

Formulario de VillageHealth para 2026 (HMO POS C-SNP)

Lista de medicamentos cubiertos o “Lista de medicamentos”



Este formulario se actualizó el 04/01/2026. Para obtener información más reciente o si tiene preguntas, póngase en contacto con Servicios para Miembros de VillageHealth, al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (los mensajes recibidos en días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil). También puede visitar www.villagehealthca.com.

26C-FORVHSP

VillageHealth (HMO POS C-SNP)

Formulario para 2026 (Lista de medicamentos cubiertos o “Lista de medicamentos”)

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

26456, 15

Este formulario se actualizó el 04/01/2026. Para obtener información más reciente o si tiene preguntas, póngase en contacto con Servicios para Miembros de VillageHealth, al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., DE Lunes a viernes (los mensajes recibidos en días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil). También puede visitar www.villagehealthca.com.

Nota para miembros actuales: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía se incluyen los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) hace referencia a “nosotros” o “nuestro”, quiere decir SCAN Health Plan. Cuando se hace referencia al “plan” o a “nuestro plan”, quiere decir VillageHealth (HMO POS C-SNP).

Este documento incluye una Lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que está vigente desde abril de 2026. Para obtener una Lista de medicamentos (formulario) actualizada, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos (formulario), aparece en las páginas de portada y contraportada.

Por lo general, debe acudir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026 y de vez en cuando durante el año. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Puede solicitar que se le envíen los medicamentos con receta a su hogar a través de nuestro programa de entrega por correo de la red. La farmacia Express ScriptsSM es nuestra farmacia de pedido por correo preferida. Si bien puede surtir sus medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de pedido por correo de nuestra red, puede pagar menos en la farmacia de pedido por correo preferida. Por lo general, debería recibir sus medicamentos con receta dentro de los 14 días a partir del momento en que la farmacia de pedido por correo Express Scripts reciba el pedido. Si no recibe su(s) medicamento(s) con receta dentro de ese plazo, póngase en contacto con Servicios para Miembros de VillageHealth. Para las recetas de pedido por correo, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático comunicándose con la farmacia Express Scripts al 1-866-553-4125, las 24 horas, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede cancelar la inscripción de los envíos automáticos en cualquier momento.

VillageHealth (HMO POS C-SNP) es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en SCAN Health Plan depende de la renovación del contrato.

Y0057_SCAN_21815_2026_C

Fecha de la última actualización del formulario 04/01/2026

Tabla de contenidos

¿Qué es el formulario de VillageHealth?	III
¿Puede cambiar el formulario?.....	III
¿Cómo uso el formulario?	IV
¿Qué son los medicamentos genéricos?.....	V
¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?.....	V
¿Existe alguna restricción en mi cobertura?	V
¿Qué sucede si el medicamento no se incluye en el formulario?.....	VI
¿Cómo solicito una excepción al formulario de VillageHealth?.....	VI
¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o tiene una restricción?	VII
Para obtener más información.....	VII
Formulario de VillageHealth	X
Medicamentos del formulario organizados por clase terapéutica.....	1
Índice.....	55

¿Qué es el formulario de VillageHealth?

En este documento, usamos los términos Lista de medicamentos y formulario para hacer referencia a lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos elegidos por VillageHealth en consulta con un equipo de proveedores de atención médica que representa los medicamentos con receta necesarios para los tratamientos como parte de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, VillageHealth cubre los medicamentos que aparecen en nuestro formulario cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de VillageHealth y se respeten las demás normas del plan. Para obtener más información acerca de cómo surtir las recetas, revise la Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1 de enero, pero podemos añadir o retirar medicamentos del formulario durante el año, pasarlos a diferentes niveles de gastos compartidos o añadir nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare a la hora de hacer estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí:

www.villagehealthca.com/members/get-the-most-out-of-your-plan.

Cambios que pueden afectarle este año: En los siguientes casos, se verá afectado por cambios de cobertura durante el año:

- **Sustitución inmediata de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos retirar inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazamos con una determinada versión nueva de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de gastos compartidos o en uno menor y con las mismas restricciones o menos. Cuando añadimos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero cambiarlo inmediatamente a un nivel de gastos compartidos diferente o agregar nuevas restricciones.

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

Si actualmente toma el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le informemos por adelantado antes de hacer un cambio inmediato, pero más adelante le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos hecho.

Si implementamos dicho cambio, usted u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitar que hagamos una excepción y le sigamos cubriendo el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección a continuación, titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de VillageHealth?”

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

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si un medicamento es retirado de la venta por el fabricante, o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que debe ser retirado por motivos de seguridad o eficacia, podemos retirar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y después notificar a los/as miembros que lo toman.

- **Otros cambios.** Podemos realizar otros cambios que afecten a los/as miembros que toman actualmente un medicamento. Por ejemplo, podemos retirar un medicamento de marca del formulario al agregar un equivalente genérico o retirar un producto biológico original al agregar un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, o moverlo a un nivel de gastos compartidos diferente, o ambas opciones. Es posible que realicemos cambios según nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro formulario, añadimos una autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada a un medicamento, o si movemos un medicamento a un nivel de gastos compartidos más alto, debemos notificar a los/as miembros afectados sobre el cambio, al menos 30 días antes de que el cambio esté vigente. O bien, cuando un/a miembro solicita un resurtido del medicamento, puede recibir un suministro de 30 días del medicamento y un aviso del cambio.

Si implementamos estos cambios, usted u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitar que le hagamos una excepción y que le sigamos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le proporcionaremos también incluye información sobre cómo solicitar una excepción y, además, puede encontrar información en la sección a continuación, titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de VillageHealth?”

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario para 2026 que estaba cubierto al comienzo del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2026, excepto en los casos que se describieron anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles con los mismos gastos compartidos y sin nuevas restricciones para aquellos/as miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. No recibirá un aviso directo sobre los cambios que no le afecten este año. Sin embargo, dichos cambios podrían afectarle a partir del 1 de enero del próximo año, y es importante que revise el formulario del nuevo año de beneficios para ver los cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto está vigente desde abril de 2026. Para obtener información actualizada acerca de los medicamentos cubiertos por VillageHealth, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de portada y contraportada.

¿Cómo uso el formulario?

Existen dos maneras de buscar un medicamento dentro del formulario:

Afección médica

El formulario comienza en la página 1. En este formulario, los medicamentos se dividen en categorías según el tipo de afección médica que tratan. Por ejemplo, los medicamentos usados para tratar una afección cardíaca se indican en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página número 1. Luego, busque el nombre del medicamento debajo del nombre de la categoría.

Orden alfabético

Si no sabe en qué categoría buscar, debe buscar el medicamento en el Índice que comienza en la página 55. El Índice le proporciona una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos aparecen en el Índice. Busque su medicamento en el Índice. Al lado de medicamento, verá el número de página en donde puede encontrar la información de cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y busque el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

VillageHealth cubre medicamentos de marca y medicamentos genéricos. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprueba un medicamento genérico cuando considera que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien que los medicamentos de marca y, en general, cuestan menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos pueden sustituir al medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

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

En el formulario, cuando hablamos de medicamentos, podríamos hacer referencia a un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se llaman biosimilares. En general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

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

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** VillageHealth requiere que usted o la persona autorizada a dar recetas obtengan una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de VillageHealth antes de surtir sus medicamentos con receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que VillageHealth no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, VillageHealth limita la cantidad del medicamento que cubrirá VillageHealth. Por ejemplo, VillageHealth proporciona 30 comprimidos por receta para ramelteon. Esto puede ser un surtido adicional al suministro estándar de un mes o de tres meses.

Puede saber si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional buscando en el formulario que comienza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a los medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado un documento donde se explica nuestra restricción de autorización previa. Además, 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 portada y contraportada.

Puede solicitar a VillageHealth que haga una excepción a estas restricciones o estos límites o para una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección, “¿Cómo solicito una excepción al formulario de VillageHealth?” en la página VI para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

Fecha de la última actualización del formulario 04/01/2026

¿Qué sucede si el medicamento no se incluye en el formulario?

Si el medicamento que necesita no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe ponerse en contacto con Servicios para Miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si se entera que VillageHealth no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por VillageHealth. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico/a y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por VillageHealth.
- Puede pedirle a VillageHealth que realice una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de VillageHealth?

Puede solicitar a VillageHealth que realice una excepción a nuestras normas de cobertura. Existen diferentes tipos de excepciones que puede pedirnos que hagamos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento incluso si no figura en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de compartición de costo predeterminado y no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de gastos compartidos más bajo.
- Puede pedirnos que no apliquemos una restricción de cobertura, incluyendo la autorización previa, el requisito de probar primero otro medicamento o un límite de cantidad para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, VillageHealth limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que no apliquemos el límite y que cubramos un monto mayor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de gastos compartidos más bajo, a menos que el medicamento se encuentre entre los medicamentos de especialidad. Si se aprueba, esto disminuiría el monto que debe pagar por su medicamento.

Por lo general, VillageHealth solo aprobará su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento con menor gasto compartido o la aplicación de la restricción no resultaran tan eficaces para usted ni provocaran efectos adversos.

Usted o la persona autorizada a dar recetas deben ponerse en contacto con nosotros para solicitar una excepción al nivel de costos compartidos o al formulario, incluyendo una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicite una excepción, la persona autorizada a dar recetas deberá explicar los motivos médicos por los que necesita la excepción.** Por lo general, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de una persona autorizada a dar recetas. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si cree, y estamos de acuerdo, que su salud podría verse gravemente perjudicada si espera hasta 72 horas por una decisión. Si estamos de acuerdo, o si la persona autorizada a dar recetas solicita una decisión rápida, debemos comunicarle una decisión en un plazo máximo de 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de la persona autorizada a dar recetas.

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

Como miembro nuevo o actual de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no estén en nuestro formulario. O bien, puede estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario, pero que tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con la persona autorizada a dar recetas sobre solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubramos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico/a determinan el curso de acción correcto para usted, podemos cubrir el medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días tras convertirse en miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no estén en nuestro formulario o que tengan una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días si no se encuentra en un centro de atención médica a largo plazo, o un suministro de 31 días si es residente de un centro de atención médica a largo plazo. Si su receta está escrita por menos días, permitiremos resurtidos para proporcionar un suministro máximo de medicamentos para 30 días si no se encuentra en un centro de atención médica a largo plazo o un suministro de medicamentos para 31 días si es residente de un centro de atención médica a largo plazo. Si no se aprueba la cobertura, después de su primer suministro de 30 días, si no se encuentra en un centro de atención médica a largo plazo, o de un suministro de 31 días, si es residente de un centro de atención médica a largo plazo, no pagaremos por estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención médica a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario, o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada pero pasó los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de ese medicamento para 31 días mientras solicita una excepción al formulario.

