	17
<i>nacl</i>	92	<i>prochlorperazine maleate oral</i>		<i>ranolazine</i>	13
		.....	21	<i>rasagiline</i>	41

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

<i>reclipsen (28)</i>.....61	ROTARIX .....26	SIMULECT .....38
RECOMBIVAX HB (PF) ....26	ROTATEQ VACCINE.....26	<i>simvastatin</i> .....14
RELENZA DISKHALER .....7	<i>roweepra</i>.....48	<i>sirolimus</i> .....38
RELEUKO .....24	ROZLYTREK .....38	SIRTURO .....4
RELISTOR.....21	RUBRACA.....38	SKYRIZI .....21, 69
REMICADE.....21	<i>rufinamide</i> .....48	<i>sodium acetate</i> .....92
RENACIDIN .....90	RUKOBIA.....7	<i>sodium benzoate-sod</i>
<i>repaglinide</i> .....79	RUXIENCE.....38	<i>phenylacet</i>.....67
REPATHA .....14	RYBELSUS.....79	<i>sodium bicarbonate</i> .....92
REPATHA PUSHTRONEX 14	RYBREVANT.....38	<i>sodium chloride</i> .....67, 92
REPATHA SURECLICK ....14	RYDAPT .....38	<i>sodium chloride 0.45 %</i>92
RETACRIT .....25	RYLAZE .....38	<i>sodium chloride 0.9 %</i>67
RETEVMO.....37	RYTELO .....38	<i>sodium chloride 3 %</i>
RETROVIR.....7	S	<i>hypertonic</i> .....92
REVLIMID .....37	<i>sacubitril-valsartan</i> .....13	<i>sodium chloride 5 %</i>
<i>revonto</i>.....56	<i>sajazir</i> .....87	<i>hypertonic</i> .....92
REVUFORJ.....37	<i>salsalate</i>.....45	<i>sodium fluoride 5000 dry</i>
REXULTI.....54	SANCUSO .....21	<i>mouth</i> .....60
REYATAZ .....7	SANDOSTATIN LAR	<i>sodium fluoride 5000 plus</i> ....60
REZDIFFRA .....67	DEPOT .....38	<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> ...60
REZLIDHIA.....37	SANTYL .....73	<i>sodium nitroprusside</i> .....13
REZUROCK .....37	<i>sapropterin</i> .....75	SODIUM OXYBATE
RHOPRESSA.....65	SARCLISA.....38	(PREFERRED NDCS
<i>ribavirin</i>.....7	SAVELLA.....82	STARTING WITH 00054)
RIDAURA.....82	<i>saxagliptin</i> .....79	55
<i>rifabutin</i>.....4	<i>saxagliptin-metformin</i> .....79	<i>sodium phenylbutyrate</i>.....67
<i>rifampin</i> .....4	SCEMBLIX.....38	<i>sodium phosphate</i> .....92
<i>riluzole</i>.....67	<i>scopolamine base</i> .....21	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> 67
<i>rimantadine</i> .....7	SECUADO .....55	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i>
<i>ringer's</i> .....68, 92	SEGLUROMET .....79	22
RINVOQ .....82	SELARSDI.....69	SOFOSBUVIR-
RINVOQ LQ.....82	<i>selegiline hcl</i>.....41	VELPATASVIR.....7
<i>risedronate</i> .....67, 83	<i>selenium sulfide</i> .....69	<i>solifenacin</i>.....90
<i>risperidone</i> .....54, 55	SELZENTRY .....7	SOLQUA 100/33 .....79
<i>risperidone microspheres</i> ....54	<i>sertraline</i> .....55	SOLTAMOX.....38
<i>ritonavir</i>.....7	<i>setlakin</i>.....61	SOMATULINE DEPOT .....38
<i>rivaroxaban</i> .....19	<i>sevelamer carbonate</i>.....67	SOMAVERT .....75
<i>rivastigmine</i>.....59	<i>sf 59</i>	<i>sorafenib</i> .....38
<i>rivastigmine tartrate</i>.....59	<i>sf 5000 plus</i>.....59	<i>sotalol</i> .....12
<i>rizatriptan</i>.....57	<i>sharobel</i> .....63	<i>sotalol af</i>.....12
ROCKLATAN .....65	SHINGRIX (PF).....26	SOTYKTU .....69
<i>roflumilast</i> .....87	SIGNIFOR.....38	SPIRIVA RESPIMAT.....87
<i>romidepsin</i>.....37	<i>sildenafil (pulmonary arterial</i>	<i>spironolactone</i> .....17
ROMVIMZA.....37	<i>hypertension)</i> .....87	<i>spironolacton-</i>
<i>ropinirole</i>.....41	<i>silver sulfadiazine</i>.....73	<i>hydrochlorothiaz</i>.....17
<i>rosuvastatin</i> .....14	SIMBRINZA .....65	SPRAVATO .....55