Si es un/a miembro actual que se está cambiando a un nivel de atención diferente, es probable que le receten medicamentos que no están en nuestro formulario o que su capacidad para obtener los medicamentos sea limitada. En estos casos, tiene que hablar con su médico/a sobre los tratamientos alternativos adecuados que se encuentran disponibles en nuestro formulario. Si no hay tratamientos alternativos adecuados en nuestro formulario, usted o su médico/a pueden solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o retire las restricciones del medicamento. Mientras habla con su médico/a para determinar el curso de acción, es elegible para recibir un suministro de transición del medicamento de 30 días, si está pasando de un centro de atención médica a largo plazo o de una hospitalización a su hogar, o un suministro de transición del medicamento de 31 días, si está pasando de una hospitalización o de su hogar a un centro de atención médica a largo plazo.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura para medicamentos con receta de VillageHealth, revise su Evidencia de cobertura y el resto de los materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre el seguro VillageHealth, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de portada y contraportada.

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

Las tablas a continuación enumeran lo que pagará por compartir los costos de los medicamentos con receta cubiertos en las farmacias de nuestra red cuando se encuentre en la etapa de cobertura inicial. Para obtener más información sobre los costos de los medicamentos, incluido cualquier deducible que pueda aplicarse, consulte su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

El gasto compartido preferido es más bajo que el gasto compartido que pueda tener disponible para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red. Para obtener más información, visite nuestro directorio de farmacias en línea donde se pueden realizar búsquedas en www.villagehealthca.com o llame a Servicios para Miembros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de portada y contraportada.

Consulte la Evidencia de cobertura para obtener información sobre los costos en farmacias para cuidado a largo plazo (LTC) y farmacias fuera de la red.

Si recibe “Ayuda adicional”, su parte del costo para medicamentos con receta cubiertos puede variar según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba. Para obtener más información sobre los costos de los medicamentos, consulte la Cláusula adicional LIS.

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes, ni más de \$105 por un suministro para tres meses, de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de gasto compartido se encuentre, incluso si no ha pagado el deducible.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas por nuestro plan sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado el deducible.

VillageHealth (HMO POS C-SNP): Condado de Los Angeles

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$3	\$9
2	Medicamentos genéricos		\$1	\$3	\$6	\$18
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulina	\$35	\$105	\$35	\$105
		Otros medicamentos	25%	25%	25%	25%
4	Medicamentos no preferidos		25%	25%	25%	25%
5	Medicamentos de especialidad		25%	N/D	25%	N/D

VillageHealth (HMO POS C-SNP): Condados de Riverside y San Bernardino

Nivel del medicamento	Nombre del nivel		Minorista y de pedido por correo			
			Preferida		Estándar	
			Suministro para 30 días	Suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
1	Medicamentos genéricos preferidos		\$0	\$0	\$5	\$15
2	Medicamentos genéricos		\$2	\$6	\$7	\$21
3	Medicamentos de marca preferidos	Insulina	\$35	\$105	\$35	\$105
		Otros medicamentos	25%	25%	25%	25%
4	Medicamentos no preferidos		25%	25%	25%	25%
5	Medicamentos de especialidad		25%	N/D	25%	N/D

Formulario de VillageHealth

El formulario que comienza en la página 1 proporciona información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por VillageHealth. Si no encuentra el medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la página 55.

En la primera columna de la tabla aparece el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúscula (p. ej., JANUVIA) y los medicamentos genéricos aparecen en minúscula y cursiva (p. ej., *metformina*).

La información en la columna de Requisitos/limitaciones le indica si VillageHealth tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

- El símbolo **PA = autorización previa** indica que aplica una autorización previa.
- El símbolo **B vs D = B en comparación con D** indica que este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare según las circunstancias. Es posible que tenga que enviar información describiendo el uso y contexto del medicamento para tomar una decisión.
- El símbolo **QL = límite de cantidad** indica que las cantidades suministradas son limitadas.
- El símbolo **LD = distribución limitada** indica que aplica una distribución limitada. Es posible que este medicamento con receta esté disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte el directorio de farmacias o llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (los mensajes recibidos en días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil). También puede visitar www.villagehealthca.com.
- El símbolo **EDS = suministro extendido** indica que este medicamento está disponible para un suministro extendido con el servicio de pedido por correo y en muchas farmacias minoristas.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ANALGESICS		
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS		
<i>celecoxib</i>	2	EDS
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	EDS
<i>diclofenac sodium oral</i>	1	EDS
<i>diclofenac sodium topical drops</i>	4	QL (450 ML per 28 days); EDS
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump</i>	4	QL (224 GM per 28 days); EDS
<i>diflunisal</i>	2	EDS
<i>etodolac</i>	2	EDS
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	EDS
<i>ibuprofen oral suspension</i>	1	EDS
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	EDS
<i>indomethacin oral capsule</i>	2	EDS
<i>indomethacin oral capsule, extended release</i>	2	EDS
<i>ketorolac oral</i>	2	EDS
LODINE ORAL TABLET	2	EDS
<i>meloxicam oral tablet</i>	1	EDS
<i>nabumetone</i>	2	EDS
<i>naproxen oral tablet</i>	1	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	1	EDS
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	1	EDS
<i>piroxicam</i>	2	EDS
<i>sulindac</i>	2	EDS
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	3	QL (15 EA per 30 days); EDS
<i>methadone oral solution</i>	2	EDS
<i>methadone oral tablet</i>	2	EDS
<i>morphine oral tablet extended release</i>	3	QL (120 EA per 30 days); EDS
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr</i>	3	QL (30 EA per 30 days); EDS
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	2	QL (5000 ML per 30 days); EDS
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	2	QL (360 EA per 30 days); EDS
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days); EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>butorphanol nasal</i>	2	QL (10 ML per 30 days); EDS
<i>codeine sulfate</i>	2	EDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml</i>	3	QL (5500 ML per 30 days); EDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	2	QL (5500 ML per 30 days); EDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days); EDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	2	QL (360 EA per 30 days); EDS
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	2	QL (150 EA per 30 days); EDS
<i>hydromorphone oral liquid</i>	2	EDS
<i>hydromorphone oral tablet</i>	2	EDS
<i>morphine concentrate oral solution</i>	2	EDS
<i>morphine oral solution</i>	2	EDS
<i>morphine oral tablet</i>	2	EDS
<i>oxycodone oral capsule</i>	2	EDS
<i>oxycodone oral concentrate</i>	2	EDS
<i>oxycodone oral solution</i>	2	EDS
<i>oxycodone oral tablet</i>	2	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	3	QL (180 EA per 30 days); EDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	3	QL (360 EA per 30 days); EDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	3	QL (240 EA per 30 days); EDS
<i>tramadol oral tablet 100 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days); EDS
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	2	EDS
<i>tramadol-acetaminophen</i>	2	QL (240 EA per 30 days); EDS

ANESTHETICS

LOCAL ANESTHETICS

<i>lidocaine hcl solution 4 % (40 mg/ml)</i>	2	QL (50 ML per 30 days); EDS
<i>lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %</i>	3	PA; EDS
<i>lidocaine topical ointment</i>	4	QL (50 GM per 30 days); EDS
<i>lidocaine-prilocaine topical cream</i>	3	QL (30 GM per 30 days); EDS
<i>lidocan iii</i>	3	PA; EDS
<i>tridacaine ii</i>	3	PA; EDS

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

ALCOHOL DETERRENTS/ANTI-CRAVING

<i>acamprosate</i>	2	EDS
--------------------	---	-----

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>disulfiram</i>	2	EDS
<i>naltrexone</i>	1	EDS
OPIOID DEPENDENCE		
<i>buprenorphine hcl sublingual</i>	1	EDS
<i>buprenorphine-naloxone</i>	2	EDS
OPIOID REVERSAL AGENTS		
KLOXXADO	3	EDS
<i>naloxone injection solution</i>	2	EDS
<i>naloxone injection syringe</i>	2	EDS
OPVEE	4	EDS
REXTOVY	3	EDS
SMOKING CESSATION AGENTS		
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	2	EDS
NICOTROL NS	4	EDS
<i>varenicline tartrate</i>	4	EDS
ANTIBACTERIALS		
AMINOGLYCOSIDES		
<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i>	2	EDS
ARIKAYCE	5	PA
<i>gentamicin injection</i>	2	EDS
<i>gentamicin topical</i>	2	EDS
<i>neomycin</i>	2	EDS
STREPTOMYCIN	4	EDS
<i>tobramycin sulfate injection solution</i>	2	EDS
ANTIBACTERIALS, OTHER		
<i>aztreonam</i>	4	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY	3	EDS
<i>clindamycin hcl</i>	2	EDS
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	2	EDS
<i>clindamycin pediatric</i>	2	EDS
<i>clindamycin phosphate injection</i>	2	EDS
<i>clindamycin phosphate topical swab</i>	2	EDS
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	2	EDS
<i>colistimethate inj</i>	4	EDS
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 350 MG	5	
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	5	
<i>fosfomicin tromethamine</i>	4	EDS
IMPAVIDO	5	PA
<i>linezolid</i>	4	EDS
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	4	EDS
<i>methenamine hippurate</i>	2	EDS
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	2	EDS
<i>metronidazole oral capsule</i>	2	EDS
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	2	EDS
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	2	EDS
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	2	EDS
SIVEXTRO	5	
<i>tigecycline</i>	4	EDS
<i>tinidazole</i>	3	EDS
<i>trimethoprim</i>	2	EDS
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 500 mg, 750 mg</i>	3	EDS
<i>vancomycin oral</i>	4	EDS
<i>vandazole</i>	2	EDS
BETA-LACTAM, CEPHALOSPORINS		
<i>cefaclor oral capsule</i>	2	EDS
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml</i>	2	EDS
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr</i>	2	EDS
<i>cefadroxil oral capsule</i>	2	EDS
<i>cefadroxil oral tablet</i>	2	EDS
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg</i>	2	EDS
<i>cefazolin intravenous recon soln 10 gram</i>	2	EDS
<i>cefdinir</i>	2	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>cefepime injection</i>	2	EDS
<i>cefixime oral capsule</i>	3	EDS
<i>cefixime oral suspension for reconstitution</i>	4	EDS
<i>cefoxitin</i>	2	EDS
<i>cefepodoxime oral tablet</i>	2	EDS
<i>cefprozil</i>	2	EDS
<i>ceftazidime</i>	2	EDS
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	2	EDS
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	2	EDS
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	2	EDS
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram</i>	2	EDS
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	EDS
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution</i>	1	EDS
<i>tazicef injection</i>	2	EDS
TEFLARO	5	
BETA-LACTAM, PENICILLINS		
<i>amoxicillin oral capsule</i>	1	EDS
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution</i>	1	EDS
<i>amoxicillin oral tablet</i>	1	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	EDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution</i>	2	EDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</i>	2	EDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr</i>	2	EDS
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	2	EDS
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	2	EDS
<i>ampicillin-sulbactam injection</i>	2	EDS
BICILLIN L-A	4	EDS
<i>dicloxacillin</i>	2	EDS
<i>nafcillin injection</i>	4	EDS
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i>	2	EDS
<i>penicillin g sodium</i>	2	EDS
<i>penicillin v potassium</i>	2	EDS
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	3	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ZOSYN IN DEXTROSE (ISO-OSM) INTRAVENOUS PIGGYBACK 2.25 GRAM/50 ML	4	EDS
CARBAPENEMS		
<i>ertapenem</i>	4	EDS
<i>imipenem-cilastatin</i>	2	EDS
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	3	EDS
MACROLIDES		
<i>azithromycin intravenous</i>	2	EDS
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution</i>	2	EDS
<i>azithromycin oral tablet</i>	2	EDS
<i>clarithromycin</i>	2	EDS
DIFICID ORAL TABLET	5	QL (20 EA per 10 days)
ERYTHROCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	4	EDS
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i>	4	EDS
<i>erythromycin oral</i>	4	EDS
<i>fidaxomicin</i>	5	QL (20 EA per 10 days)
QUINOLONES		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml</i>	2	EDS
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	2	EDS
<i>levofloxacin oral solution</i>	2	EDS
<i>levofloxacin oral tablet</i>	1	EDS
<i>moxifloxacin oral</i>	2	EDS
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	4	EDS
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	2	EDS
SULFONAMIDES		
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	2	EDS
<i>sulfadiazine</i>	4	EDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension</i>	2	EDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet</i>	1	EDS
TETRACYCLINES		
<i>demeclocycline</i>	4	EDS
<i>doxy-100</i>	2	EDS
<i>doxycycline hyclate intravenous</i>	2	EDS
<i>doxycycline hyclate oral capsule</i>	2	EDS
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i>	2	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>doxycycline monohydrate oral capsule</i>	2	EDS
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution</i>	2	EDS
<i>doxycycline monohydrate oral tablet</i>	2	EDS
<i>minocycline oral capsule</i>	2	EDS
<i>minocycline oral tablet</i>	2	EDS
<i>tetracycline oral capsule</i>	3	EDS
ANTICONVULSANTS		
ANTICONVULSANTS, OTHER		
<i>BRIVIACT ORAL SOLUTION</i>	4	PA; EDS
<i>BRIVIACT ORAL TABLET</i>	5	PA
<i>EPIDIOLEX</i>	5	PA; LD
<i>felbamate oral suspension</i>	4	EDS
<i>felbamate oral tablet 400 mg</i>	2	EDS
<i>felbamate oral tablet 600 mg</i>	4	EDS
<i>FINTEPLA</i>	5	PA
<i>FYCOMPA</i>	4	PA; EDS
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	2	EDS
<i>levetiracetam oral tablet</i>	2	EDS
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr</i>	2	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
NAYZILAM	4	PA; EDS
<i>perampanel</i>	4	PA; EDS
<i>roweepra</i>	2	EDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG	4	EDS
<i>topiramate oral solution</i>	4	EDS
<i>valproic acid</i>	2	EDS
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	EDS
CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS		
<i>ethosuximide</i>	2	EDS
<i>methsuximide</i>	4	EDS
GAMMA-AMINO BUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
<i>clobazam oral suspension</i>	4	PA; EDS
<i>clobazam oral tablet</i>	4	PA; EDS
<i>clonazepam oral tablet</i>	3	EDS
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating</i>	4	EDS
DIACOMIT	5	PA
<i>diazepam rectal</i>	4	EDS
<i>divalproex</i>	2	EDS
<i>gabapentin oral capsule</i>	2	EDS
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	EDS
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	2	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>phenobarbital</i>	2	EDS
<i>pregabalin oral capsule</i>	2	EDS
<i>pregabalin oral solution</i>	2	EDS
PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG	3	EDS
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	2	EDS
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5	PA
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	PA; EDS
<i>tiagabine</i>	4	EDS
VALTOCO	4	PA; EDS
<i>vigabatrin</i>	5	LD
<i>vigadrone</i>	5	LD
VIGAFYDE	5	
ZTALMY	5	LD
SODIUM CHANNEL AGENTS		
APTIOM	5	PA
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr</i>	3	EDS
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	2	EDS
<i>carbamazepine oral tablet</i>	2	EDS
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr</i>	3	EDS
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	2	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
CARBAMAZEPINE ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MG	3	EDS
DILANTIN	3	EDS
DILANTIN EXTENDED	3	EDS
DILANTIN INFATABS	3	EDS
DILANTIN-125	3	EDS
<i>eslicarbazepine</i>	3	PA; EDS
<i>lacosamide oral</i>	4	EDS
<i>oxcarbazepine oral suspension</i>	4	EDS
<i>oxcarbazepine oral tablet</i>	2	EDS
PHENYTEK	2	EDS
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	2	EDS
<i>phenytoin oral tablet,chewable</i>	2	EDS
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	2	EDS
<i>rufinamide</i>	4	PA; EDS
TEGRETOL ORAL SUSPENSION	3	EDS
TEGRETOL ORAL TABLET	3	EDS
TEGRETOL XR	3	EDS
TRILEPTAL	4	EDS
XCOPRI	5	PA
XCOPRI MAINTENANCE PACK	5	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)-25 MG (14)	4	PA; EDS
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)-200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	5	PA
ZONISADE	4	EDS
<i>zonisamide</i>	2	EDS

ANTIDEMENTIA AGENTS

CHOLINESTERASE INHIBITORS

<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	EDS
<i>donepezil oral tablet,disintegrating</i>	2	EDS
<i>galantamine oral capsule,ext rel.pellets 24 hr</i>	2	QL (30 EA per 30 days); EDS
<i>galantamine oral solution</i>	4	QL (200 ML per 30 days); EDS
<i>galantamine oral tablet</i>	2	QL (60 EA per 30 days); EDS
<i>rivastigmine</i>	4	QL (30 EA per 30 days); EDS
<i>rivastigmine tartrate</i>	3	QL (60 EA per 30 days); EDS

N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST

<i>memantine oral solution</i>	4	EDS
<i>memantine oral tablet</i>	2	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
MEMANTINE ORAL TABLETS,DOSE PACK	4	EDS

ANTIDEPRESSANTS

ANTIDEPRESSANTS, OTHER

AUVELITY	5	
<i>bupropion hcl oral tablet</i>	2	EDS
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	2	EDS
BUPROPION HCL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 450 MG	3	EDS
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr</i>	2	EDS
EXXUA	5	PA
<i>mirtazapine</i>	1	EDS
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	4	PA; EDS
ZURZUVAE	5	PA

MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS

EMSAM	5	
MARPLAN	4	EDS
<i>phenelzine</i>	2	EDS
<i>tranylcypromine</i>	4	EDS

SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS/SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>citalopram oral solution</i>	2	EDS
<i>citalopram oral tablet</i>	1	EDS
DESVENLAFAXINE	4	EDS
<i>desvenlafaxine succinate</i>	3	EDS
DRIZALMA SPRINKLE	4	EDS
ESCITALOPRAM OXALATE ORAL CAPSULE	4	EDS
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	2	EDS
<i>escitalopram oxalate oral tablet</i>	2	EDS
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	4	EDS
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTEND ED RELEASE 24 HR	4	EDS
<i>fluoxetine (pmdd)</i>	2	EDS
<i>fluoxetine oral capsule</i>	2	EDS
<i>fluoxetine oral solution</i>	2	EDS
<i>fluoxetine oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	EDS
<i>fluvoxamine oral tablet</i>	2	EDS
<i>nefazodone</i>	2	EDS
<i>paroxetine hcl oral suspension</i>	4	EDS
<i>paroxetine hcl oral tablet</i>	1	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr</i>	4	EDS
RALDESY	4	PA; EDS
<i>sertraline oral concentrate</i>	2	EDS
<i>sertraline oral tablet</i>	1	EDS
<i>trazodone</i>	1	EDS
TRINTELLIX	4	EDS
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr</i>	2	EDS
<i>venlafaxine oral tablet</i>	2	EDS
<i>vilazodone</i>	3	EDS
TRICYCLICS		
<i>amitriptyline</i>	4	PA; EDS
<i>amoxapine</i>	3	EDS
<i>clomipramine</i>	4	PA; EDS
<i>desipramine</i>	4	PA; EDS
<i>doxepin oral capsule</i>	4	PA; EDS
<i>doxepin oral concentrate</i>	4	PA; EDS
<i>imipramine hcl</i>	4	PA; EDS
<i>nortriptyline</i>	4	EDS
<i>protriptyline</i>	3	EDS
<i>trimipramine</i>	2	EDS
ANTIEMETICS		
ANTIEMETICS, OTHER		
<i>compro</i>	4	EDS
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	2	EDS
<i>prochlorperazine</i>	4	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>prochlorperazine maleate</i>	2	EDS
<i>promethazine oral</i>	2	EDS
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	3	EDS
<i>promethegan rectal suppository 25 mg, 50 mg</i>	4	EDS
<i>scopolamine base</i>	3	EDS
EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 80 mg</i>	4	PA; EDS
<i>aprepitant oral capsule, dose pack</i>	4	PA; EDS
<i>dronabinol</i>	4	PA; EDS
<i>granisetron hcl oral</i>	2	B vs D; EDS
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	2	B vs D; EDS
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	2	B vs D; EDS
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	2	B vs D; EDS
ANTIFUNGALS		
ANTIFUNGALS		
AMBISOME	5	B vs D
<i>amphotericin b</i>	2	B vs D; EDS
<i>amphotericin b liposome</i>	5	B vs D
<i>caspofungin</i>	4	EDS
<i>clotrimazole troche</i>	2	EDS
<i>clotrimazole topical</i>	2	EDS
CRESEMBA ORAL	5	PA

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>econazole nitrate topical cream</i>	4	EDS
<i>fluconazole</i>	2	EDS
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	2	EDS
<i>flucytosine</i>	5	
<i>griseofulvin microsize</i>	4	EDS
<i>itraconazole</i>	4	EDS
<i>ketoconazole oral</i>	2	EDS
<i>ketoconazole topical cream</i>	2	EDS
<i>ketoconazole topical shampoo</i>	2	EDS
<i>micafungin</i>	4	EDS
<i>nyamyc</i>	2	EDS
<i>nystatin oral suspension</i>	2	EDS
<i>nystatin oral tablet</i>	2	EDS
<i>nystatin topical</i>	2	EDS
<i>nystop</i>	2	EDS
<i>posaconazole oral suspension</i>	4	PA; EDS
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	5	PA
<i>terbinafine hcl oral</i>	2	EDS
<i>terconazole</i>	2	EDS
<i>voriconazole intravenous</i>	5	PA
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution</i>	5	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>voriconazole oral tablet</i>	4	EDS

ANTIGOUT AGENTS

ANTIGOUT AGENTS

<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	EDS
<i>colchicine oral tablet</i>	3	QL (120 EA per 30 days); EDS
<i>febuxostat</i>	3	EDS
<i>probenecid</i>	2	EDS
<i>probenecid-colchicine</i>	2	EDS