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

<i>sprintec</i> (28)	61	<i>tadalafil</i> (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg	87	TIBSOVO	39
SPRITAM	48	TAFINLAR	38, 39	<i>ticagrelor</i>	19
SPRYCEL	38	TAGRISSE	39	TICE BCG	26
<i>sps</i> (with sorbitol)	67	TALVEY	39	TICOVAC	26
<i>sronyx</i>	61	TALZENNA	39	<i>tigecycline</i>	4
<i>ssd</i>	73	<i>tamoxifen</i>	39	<i>tilia fe</i>	62
STEGLATRO	79	<i>tamsulosin</i>	90	<i>timolol maleate</i>	17, 64
STELARA	69	<i>tarina fe 1-20 eq</i> (28)	62	<i>tinidazole</i>	4
STIOLTO RESPIMAT	87	TASIGNA	39	<i>tiotropium bromide</i>	88
STIVARGA	38	<i>tazarotene</i>	73	TIVDAK	39
STRENSIQ	75	<i>tazicef</i>	9	TIVICAY	7
STREPTOMYCIN	4	TAZVERIK	39	TIVICAY PD	7
STRIBILD	7	TECENTRIQ	39	<i>tizanidine</i>	57
STRIVERDI RESPIMAT	87	TECENTRIQ HYBREZA	39	TOBI PODHALER	4
SUBLOCADE	44	TECVAYLI	39	TOBRADEX	65
<i>subvenite</i>	48	TEFLARO	9	<i>tobramycin</i>	4, 64
SUCRAID	22	<i>telmisartan</i>	17	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	4
<i>sucralfate</i>	23	<i>telmisartan-amlodipine</i>	17	<i>tobramycin sulfate</i>	4
<i>sulfacetamide sodium</i>	66	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	17	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	65
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	68	TEMODAR	39	<i>tolterodine</i>	90
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	66	<i>temsirolimus</i>	39	<i>tolvaptan</i>	76
<i>sulfadiazine</i>	11	TENIVAC (PF)	26	<i>tolvaptan (polycys kidney dis)</i>	76
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	11	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	7	<i>topiramate</i>	48
<i>sulfasalazine</i>	22	TEPMETKO	39	<i>topotecan</i>	39
<i>sulindac</i>	45	<i>terazosin</i>	17	<i>toremifene</i>	39
<i>sumatriptan nasal</i>	57	<i>terbinafine hcl</i>	2	<i>torpenz</i>	39
<i>sumatriptan succinate</i>	57	<i>terbutaline</i>	87	<i>torsemide</i>	17
<i>sunitinib malate</i>	38	<i>terconazole</i>	63	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	79
SUNLENCA	7	<i>teriflunomide</i>	59	TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	79
<i>syeda</i>	61	<i>teriparatide</i>	83	TRADJENTA	80
SYLVANT	38	<i>testosterone</i>	75, 76	<i>tramadol</i>	45
SYMDEKO	87	<i>testosterone cypionate</i>	75	<i>tramadol-acetaminophen</i>	45
SYMLINPEN 120	79	<i>testosterone enanthate</i>	75	<i>trandolapril</i>	17
SYMLINPEN 60	79	<i>tetrabenazine</i>	59	<i>trandolapril-verapamil</i>	17
SYMPAZAN	48	<i>tetracycline</i>	11	<i>tranexamic acid</i>	63
SYMPROIC	22	TEVIMBRA	39	<i>tranylcypromine</i>	55
SYMTUZA	7	THALOMID	39	<i>travasol 10 %</i>	93
SYNAGIS	7	<i>theophylline</i>	88	<i>travoprost</i>	65
SYNJARDY	79	<i>thioridazine</i>	55	TRAZIMERA	39
SYNJARDY XR	79	<i>thiotepa</i>	39	<i>trazodone</i>	55
T		<i>thiothixene</i>	55	TRELEGY ELLIPTA	88
TABLOID	38	<i>tiadylt er</i>	17	TRELSTAR	39
TABRECTA	38	<i>tiagabine</i>	48	TREMFYA	70
<i>tacrolimus</i>	38, 73				
<i>tadalafil</i>	90				