ANTIMIGRAINE AGENTS

CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAGONISTS

AIMOVIG AUTOINJECTOR	3	PA; EDS
EMGALITY PEN	3	PA; EDS
EMGALITY SYRINGE	3	PA; EDS
NURTEC ODT	3	PA; EDS
UBRELVY	3	PA; EDS

ERGOT ALKALOIDS

<i>dihydroergotamine nasal</i>	5	PA; QL (8 ML per 30 days)
ERGOMAR	3	EDS
<i>ergotamine-caffeine</i>	3	EDS

PROPHYLACTIC

EPRONTIA	4	EDS
<i>timolol maleate oral</i>	1	EDS
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	2	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
TOPIRAMATE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 50 MG	4	EDS
<i>topiramate oral tablet</i>	2	EDS

SEROTONIN (5-HT) RECEPTOR AGONIST

<i>naratriptan</i>	2	QL (8 EA per 30 days); EDS
<i>rizatriptan</i>	2	EDS
<i>sumatriptan</i>	4	EDS
<i>sumatriptan succinate oral</i>	2	EDS
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i>	4	EDS
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i>	4	EDS
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg</i>	3	QL (12 EA per 30 days); EDS
<i>zolmitriptan oral tablet 5 mg</i>	3	QL (6 EA per 30 days); EDS
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg</i>	3	QL (12 EA per 30 days); EDS
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 5 mg</i>	3	QL (6 EA per 30 days); EDS

ANTIMYASTHENIC AGENTS

PARASYMPATHOMIMETICS

<i>pyridostigmine bromide oral syrup</i>	4	EDS
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	3	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i>	4	EDS

ANTIMYCOBACTERIALS

ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER

<i>dapsone oral</i>	3	EDS
<i>rifabutin</i>	4	EDS

ANTITUBERCULARS

<i>ethambutol</i>	2	EDS
<i>isoniazid oral</i>	2	EDS
PRIFTIN	4	EDS
<i>pyrazinamide</i>	4	EDS
<i>rifampin</i>	2	EDS
SIRTURO	5	

ANTINEOPLASTICS

ALKYLATING AGENTS

<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	3	B vs D; EDS
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET	3	B vs D; EDS
GLEOSTINE	4	EDS
LEUKERAN	5	PA
<i>lomustine</i>	4	EDS
MATULANE	5	
VALCHLOR	5	PA

ANTIANDROGENS

<i>abiraterone</i>	5	PA
<i>abirtega</i>	4	PA; EDS
<i>bicalutamide</i>	2	EDS
ERLEADA	5	PA
EULEXIN	5	PA

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>nilutamide</i>	5	
NUBEQA	5	PA; LD
XTANDI	5	PA
ANTIANGIOGENIC AGENTS		
<i>lenalidomide</i>	5	PA; LD
POMALYST	5	PA; LD
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	5	PA
ANTIESTROGENS/MODIFIERS		
INLURIYO	5	PA
ORSERDU	5	PA
SOLTAMOX	5	
<i>tamoxifen</i>	2	EDS
<i>toremifene</i>	5	
ANTIMETABOLITES		
<i>hydroxyurea</i>	2	EDS
<i>mercaptopurine oral suspension</i>	5	
<i>mercaptopurine oral tablet</i>	2	EDS
TABLOID	4	PA; EDS
ANTINEOPLASTICS, OTHER		
AKEEGA	5	PA; LD
AVMAPKI-FAKZYNJA	5	PA
IBRANCE ORAL TABLET	5	PA
INREBIC	5	PA; LD
ITOVEBI	5	PA
IWILFIN	5	PA; LD

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG, 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA
LAZCLUZE	5	PA; LD
LONSURF	5	PA
LYSODREN	5	
MODEYSO	5	PA
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	5	PA
ONUREG	5	PA
REVUFORJ	5	PA
VONJO	5	PA
ZOLINZA	5	PA
AROMATASE INHIBITORS, 3RD GENERATION		
<i>anastrozole</i>	2	EDS
<i>exemestane</i>	3	EDS
<i>letrozole</i>	2	EDS
MOLECULAR TARGET INHIBITORS		
ALECENSA	5	PA
ALUNBRIG	5	PA
AUGTYRO	5	PA
AYVAKIT	5	PA; LD
BALVERSA	5	PA
BOSULIF	5	PA
BRAFTOVI	5	PA; LD

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
BRUKINSA ORAL TABLET	5	PA; LD
CABOMETYX	5	PA
CALQUENCE	5	PA; LD
CAPRELSA	5	PA
COMETRIQ	5	PA
COPIKTRA	5	PA; LD
COTELLIC	5	PA
DANZITEN	5	PA
<i>dasatinib</i>	5	PA
DAURISMO	5	PA
ENSACOVE	5	PA; LD
ERIVEDGE	5	PA
<i>erlotinib</i>	5	PA
<i>everolimus (antineoplastic)</i>	5	PA
FOTIVDA	5	PA; LD
FRUZAQLA	5	PA
GAVRETO	5	PA; LD
<i>gefitinib</i>	5	PA
GILOTRIF	5	PA
GOMEKLI	5	PA
HERNEXEOS	5	PA
HYRNUO	5	PA
IBRANCE ORAL CAPSULE	5	PA
IBTROZI	5	PA
ICLUSIG	5	PA
IDHIFA	5	PA; LD
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	4	PA; EDS
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	5	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
IMBRUVICA ORAL CAPSULE	5	PA
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION	5	PA
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	5	PA
IMKELDI	5	PA
INLYTA	5	PA
INQOVI	5	PA
JAKAFI	5	PA
JAYPIRCA	5	PA
KISQALI	5	PA
KOSELUGO	5	PA
KRAZATI	5	PA
<i>lapatinib</i>	5	PA
LENVIMA	5	PA
LORBRENA	5	PA
LUMAKRAS	5	PA
LYNPARZA	5	PA
LYTGOBI	5	PA; LD
MEKINIST	5	PA
MEKTOVI	5	PA; LD
NERLYNX	5	PA; LD
<i>nilotinib hcl</i>	5	PA
NINLARO	5	PA
ODOMZO	5	PA
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	5	PA
OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5)	5	PA
OJJAARA	5	PA

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i>	5	PA
PEMAZYRE	5	PA; LD
PIQRAY	5	PA
QINLOCK	5	PA; LD
RETEVMO ORAL TABLET	5	PA; LD
REZLIDHIA	5	PA
ROMVIMZA	5	PA; LD
ROZLYTREK	5	PA
RUBRACA	5	PA; LD
RYDAPT	5	PA
SCEMBLIX	5	PA
<i>sorafenib</i>	5	PA
STIVARGA	5	PA
<i>sunitinib malate</i>	5	PA
TABRECTA	5	PA
TAFINLAR	5	PA
TAGRISSO	5	PA
TALZENNA	5	PA
TASIGNA	5	PA
TAZVERIK	5	PA; LD
TEPMETKO	5	PA; LD
TIBSOVO	5	PA
<i>torpenz</i>	5	PA
TRUQAP	5	PA
TUKYSA	5	PA; LD
TURALIO	5	PA; LD
VANFLYTA	5	PA
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 50 MG	3	PA; EDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA
VERZENIO	5	PA; LD
VITRAKVI	5	PA; LD
VIZIMPRO	5	PA
XALKORI	5	PA
XOSPATA	5	PA; LD
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5	PA; LD
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	5	PA
ZEJULA ORAL TABLET	5	PA; LD
ZELBORAF	5	PA
ZYDELIG	5	PA
ZYKADIA	5	PA
RETINOIDS		
<i>bexarotene</i>	5	PA
PANRETIN	5	
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	5	
TREATMENT ADJUNCTS		

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>leucovorin calcium oral</i>	2	EDS
<i>mesna oral</i>	4	EDS
VORANIGO	5	PA

ANTIPARASITICS

ANTHELMINTICS

<i>albendazole</i>	4	EDS
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	2	EDS
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>	3	EDS
<i>praziquantel</i>	4	EDS

ANTIPROTOZOALS

<i>atovaquone</i>	4	EDS
<i>atovaquone-proguanil</i>	2	EDS
<i>chloroquine phosphate</i>	2	EDS
COARTEM	3	EDS
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	2	EDS
<i>mefloquine</i>	2	EDS
NEBUPENT	4	B vs D; EDS
<i>nitazoxanide</i>	5	
<i>pentamidine inhalation</i>	3	B vs D; EDS
<i>pentamidine injection</i>	4	EDS
PRIMAQUINE	3	EDS
<i>pyrimethamine</i>	5	PA
<i>quinine sulfate</i>	3	PA; EDS

ANTIPARKINSON AGENTS

ANTICHOLINERGICS

<i>benztropine oral</i>	4	PA; EDS
-------------------------	---	---------

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>trihexyphenidyl</i>	3	EDS

ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER

<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	4	EDS
<i>entacapone</i>	4	EDS

DOPAMINE AGONISTS

<i>apomorphine</i>	5	PA
<i>bromocriptine</i>	2	EDS
NEUPRO	4	QL (30 EA per 30 days); EDS
<i>pramipexole oral tablet</i>	2	EDS
<i>ropinirole oral tablet</i>	2	EDS

DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS

<i>carbidopa</i>	4	EDS
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i>	2	EDS
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release</i>	2	EDS
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating</i>	2	EDS

MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS

<i>rasagiline</i>	4	EDS
<i>selegiline hcl</i>	2	EDS

ANTIPSYCHOTICS

1ST GENERATION/TYPICAL

<i>chlorpromazine oral</i>	4	PA; EDS
<i>fluphenazine decanoate</i>	4	EDS
<i>fluphenazine hcl</i>	4	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>haloperidol</i>	2	EDS
<i>haloperidol decanoate</i>	2	EDS
<i>haloperidol lactate injection</i>	2	EDS
<i>haloperidol lactate oral</i>	2	EDS
<i>loxapine succinate</i>	2	EDS
<i>molindone</i>	2	EDS
<i>perphenazine</i>	4	EDS
<i>pimozide</i>	2	EDS
<i>thioridazine</i>	2	EDS
<i>thiothixene</i>	2	EDS
<i>trifluoperazine</i>	2	EDS
2ND GENERATION/ATYPICAL		
ABILIFY ASIMTUFII	5	
ABILIFY MAINTENA	5	
<i>aripiprazole oral solution</i>	3	EDS
<i>aripiprazole oral tablet</i>	3	EDS
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating</i>	4	EDS
ARISTADA	5	
ARISTADA INITIO	4	EDS
<i>asenapine maleate</i>	4	EDS
CAPLYTA	5	PA
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5 ML, 351 MG/2.25 ML, 78 MG/0.5 ML	5	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	4	EDS
FANAPT	4	PA; EDS
FANAPT TITRATION PACK A	4	PA; EDS
INVEGA HAFYERA	5	
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML	5	
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	4	EDS
INVEGA TRINZA	5	
<i>lurasidone</i>	4	EDS
NUPLAZID	5	PA
<i>olanzapine intramuscular</i>	2	EDS
<i>olanzapine oral tablet</i>	2	EDS
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating</i>	4	EDS
OPIPZA	5	
<i>paliperidone</i>	4	EDS
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	2	EDS
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr</i>	3	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
REXULTI ORAL TABLET	5	
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extende d rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml</i>	4	EDS
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extende d rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i>	5	
<i>risperidone oral solution</i>	2	EDS
<i>risperidone oral tablet</i>	2	EDS
<i>risperidone oral tablet, disintegrating</i>	2	EDS
SECUADO	5	PA
VRAYLAR ORAL CAPSULE	4	EDS
<i>ziprasidone hcl</i>	2	EDS
<i>ziprasidone mesylate</i>	3	EDS
TREATMENT-RESISTANT		
<i>clozapine oral tablet</i>	3	EDS
<i>clozapine oral tablet, disintegrating</i>	4	EDS
VERSACLOZ	5	
ANTISPASTICITY AGENTS		
ANTISPASTICITY AGENTS		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	EDS
<i>tizanidine oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	3	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>tizanidine oral tablet</i>	2	EDS
ANTIVIRALS		
ANTI-CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AGENTS		
LIVTENCITY	5	PA; QL (120 EA per 30 days); LD
PREVYMIS ORAL PELLETS IN PACKET	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
PREVYMIS ORAL TABLET	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>valganciclovir oral recon soln</i>	4	EDS
<i>valganciclovir oral tablet</i>	3	EDS
ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS		
<i>adefovir</i>	4	EDS
BARACLUDE ORAL SOLUTION	4	EDS
<i>entecavir</i>	4	EDS
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	3	EDS
VEMLIDY	5	
ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS		
EPCLUSA	5	PA
HARVONI	5	PA
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	5	PA
<i>ribavirin oral capsule</i>	3	EDS
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	3	EDS
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	5	PA
VOSEVI	5	PA

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ANTIHERPETIC AGENTS		
<i>acyclovir oral capsule</i>	2	EDS
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	4	EDS
<i>acyclovir oral tablet</i>	2	EDS
<i>acyclovir sodium intravenous solution</i>	2	B vs D; EDS
<i>famciclovir</i>	2	EDS
<i>valacyclovir</i>	2	EDS
ANTI-HIV AGENTS, INTEGRASE INHIBITORS (INSTI)		
BIKTARVY	5	
DOVATO	5	
GENVOYA	5	
ISENTRESS HD	5	
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET	5	
ISENTRESS ORAL TABLET	5	
ISENTRESS ORAL TABLET, CHEWABLE 100 MG	5	
ISENTRESS ORAL TABLET, CHEWABLE 25 MG	3	EDS
JULUCA	5	
STRIBILD	5	
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG	5	
TIVICAY PD	4	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI)		
COMPLERA	5	
DELSTRIGO	5	
EDURANT	5	
EDURANT PED	4	EDS
<i>efavirenz oral tablet</i>	4	EDS
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir</i>	4	EDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	
<i>emtricitabin- rilpivirine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	
<i>etravirine oral tablet 100 mg</i>	4	EDS
<i>etravirine oral tablet 200 mg</i>	5	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	EDS
<i>nevirapine oral suspension</i>	4	EDS
<i>nevirapine oral tablet</i>	2	EDS
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	4	EDS
PIFELTRO	5	
ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI)		
<i>abacavir</i>	4	EDS
<i>abacavir-lamivudine</i>	4	EDS
CIMDUO	5	

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
DESCOVY	5	
<i>emtricitabine</i>	4	EDS
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	4	EDS
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 133-200 mg</i>	5	
EMTRIVA ORAL SOLUTION	4	EDS
<i>lamivudine oral solution</i>	2	EDS
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	3	EDS
<i>lamivudine-zidovudine</i>	3	EDS
ODEFSEY	5	
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	EDS
TRIUMEQ	5	
TRIUMEQ PD	4	EDS
VIREAD ORAL POWDER	4	EDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	
<i>zidovudine</i>	2	EDS
ANTI-HIV AGENTS, OTHER		
<i>maraviroc</i>	5	
RUKOBIA	5	
SELZENTRY ORAL SOLUTION	3	EDS
SUNLENCA ORAL	5	
TYBOST	3	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ANTI-HIV AGENTS, PROTEASE INHIBITORS (PI)		
APTIVUS	5	
<i>atazanavir</i>	4	EDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	4	EDS
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	5	
EVOTAZ	5	
<i>fosamprenavir</i>	5	
KALETRA ORAL SOLUTION	4	EDS
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet</i>	4	EDS
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET	3	EDS
PREZCOBIX	5	
PREZISTA ORAL SUSPENSION	4	EDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	4	EDS
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET	5	
<i>ritonavir</i>	3	EDS
SYMTUZA	5	
VIRACEPT ORAL TABLET	5	
ANTI-INFLUENZA AGENTS		
<i>amantadine hcl</i>	2	EDS
<i>oseltamivir oral capsule</i>	2	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution</i>	3	EDS
RELENZA DISKHALER	3	EDS
<i>rimantadine</i>	2	EDS
XOFLUZA ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	4	EDS

ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS

LAGEVRIO (EUA)	4	EDS
PAXLOVID	3	EDS

ANXIOLYTICS

ANXIOLYTICS, OTHER

<i>bupirone</i>	2	EDS
<i>meprobamate</i>	4	EDS

BENZODIAZEPINES

<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days); EDS
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (150 EA per 30 days); EDS
<i>clorazepate dipotassium</i>	4	EDS
<i>diazepam intensol</i>	4	PA; EDS
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	4	PA; EDS
<i>diazepam oral tablet</i>	3	PA; EDS
<i>lorazepam intensol</i>	3	EDS
<i>lorazepam oral tablet</i>	2	EDS

BIPOLAR AGENTS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
MOOD STABILIZERS		
<i>lamotrigine oral tablet</i>	2	EDS
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible</i>	2	EDS
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating</i>	4	EDS
<i>lithium carbonate</i>	2	EDS
<i>lithium citrate</i>	2	EDS
SUBVENITE ORAL SUSPENSION	4	EDS
<i>subvenite oral tablet</i>	2	EDS

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ANTIDIABETIC AGENTS

<i>acarbose</i>	2	EDS
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	EDS
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	EDS
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr</i>	1	EDS
<i>glipizide-metformin</i>	1	EDS
GLYXAMBI	3	QL (30 EA per 30 days); EDS
JANUMET	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	3	QL (30 EA per 30 days); EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
JANUVIA	3	QL (30 EA per 30 days); EDS
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	3	QL (30 EA per 30 days); EDS
<i>liraglutide</i>	4	PA; QL (9 ML per 30 days); EDS
<i>metformin oral tablet 1,000 mg, 500 mg, 850 mg</i>	1	EDS
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr</i>	1	EDS
MOUNJARO	3	PA; QL (2 ML per 30 days); EDS
<i>nateglinide</i>	2	EDS
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)	3	PA; QL (3 ML per 30 days); EDS
<i>pioglitazone</i>	1	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>pioglitazone-glimepiride</i>	2	QL (30 EA per 30 days); EDS
<i>pioglitazone-metformin</i>	2	EDS
<i>repaglinide</i>	2	EDS
RYBELSUS	3	PA; QL (30 EA per 30 days); EDS
<i>saxagliptin</i>	3	QL (30 EA per 30 days); EDS
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 5-1,000 mg, 5-500 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days); EDS
SOLQUA 100/33	3	EDS
SYNJARDY	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	3	QL (30 EA per 30 days); EDS
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
TRADJENTA	3	QL (30 EA per 30 days); EDS
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30 EA per 30 days); EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
TRULICITY	3	PA; QL (2 ML per 30 days); EDS
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	3	QL (30 EA per 30 days); EDS
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
GLYCEMIC AGENTS		
<i>diazoxide</i>	5	
<i>glucagon emergency kit (human)</i>	3	EDS
GVOKE	3	EDS
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	EDS
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	3	EDS
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR	3	EDS
ZEGALOGUE SYRINGE	3	EDS
INSULINS		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	3	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
FIASP PENFILL U-100 INSULIN	3	EDS
FIASP U-100 INSULIN	3	EDS
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	3	EDS
HUMALOG KWIKPEN INSULIN	3	EDS
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	3	EDS
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3	EDS
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN	3	EDS
HUMALOG U-100 INSULIN	3	EDS
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN	3	EDS
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	3	EDS
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN	3	EDS
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN	3	EDS
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN	3	EDS
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN	3	EDS
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	3	EDS
INSULIN LISPRO	3	EDS
INSULIN LISPRO PROTAMIN-LISPRO	3	EDS
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	3	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
LANTUS U-100 INSULIN	3	EDS
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN	3	EDS
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN	3	EDS
LYUMJEV U-100 INSULIN	3	EDS
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN	3	EDS
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100	3	EDS
NOVOLIN N FLEXPEN	3	EDS
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	3	EDS
NOVOLIN R FLEXPEN	3	EDS
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN	3	EDS
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN	3	EDS
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN	3	EDS
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN U-100	3	EDS
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN	3	EDS
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART	3	EDS
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	3	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	3	EDS
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	3	EDS
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	3	EDS
TRESIBA U-100 INSULIN	3	EDS

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ANTICOAGULANTS

<i>dabigatran etexilate</i>	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	3	QL (74 EA per 180 days); EDS
ELIQUIS ORAL TABLET	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i>	4	EDS
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	5	
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/0.4 ml</i>	4	EDS
<i>heparin (porcine) injection solution</i>	2	B vs D; EDS
<i>jantoven</i>	1	EDS
<i>rivaroxaban oral suspension for reconstitution</i>	3	QL (775 ML per 30 days); EDS
<i>rivaroxaban oral tablet</i>	3	QL (60 EA per 30 days); EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>warfarin</i>	1	EDS
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	3	QL (51 EA per 180 days); EDS
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	3	QL (775 ML per 30 days); EDS
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	3	QL (30 EA per 30 days); EDS
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS, OTHER		
<i>anagrelide</i>	2	EDS
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet</i>	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
FULPHILA	5	PA
NIVESTYM	5	PA
NYVEPRIA	5	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA; EDS
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	5	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET	5	PA; QL (180 EA per 30 days); LD
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days); LD
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days); LD
RELEUKO SUBCUTANEOUS	4	PA; EDS
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	3	PA; EDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	5	PA
UDENYCA	5	PA
UDENYCA AUTOINJECTOR	5	PA
HEMOSTASIS AGENTS		
<i>tranexamic acid oral</i>	3	EDS
PLATELET MODIFYING AGENTS		
<i>aspirin-dipyridamole</i>	4	EDS
<i>cilostazol</i>	2	EDS
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	1	EDS
<i>dipyridamole oral</i>	2	EDS
<i>prasugrel hcl</i>	2	EDS
<i>ticagrelor</i>	3	EDS