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

TREMFYA ONE-PRESS	70	TYPHIM VI	26	VENCLEXTA STARTING	
TREMFYA PEN	70	TYVASO.....	88	PACK	40
TREMFYA PEN		TYVASO INSTITUTIONAL		<i>venlafaxine</i>	56
INDUCTION PK(2PEN) .	70	START KIT.....	88	<i>verapamil</i>	17
<i>treprostinil sodium</i>	17	TYVASO REFILL KIT.....	88	VERQUVO.....	13
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	39	TYVASO STARTER KIT ...	88	VERSACLOZ.....	56
<i>tretinoin topical</i>	73	U		VERZENIO	40
<i>triamcinolone acetonide</i> 60, 71,		UBRELVY	57	<i>vestura (28)</i>	62
74		ULTRA-FINE INSULIN		VIBATIV	5
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>		SYRINGE.....	90	VIBERZI	22
.....	17	<i>unithroid</i>	75	<i>vienva</i>	62
<i>tridacaine ii</i>	73	UNITUXIN	39	<i>vigabatrin</i>	48
<i>triderm</i>	71	UPTRAVI.....	17	<i>vigadrone</i>	48
<i>trientine</i>	67	<i>ursodiol</i>	22	<i>vigpoder</i>	48
<i>tri-estarylla</i>	62	UZEDY	55, 56	<i>vilazodone</i>	56
<i>trifluoperazine</i>	55	V		VIMIZIM.....	76
<i>trifluridine</i>	64	<i>valacyclovir</i>	7	VIMKUNYA	26
<i>trihexyphenidyl</i>	41	VALCHLOR	73	<i>vinblastine</i>	40
TRIJARDY XR.....	80	<i>valganciclovir</i>	7	<i>vincristine</i>	40
TRIKAFTA	88	<i>valproate sodium</i>	48	<i>vinorelbine</i>	40
<i>tri-legest fe</i>	62	<i>valproic acid</i>	48	<i>violele (28)</i>	62
<i>tri-linyah</i>	62	<i>valproic acid (as sodium salt)</i>		VIRACEPT.....	7
<i>tri-lo-estarylla</i>	62	.....	48	VIREAD	7
<i>tri-lo-marzia</i>	62	<i>valrubicin</i>	39	VITRAKVI.....	40
<i>tri-lo-sprintec</i>	62	<i>valsartan</i>	17	VIVITROL	45
<i>trimethoprim</i>	2	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>		VIVOTIF	26
<i>trimipramine</i>	55	.....	17	VIZIMPRO.....	40
TRINTELLIX.....	55	VALTOCO	48	VONJO	40
<i>tri-sprintec (28)</i>	62	<i>vancomycin</i>	4, 5	VORANIGO.....	40
TRIUMEQ.....	7	VANCOMYCIN IN 0.9 %		<i>voriconazole</i>	2
TRIUMEQ PD.....	7	SODIUM CHL	4	<i>voriconazole-hpbcd</i>	2
TRODELVY	39	VANFLYTA	39	VOSEVI	7
TROGARZO	7	VAQTA (PF).....	26	VOWST	22
TROPHAMINE 10 %	93	<i>varenicline tartrate</i>	66	VRAYLAR.....	56
<i>trospium</i>	90	VARIVAX (PF)	26	VUMERITY	59
TRULANCE.....	22	VARIZIG.....	26	VYLOY	40
TRULICITY.....	80	VARUBI.....	22	VYNDAMAX	13
TRUMENBA	26	VAXCHORA VACCINE....	26	VYNDAQEL.....	13
TRUQAP.....	39	VECTIBIX	40	VYVGART.....	57
TUKYSA.....	39	<i>veletri</i>	17	VYVGART HYTRULO	57
TURALIO	39	<i>velivet triphasic regimen (28)</i>		VYXEOS.....	40
<i>turqoz (28)</i>	62	.....	62	W	
TWINRIX (PF)	26	VELPHORO.....	67	<i>warfarin</i>	19
TYENNE	82	VELTASSA.....	67, 68	<i>water for irrigation, sterile</i> ...	68
TYENNE AUTOINJECTOR		VEMLIDY.....	7	WELIREG	40
.....	82	VENCLEXTA	40	<i>wera (28)</i>	62