CARDIOVASCULAR AGENTS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS		
<i>clonidine</i>	4	EDS
<i>clonidine hcl oral tablet</i>	1	EDS
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	4	PA; EDS
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	5	PA
<i>guanfacine oral tablet</i>	2	EDS
<i>midodrine</i>	3	EDS
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>candesartan</i>	2	EDS
<i>irbesartan</i>	1	EDS
<i>losartan</i>	1	EDS
<i>olmesartan</i>	2	EDS
<i>telmisartan</i>	2	EDS
<i>valsartan oral tablet</i>	1	EDS
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS		
<i>benazepril</i>	1	EDS
<i>captopril</i>	1	EDS
<i>enalapril maleate oral tablet</i>	1	EDS
<i>fosinopril</i>	1	EDS
<i>lisinopril</i>	1	EDS
<i>moexipril</i>	1	EDS
<i>perindopril erbumine</i>	1	EDS
<i>quinapril</i>	1	EDS
<i>ramipril</i>	1	EDS
<i>trandolapril</i>	1	EDS
ANTIARRHYTHMICS		

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>amiodarone oral</i>	2	EDS
<i>digoxin oral solution</i>	2	EDS
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	2	EDS
<i>disopyramide phosphate oral capsule</i>	4	EDS
<i>dofetilide</i>	4	EDS
<i>flecainide</i>	2	EDS
LANOXIN ORAL	3	EDS
<i>mexiletine</i>	2	EDS
MULTAQ	3	EDS
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	2	EDS
<i>propafenone oral tablet</i>	2	EDS
<i>quinidine gluconate oral</i>	4	EDS
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	2	EDS
<i>sotalol af</i>	2	EDS
<i>sotalol oral</i>	2	EDS
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>acebutolol</i>	2	EDS
<i>atenolol</i>	1	EDS
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	EDS
<i>carvedilol</i>	1	EDS
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	EDS
<i>metoprolol succinate</i>	2	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	EDS
<i>nadolol</i>	2	EDS
<i>nebivolol</i>	2	EDS
<i>pindolol</i>	2	EDS
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr</i>	2	EDS
<i>propranolol oral solution</i>	2	EDS
<i>propranolol oral tablet</i>	1	EDS

CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, DIHYDROPYRIDINES

<i>amlodipine</i>	1	EDS
<i>felodipine</i>	2	EDS
<i>isradipine</i>	2	EDS
<i>nicardipine oral</i>	2	EDS
<i>nifedipine</i>	2	EDS
<i>nimodipine oral capsule</i>	4	EDS

CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES

<i>cartia xt</i>	2	EDS
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr</i>	2	EDS
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i>	2	EDS
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>diltiazem hcl oral tablet</i>	2	EDS
<i>dilt-xr</i>	2	EDS
<i>tiadylt er</i>	2	EDS
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct</i>	2	EDS
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr</i>	2	EDS
<i>verapamil oral tablet</i>	1	EDS
<i>verapamil oral tablet extended release</i>	2	EDS

CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER

<i>aliskiren</i>	3	EDS
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	1	EDS
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	2	EDS
<i>amlodipine-benazepril</i>	1	EDS
<i>amlodipine-olmesartan</i>	2	EDS
<i>amlodipine-valsartan</i>	1	EDS
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i>	2	EDS
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	1	EDS
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	1	EDS
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	2	EDS
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	1	EDS
ENTRESTO	3	QL (60 EA per 30 days); EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ENTRESTO SPRINKLE	3	QL (240 EA per 30 days); EDS
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	EDS
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	EDS
<i>ivabradine</i>	4	PA; QL (60 EA per 30 days); EDS
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	EDS
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	1	EDS
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	2	EDS
<i>metyrosine</i>	5	PA
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazid</i>	2	EDS
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	2	EDS
<i>pentoxifylline</i>	2	EDS
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	1	EDS
<i>ranolazine</i>	3	EDS
<i>sacubitril-valsartan</i>	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	1	EDS
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	1	EDS
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	1	EDS
DIURETICS, LOOP		
<i>bumetanide</i>	2	EDS
<i>furosemide injection solution</i>	2	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	EDS
<i>furosemide oral tablet</i>	1	EDS
<i>torseamide oral</i>	2	EDS
DIURETICS, POTASSIUM-SPARING		
<i>amiloride</i>	2	EDS
<i>triamterene</i>	4	EDS
DIURETICS, THIAZIDE		
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	EDS
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	EDS
<i>indapamide</i>	1	EDS
<i>metolazone</i>	2	EDS
DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	2	EDS
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	2	EDS
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	2	EDS
<i>fenofibric acid (choline)</i>	3	EDS
<i>gemfibrozil</i>	2	EDS
DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin</i>	1	EDS
<i>lovastatin</i>	1	EDS
<i>pravastatin</i>	1	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>rosuvastatin</i>	1	EDS
<i>simvastatin</i>	1	EDS
DYSLIPIDEMICS, OTHER		
<i>cholestyramine light oral powder in packet</i>	2	EDS
<i>cholestyramine oral powder in packet</i>	2	EDS
<i>colesevelam</i>	4	EDS
<i>colestipol oral packet</i>	2	EDS
<i>colestipol oral tablet</i>	2	EDS
<i>ezetimibe</i>	2	EDS
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	3	EDS
<i>icosapent ethyl</i>	4	EDS
NEXLETOL	3	PA; EDS
NEXLIZET	3	PA; EDS
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr</i>	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	2	EDS
<i>prevalite oral powder in packet</i>	2	EDS
REPATHA SURECLICK	3	PA; EDS
REPATHA SYRINGE	3	PA; EDS
VASCEPA	4	EDS
MINERALOCORTICOID RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>eplerenone</i>	3	EDS
KERENDIA	3	PA; EDS
<i>spironolactone oral tablet</i>	1	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL	3	QL (30 EA per 30 days); EDS
FARXIGA	3	QL (30 EA per 30 days); EDS
JARDIANCE	3	QL (30 EA per 30 days); EDS
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	2	EDS
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	EDS
<i>nitro-bid</i>	2	EDS
<i>nitroglycerin sublingual</i>	2	EDS
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	2	EDS
<i>nitroglycerin translingual</i>	2	EDS
VERQUVO	3	QL (30 EA per 30 days); EDS
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL		
<i>hydralazine oral</i>	2	EDS
<i>minoxidil oral</i>	2	EDS
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, AMPHETAMINES		

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 15 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days); EDS
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 5 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days); EDS
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	3	QL (180 EA per 30 days); EDS
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	3	QL (120 EA per 30 days); EDS
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet</i>	2	QL (60 EA per 30 days); EDS
<i>zenzedi oral tablet 10 mg</i>	3	QL (180 EA per 30 days); EDS
<i>zenzedi oral tablet 5 mg</i>	3	QL (120 EA per 30 days); EDS

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES

<i>atomoxetine</i>	3	EDS
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr</i>	2	EDS
<i>dexmethylphenidate oral tablet</i>	2	EDS
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i>	2	EDS
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release</i>	3	EDS

CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days); LD
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days); LD
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 6 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days); LD
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 24 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days); LD
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG	5	PA; QL (28 EA per 28 days)
COBENFY	4	EDS
COBENFY STARTER PACK	4	EDS
NUEDEXTA	5	PA
<i>riluzole</i>	3	EDS
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	4	PA; QL (240 EA per 30 days); EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	5	PA; QL (120 EA per 30 days)

FIBROMYALGIA AGENTS

<i>duloxetine</i>	2	EDS
SAVELLA	3	EDS

MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS

AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT	5	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	5	PA
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT	5	PA
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/ML	5	PA
<i>dalfampridine</i>	3	PA; EDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg, 120 mg (14)-240 mg (46)</i>	4	PA; EDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	5	PA
<i> fingolimod</i>	5	PA
<i>glatiramer</i>	5	PA
<i>glatopa</i>	5	PA
<i>teriflunomide</i>	5	PA
VUMERITY	5	PA

DENTAL AND ORAL AGENTS

DENTAL AND ORAL AGENTS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>cevimeline</i>	3	EDS
<i>chlorhexidine gluconate</i>	2	EDS
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	2	EDS
<i>kourzeq</i>	2	EDS
<i>lidocaine viscous</i>	2	EDS
<i>periogard</i>	2	EDS
<i>pilocarpine hcl oral</i>	3	EDS
<i>triamcinolone acetonide dental</i>	2	EDS

DERMATOLOGICAL AGENTS

ACNE AND ROSACEA AGENTS

<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	4	EDS
<i>acitretin</i>	4	PA; EDS
<i>adapalene topical cream</i>	4	EDS
<i>adapalene topical gel 0.3 %</i>	4	EDS
ALTRENO	3	PA; EDS
<i>amnesteam</i>	4	EDS
<i>claravis</i>	4	EDS
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	EDS
<i>metronidazole topical cream</i>	3	EDS
<i>metronidazole topical gel</i>	3	EDS
<i>metronidazole topical lotion</i>	3	EDS
<i>tazarotene topical cream</i>	4	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>tazarotene topical gel</i>	4	QL (100 GM per 30 days); EDS
<i>tretinoin</i>	3	PA; EDS
<i>zenatane</i>	4	EDS
DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS		
<i>alclometasone</i>	2	EDS
<i>ammonium lactate</i>	2	EDS
<i>betamethasone dipropionate</i>	2	EDS
<i>betamethasone valerate topical cream</i>	2	EDS
<i>betamethasone valerate topical lotion</i>	2	EDS
<i>betamethasone valerate topical ointment</i>	2	EDS
<i>betamethasone, augmented</i>	2	EDS
<i>clobetasol scalp</i>	4	EDS
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	4	EDS
<i>clobetasol topical foam</i>	4	EDS
<i>clobetasol topical gel</i>	4	EDS
<i>clobetasol topical ointment</i>	4	EDS
<i>clobetasol-emollient</i>	4	EDS
<i>desonide topical cream</i>	3	QL (120 GM per 30 days); EDS
<i>desonide topical lotion</i>	3	QL (118 ML per 30 days); EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>desonide topical ointment</i>	3	QL (120 GM per 30 days); EDS
<i>desoximetasone topical cream 0.05 %</i>	4	QL (120 GM per 30 days); EDS
<i>desoximetasone topical cream 0.25 %</i>	3	QL (120 GM per 30 days); EDS
<i>desoximetasone topical gel</i>	4	QL (120 GM per 30 days); EDS
<i>desoximetasone topical ointment 0.05 %</i>	4	QL (120 GM per 30 days); EDS
<i>desoximetasone topical ointment 0.25 %</i>	3	QL (120 GM per 30 days); EDS
EUCRISA	4	PA; QL (120 GM per 30 days); EDS
<i>fluocinolone scalp oil</i>	3	EDS
<i>fluocinolone topical cream</i>	3	EDS
<i>fluocinolone topical ointment</i>	3	EDS
<i>fluocinolone topical solution</i>	3	EDS
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	2	QL (120 GM per 30 days); EDS
<i>fluocinonide topical gel</i>	2	QL (60 GM per 30 days); EDS
<i>fluocinonide topical ointment</i>	2	QL (60 GM per 30 days); EDS
<i>fluocinonide topical solution</i>	2	EDS
<i>fluocinonide-emollient</i>	2	QL (60 GM per 30 days); EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>fluticasone propionate topical cream</i>	2	EDS
<i>fluticasone propionate topical ointment</i>	2	EDS
<i>halobetasol propionate topical cream</i>	2	EDS
<i>halobetasol propionate topical ointment</i>	2	EDS
<i>hydrocortisone butyrate topical cream</i>	2	EDS
<i>hydrocortisone butyrate topical solution</i>	2	EDS
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	2	EDS
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	2	EDS
<i>hydrocortisone valerate</i>	2	EDS
<i>mometasone topical</i>	2	EDS
<i>pimecrolimus</i>	4	QL (100 GM per 30 days); EDS
<i>selenium sulfide topical lotion</i>	2	EDS
<i>tacrolimus topical</i>	4	QL (100 GM per 30 days); EDS
<i>triamcinolone acetonide topical cream</i>	2	EDS
<i>triamcinolone acetonide topical lotion</i>	2	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	EDS
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
<i>calcipotriene scalp</i>	3	EDS
<i>calcipotriene topical cream</i>	4	QL (120 GM per 30 days); EDS
<i>calcipotriene topical ointment</i>	4	QL (120 GM per 30 days); EDS
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	2	EDS
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	4	PA; EDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	3	EDS
<i>fluorouracil topical solution</i>	3	EDS
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	3	EDS
<i>methoxsalen</i>	5	
<i>nystatin-triamcinolone</i>	3	EDS
OZEZLA	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
OZEZLA XR	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
OZEZLA XR INITIATION	5	PA; QL (41 EA per 28 days)
<i>podofilox topical solution</i>	2	EDS
PROCTOFOAM HC	4	EDS
SANTYL	3	QL (90 GM per 30 days); EDS
<i>silver sulfadiazine</i>	2	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ssd	2	EDS
PEDICULICIDES/SCABICIDES		
malathion	4	EDS
permethrin	2	EDS
TOPICAL ANTI-INFECTIVES		
acyclovir topical cream	4	QL (5 GM per 30 days); EDS
acyclovir topical ointment	4	QL (30 GM per 30 days); EDS
ciclopirox	2	EDS
clindamycin phosphate topical gel	3	EDS
clindamycin phosphate topical gel, once daily	3	EDS
clindamycin phosphate topical lotion	2	EDS
clindamycin phosphate topical solution	2	EDS
erythromycin with ethanol topical gel	2	EDS
erythromycin with ethanol topical solution	2	EDS
mupirocin	2	EDS
mupirocin calcium	4	QL (30 GM per 30 days); EDS
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS		
ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT		
carglumic acid	5	PA
CLINISOL SF 15 %	4	B vs D; EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
d10 %-0.45 % sodium chloride	2	EDS
d2.5 %-0.45 % sodium chloride	2	EDS
d5 % and 0.9 % sodium chloride	2	EDS
d5 %-0.45 % sodium chloride	2	EDS
dextrose 10 % and 0.2 % nacl	2	EDS
dextrose 10 % in water (d10w)	2	EDS
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution	2	EDS
dextrose 5%-0.2 % sod chloride	2	EDS
klor-con	4	EDS
klor-con 10	2	EDS
klor-con 8	2	EDS
klor-con m10	2	EDS
klor-con m15	2	EDS
klor-con m20	2	EDS
magnesium sulfate injection	2	EDS
PLENAMINE	2	B vs D; EDS
potassium chlorid-d5-0.45%nacl	2	EDS
potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 20 meq/l	2	EDS
potassium chloride in lr-d5 intravenous parenteral solution 20 meq/l	2	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/100 ml, 20 meq/100 ml, 40 meq/100 ml</i>	2	EDS
<i>potassium chloride intravenous</i>	2	EDS
<i>potassium chloride oral capsule, extended release</i>	2	EDS
<i>potassium chloride oral liquid</i>	4	EDS
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	4	EDS
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	2	EDS
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals</i>	2	EDS
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	2	EDS
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl</i>	2	EDS
<i>potassium citrate oral tablet extended release</i>	2	EDS
PROSOL 20 %	4	B vs D; EDS
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous</i>	2	EDS
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	2	EDS
<i>sodium chloride 3 % hypertonic</i>	2	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>sodium chloride 5 % hypertonic</i>	2	EDS
TPN ELECTROLYTES	3	EDS
<i>travasol 10 %</i>	4	B vs D; EDS
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS		
<i>deferasirox</i>	3	PA; EDS
<i>deferiprone</i>	5	PA
JYNARQUE	5	PA; LD
<i>penicillamine oral tablet</i>	5	
<i>tolvaptan</i>	5	PA
<i>tolvaptan (polycys kidney dis)</i>	5	PA
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	5	
POTASSIUM BINDERS		
<i>kionex (with sorbitol)</i>	2	EDS
LOKELMA	3	EDS
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	2	EDS
<i>sps (with sorbitol) oral</i>	2	EDS
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	3	EDS
VITAMINS		
<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	2	EDS
GASTROINTESTINAL AGENTS		
ANTI-CONSTIPATION AGENTS		
<i>constulose</i>	2	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>enulose</i>	2	EDS
<i>generlac</i>	2	EDS
<i>lactulose oral solution</i>	2	EDS
LINZESS	3	EDS
<i>lubiprostone</i>	3	EDS
MOVANTIK	3	EDS
RELISTOR ORAL	5	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	PA
TRULANCE	3	EDS
ANTI-DIARRHEAL AGENTS		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i>	4	PA; EDS
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i>	5	PA
<i>diphenoxylate-atropine</i>	4	EDS
<i>loperamide oral capsule</i>	2	EDS
XERMELO	5	PA
ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL		
<i>dicyclomine oral capsule</i>	4	PA; EDS
<i>dicyclomine oral solution</i>	4	PA; EDS
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	4	PA; EDS
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER		
<i>gavilyte-c</i>	2	EDS
<i>gavilyte-g</i>	2	EDS
<i>gavilyte-n</i>	2	EDS
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	2	EDS
<i>metoclopramide hcl oral tablet</i>	2	EDS
<i>nitroglycerin rectal</i>	4	EDS
<i>peg 3350-electrolytes</i>	2	EDS
<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c</i>	3	EDS
<i>peg-electrolyte soln</i>	2	EDS
PLENVU	3	EDS
<i>sodium,potassium,mag sulfates</i>	3	EDS
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	3	EDS
<i>ursodiol oral tablet</i>	3	EDS
VOWST	5	PA; LD
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	3	PA; QL (9 EA per 30 days); EDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
HISTAMINE2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>cimetidine</i>	2	EDS
<i>cimetidine hcl oral</i>	3	EDS
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	EDS
PROTECTANTS		
<i>misoprostol</i>	2	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>sucralfate oral tablet</i>	2	EDS
PROTON PUMP INHIBITORS		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec)</i>	3	EDS
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec)</i>	2	EDS
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec)</i>	1	EDS
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	EDS
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	3	EDS
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
<i>betaine</i>	5	
CERDELGA	5	PA
CREON	3	EDS
<i>cromolyn oral</i>	4	EDS
CYSTAGON	3	EDS
<i>glutamine (sickle cell)</i>	5	PA
<i>nitisinone</i>	5	PA
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION	5	PA; LD

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
REVCovi	5	PA; LD
<i>sapropterin</i>	5	
<i>sodium phenylbutyrate</i>	5	
WELIREG	5	PA; LD
GENITOURINARY AGENTS		
ANTISPASMODICS, URINARY		
<i>fesoterodine</i>	3	EDS
GEMTESA	4	EDS
MYRBETRIQ	3	EDS
<i>oxybutynin chloride oral syrup</i>	2	EDS
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	2	EDS
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr</i>	2	EDS
<i>solifenacin</i>	3	EDS
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr</i>	4	QL (30 EA per 30 days); EDS
<i>trospium oral tablet</i>	2	EDS
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS		
<i>alfuzosin</i>	2	EDS
<i>doxazosin</i>	2	EDS
<i>dutasteride</i>	3	EDS
<i>dutasteride-tamsulosin</i>	3	EDS
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	EDS
<i>prazosin</i>	2	EDS
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>	4	PA; QL (60 EA per 30 days); EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	4	PA; QL (30 EA per 30 days); EDS
<i>tamsulosin</i>	1	EDS
<i>terazosin</i>	1	EDS
GENITOURINARY AGENTS, OTHER		
<i>bethanechol chloride</i>	2	EDS
ELMIRON	4	EDS
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
<i>dexamethasone oral solution</i>	2	EDS
<i>dexamethasone oral tablet</i>	2	EDS
<i>dexamethasone oral tablets, dose pack</i>	2	EDS
<i>fludrocortisone</i>	2	EDS
HEMADY	4	EDS
<i>hydrocortisone oral</i>	2	EDS
MEDROL ORAL TABLET 16 MG, 2 MG, 4 MG, 8 MG	4	B vs D; EDS
<i>methylprednisolone oral tablet</i>	2	B vs D; EDS
<i>methylprednisolone oral tablets, dose pack</i>	2	EDS
ORAPRED ODT	4	B vs D; EDS
<i>prednisolone oral solution</i>	2	B vs D; EDS
<i>prednisolone oral tablet</i>	4	B vs D; EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	2	B vs D; EDS
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet, disintegrating</i>	4	B vs D; EDS
<i>prednisone intensol</i>	4	B vs D; EDS
<i>prednisone oral solution</i>	2	B vs D; EDS
<i>prednisone oral tablet</i>	1	B vs D; EDS
<i>prednisone oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	5	B vs D
<i>prednisone oral tablets, dose pack</i>	1	EDS
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	4	EDS
<i>desmopressin oral</i>	2	EDS
GENOTROPIN	5	PA