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

<i>wescap-pn dha</i>	93	<i>xulane</i>	63	ZEPZELCA	41
<i>wixela inhub</i>	88	Y		<i>zidovudine</i>	8
WYOST.....	27	YERVOY	41	ZIIHERA	41
X		YESINTEK	70	<i>ziprasidone hcl</i>	56
XALKORI.....	40	YF-VAX (PF).....	26	<i>ziprasidone mesylate</i>	56
XARELTO	19	YONDELIS.....	41	ZIRABEV.....	41
XARELTO DVT-PE TREAT		YUFLYMA(CF).....	82, 83	ZIRGAN	64
30D START	19	YUFLYMA(CF) AI		ZOLADEx	41
XCOPRI	49	CROHN'S-UC-HS.....	82	<i>zoledronic acid</i>	76
XCOPRI MAINTENANCE		YUFLYMA(CF)		<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	
PACK	49	AUTOINJECTOR.....	82	.....	68
XCOPRI TITRATION PACK		<i>yuvafem</i>	63	ZOLINZA.....	41
.....	49	Z		<i>zolpidem</i>	56
XDEMvY	66	<i>zafemy</i>	63	ZONISADE	49
XELJANZ	82	<i>zafirlukast</i>	88	<i>zonisamide</i>	49
XELJANZ XR.....	82	<i>zaleplon</i>	56	<i>zovia 1-35 (28)</i>	62
XERMELO.....	40	ZALTRAP	41	ZTALMY	49
XGEVA.....	27	ZANOSAR	41	ZUBSOLV.....	45
XIAFLEX.....	68	ZEJULA	41	<i>zumandimine (28)</i>	62
XIFAXAN.....	5	ZELBORAF	41	ZURZUVAE.....	56
XIGDUO XR.....	80	<i>zenatane</i>	73	ZYDELIG.....	41
XIIDRA.....	66	ZENPEP	22	ZYKADIA.....	41
XOFLUZA	7	ZEPOSIA.....	59	ZYMFENTRA.....	22
XOLAIR.....	88	ZEPOSIA STARTER KIT (28-		ZYNLONTA	41
XOSPATA	40	DAY).....	59	ZYNYZ.....	41
XPOVIO.....	40	ZEPOSIA STARTER PACK		ZYPREXA RELPREVV	56
XTANDI.....	40	(7-DAY)	59		

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/13/2025.

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-362-2266. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-362-2266. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-362-2266。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-362-2266。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-362-2266. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-362-2266. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-362-2266 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-362-2266. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-362-2266 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-362-2266. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس بمساعدتك. هذه خدمة مجانية. سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1-800-362-2266 عليك سوى الاتصال بنا على

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-362-2266 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-362-2266. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-362-2266. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-362-2266. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-362-2266. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-362-2266 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

NOTICE OF NON-DISCRIMINATION

ElderServe MAP (HMO D-SNP) complies with Federal civil rights laws. **ElderServe MAP** does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ElderServe MAP provides the following:

- Free aids and services to people with disabilities to help you communicate with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose first language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call **ElderServe MAP** at 1-800 -362-2266. For TTY/TDD services, call 711.

If you believe that **ElderServe MAP** has not given you these services or treated you differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with **ElderServe MAP** by:

Mail: 80 West 225th Street, Bronx, New York 10463
Phone: (800) 362-2266 (for TTY/TDD services, call 711)
Fax: (888) 341-5009
In person: 80 West 225th Street, Bronx, New York 10463
Email: mltcqadept@elderservehealth.org

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by:

Web: Office for Civil Rights Complaint Portal at
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Mail: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Complaint forms are available at
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
Phone: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-362-2266 TTY:711	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-362-2266 TTY: 711.	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-362-2266 TTY: 711.	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم TTY:711 (رقم هاتف الصم والبكم 1-800-362-2266)	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-800-362-2266 TTY: 711.번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-362-2266 (телетайп: TTY: 711).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-362-2266 TTY: 711.	Italian
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-362-2266 TTY: 711.	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-362-2266 TTY: 711.	French Creole
אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-800-362-2266 TTY: 711.	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer (800) 362-2266 TTY: 711	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-362-2266 TTY: 711.	Tagalog
লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১১-৮০০-৩৬২-২২৬৬ TTY: 711.	Bengali
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-362-2266 TTY: 711.	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-362-2266 TTY: 711.	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 800-362-2266 TTY: 711	Urdu

ElderServe Health Plans

1-800-362-2266 (TTY/ TDD 711)

8 a.m. to 8 p.m. ET. – 7 days a week.

www.ElderServeHealthPlans.org