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.2 MG/0.25 ML, 0.4 MG/0.25 ML, 0.6 MG/0.25 ML, 0.8 MG/0.25 ML	4	PA; EDS
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.25 ML, 1.2 MG/0.25 ML, 1.4 MG/0.25 ML, 1.6 MG/0.25 ML, 1.8 MG/0.25 ML, 2 MG/0.25 ML	5	PA
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG (36 UNIT), 24 MG (72 UNIT)	5	PA
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 6 MG (18 UNIT)	4	PA; EDS
INCRELEX	5	PA
LUPRON DEPOT- PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	5	PA
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/M ODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
ANDROGENS		
<i>danazol</i>	4	EDS
<i>testosterone cypionate</i>	2	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>testosterone enanthate</i>	2	EDS
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %), 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	3	EDS
<i>testosterone transdermal gel in packet</i>	3	EDS
ESTROGENS		
<i>abigale</i>	2	EDS
<i>abigale lo</i>	2	EDS
<i>altavera (28)</i>	2	EDS
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	2	EDS
<i>apri</i>	2	EDS
<i>aranelle (28)</i>	2	EDS
<i>aubra eq</i>	2	EDS
<i>aviane</i>	2	EDS
<i>azurette (28)</i>	2	EDS
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	2	EDS
<i>briellyn</i>	2	EDS
<i>conjugated estrogens</i>	3	EDS
<i>cyred eq</i>	2	EDS
<i>dotti</i>	2	EDS
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	EDS
<i>eluryng</i>	3	EDS
<i>enilloring</i>	3	EDS
<i>enskyce</i>	2	EDS
<i>estarylla</i>	2	EDS
<i>estradiol oral</i>	2	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>estradiol transdermal patch semiweekly</i>	2	EDS
<i>estradiol transdermal patch weekly</i>	2	EDS
<i>estradiol vaginal</i>	2	EDS
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	2	EDS
ESTRING	3	EDS
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	3	EDS
<i>falmina (28)</i>	2	EDS
<i>feirza</i>	2	EDS
<i>fyavolv</i>	2	EDS
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	2	EDS
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	3	EDS
IMVEXXY STARTER PACK	3	EDS
<i>introvale</i>	2	EDS
<i>isibloom</i>	2	EDS
<i>jasmiel (28)</i>	2	EDS
<i>jinteli</i>	2	EDS
<i>juleber</i>	2	EDS
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	2	EDS
<i>junel 1/20 (21)</i>	2	EDS
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	2	EDS
<i>kariva (28)</i>	2	EDS
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	2	EDS
<i>kurvelo (28)</i>	2	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	EDS
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	2	EDS
<i>larin 1/20 (21)</i>	2	EDS
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	2	EDS
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	2	EDS
<i>levonest (28)</i>	2	EDS
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg</i>	2	EDS
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablets,dose pack,3 month</i>	2	EDS
<i>levonorg-eth estradiol triphasic</i>	2	EDS
<i>levora-28</i>	2	EDS
<i>loryna (28)</i>	2	EDS
<i>low-ogestrel (28)</i>	2	EDS
<i>luizza</i>	2	EDS
<i>lyllana</i>	2	EDS
<i>marlissa (28)</i>	2	EDS
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	2	EDS
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	2	EDS
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	2	EDS
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	2	EDS
<i>mili</i>	2	EDS
<i>mimvey</i>	2	EDS
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	2	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>nikki (28)</i>	2	EDS
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	3	EDS
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	2	EDS
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	2	EDS
<i>nylia 1/35 (28)</i>	2	EDS
<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	2	EDS
<i>pimtreea (28)</i>	2	EDS
PREMARIN ORAL	3	EDS
PREMARIN VAGINAL	3	EDS
PREMPHASE	3	EDS
PREMPRO	3	EDS
<i>reclipsen (28)</i>	2	EDS
<i>setlakin</i>	2	EDS
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	2	EDS
<i>tri-estarylla</i>	2	EDS
<i>tri-lo-estarylla</i>	2	EDS
<i>tri-lo-sprintec</i>	2	EDS
<i>tri-mili</i>	2	EDS
<i>tri-sprintec (28)</i>	2	EDS
<i>tri-vylibra</i>	2	EDS
<i>tri-vylibra lo</i>	2	EDS
<i>turqoz (28)</i>	2	EDS
<i>valtya</i>	2	EDS
<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	2	EDS
<i>vestura (28)</i>	2	EDS
<i>vienva</i>	2	EDS
<i>violele (28)</i>	2	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>vyfemla (28)</i>	2	EDS
<i>vylibra</i>	2	EDS
<i>wymzya fe</i>	2	EDS
<i>xelria fe</i>	2	EDS
<i>xulane</i>	3	EDS
<i>yuvaferm</i>	2	EDS
<i>zafemy</i>	3	EDS
<i>zovia 1-35 (28)</i>	2	EDS
PROGESTINS		
<i>deblitane</i>	2	EDS
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	EDS
<i>gallifrey</i>	2	EDS
<i>heather</i>	2	EDS
<i>incassia</i>	2	EDS
LILETTA	3	EDS
<i>lyleq</i>	2	EDS
<i>lyza</i>	2	EDS
<i>medroxyprogesterone</i>	2	EDS
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	2	EDS
<i>megestrol oral tablet</i>	2	EDS
<i>meleya</i>	2	EDS
NEXPLANON	3	EDS
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	2	EDS
<i>norethindrone acetate</i>	2	EDS
<i>orquidea</i>	2	EDS
<i>progesterone micronized oral</i>	2	EDS
<i>sharobel</i>	2	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS		
DUAVEE	3	EDS
<i>raloxifene</i>	3	EDS
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
CYTOMEL	3	EDS
<i>levothyroxine oral tablet</i>	1	EDS
<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	EDS
<i>liomny</i>	2	EDS
<i>liothyronine oral</i>	2	EDS
REZDIFFRA	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
SYNTHROID	3	EDS
<i>unithroid</i>	1	EDS
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
<i>cabergoline</i>	2	EDS
ELIGARD	4	PA; EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ELIGARD (3 MONTH)	4	PA; EDS
ELIGARD (4 MONTH)	4	PA; EDS
ELIGARD (6 MONTH)	4	PA; EDS
<i>leuprolide subcutaneous kit</i>	4	PA; EDS
LUPRON DEPOT	5	PA
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	5	PA
LUPRON DEPOT (4 MONTH)	5	PA
LUPRON DEPOT (6 MONTH)	5	PA
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	PA
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG (PED)	5	PA
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	5	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml</i>	5	PA
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	4	PA; EDS
ORGOVYX	5	PA; LD
SIGNIFOR	5	PA
SOMAVERT	5	PA
SYNAREL	4	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	4	PA; EDS

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)

ANTITHYROID AGENTS

<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	EDS
--	---	-----

<i>propylthiouracil</i>	2	EDS
-------------------------	---	-----

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ANGIOEDEMA AGENTS

CINRYZE	5	PA
---------	---	----

<i>icatibant</i>	5	PA; QL (18 ML per 30 days)
------------------	---	----------------------------

<i>sajazir</i>	5	PA
----------------	---	----

IMMUNOGLOBULINS

GAMMAGARD LIQUID	5	B vs D
------------------	---	--------

GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML)	5	B vs D
--------------------------------	---	--------

GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	5	B vs D
--	---	--------

IMMUNOLOGICAL AGENTS, OTHER

ARCALYST	5	PA
----------	---	----

BENLYSTA SUBCUTANEOUS	5	PA
-----------------------	---	----

COSENTYX (2 SYRINGES)	5	PA; QL (10 ML per 28 days)
-----------------------	---	----------------------------

COSENTYX PEN (2 PENS)	5	PA; QL (10 ML per 28 days)
-----------------------	---	----------------------------

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; QL (2.5 ML per 28 days)
COSENTYX UNOREADY PEN	5	PA; QL (10 ML per 28 days)
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML	5	PA; QL (3.42 ML per 28 days)
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	5	PA; QL (3.42 ML per 28 days)
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
KINERET	5	PA; QL (20.1 ML per 30 days)
ORENCIA CLICKJECT	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 50 MG/0.4 ML	5	PA; QL (1.6 ML per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; QL (2.8 ML per 28 days)

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)- 20 MG (4)-30 MG (47)	5	PA; QL (55 EA per 180 days)
RIDAURA	3	EDS
RINVOQ LQ	5	PA; QL (360 ML per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG	5	PA; QL (84 EA per 180 days)
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; QL (0.5 ML per 28 days); EDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA; QL (0.5 ML per 28 days); EDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; QL (1 ML per 28 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	5	PA; QL (2 ML per 28 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	PA; QL (2 ML per 28 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	5	PA; QL (1.2 ML per 56 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5	PA; QL (2.4 ML per 56 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	5	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; QL (1 ML per 28 days)
TREMFYA ONE-PRESS	5	PA; QL (2 ML per 28 days)
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN)	5	PA; QL (12 ML per 180 days)
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	5	PA; QL (2 ML per 28 days)
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	PA; QL (2 ML per 28 days)
TYENNE AUTOINJECTOR	5	PA; QL (3.6 ML per 28 days)
TYENNE SUBCUTANEOUS	5	PA; QL (3.6 ML per 28 days)

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
USTEKINUMAB SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
USTEKINUMAB SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	5	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
USTEKINUMAB SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; QL (1 ML per 28 days)
USTEKINUMAB-AEKN SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA; EDS
USTEKINUMAB-AEKN SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA
XELJANZ ORAL SOLUTION	5	PA; QL (300 ML per 30 days)
XELJANZ ORAL TABLET	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
XELJANZ XR	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days); LD
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 75 MG/0.5 ML	5	PA; QL (1 ML per 28 days); LD
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN	5	PA; QL (8 EA per 28 days); LD

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days); LD
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; QL (1 ML per 28 days); LD
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; QL (0.5 ML per 28 days); EDS
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA; QL (0.5 ML per 28 days); EDS
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; QL (1 ML per 28 days)
IMMUNOSTIMULANTS		
ACTIMMUNE	5	PA
BESREMI	5	PA; LD
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA
IMMUNOSUPPRESSANTS		
ASTAGRAF XL	4	B vs D; EDS
AZASAN	4	B vs D; EDS
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	4	B vs D; EDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	2	B vs D; EDS
CELLCEPT ORAL CAPSULE	4	B vs D; EDS
CELLCEPT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	5	B vs D

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
CELLCEPT ORAL TABLET	5	B vs D
<i>cyclosporine modified</i>	2	B vs D; EDS
<i>cyclosporine oral capsule</i>	3	B vs D; EDS
ENBREL MINI	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SURECLICK	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENVARUSUS XR	4	B vs D; EDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg</i>	4	B vs D; EDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	5	B vs D
<i>gengraf oral capsule</i>	2	B vs D; EDS
HADLIMA	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
HADLIMA PUSH TOUCH	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
HADLIMA(CF)	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
HADLIMA(CF) PUSH TOUCH	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
HUMIRA PEN	5	PA; QL (4 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; QL (4 EA per 28 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS	5	PA; QL (3 EA per 180 days)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	5	PA; QL (3 EA per 180 days)
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (4 EA per 28 days)
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	5	PA; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (4 EA per 28 days)
IMURAN	4	B vs D; EDS
JYLAMVO	4	EDS
<i>leflunomide</i>	2	QL (30 EA per 30 days); EDS
<i>methotrexate sodium</i>	2	EDS
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution</i>	2	EDS
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	2	B vs D; EDS
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution</i>	5	B vs D
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	2	B vs D; EDS
<i>mycophenolate sodium</i>	4	B vs D; EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
MYFORTIC	4	B vs D; EDS
MYHIBBIN	4	B vs D; EDS
NEORAL	4	B vs D; EDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	PA
PROGRAF ORAL	4	B vs D; EDS
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE	4	B vs D; EDS
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (4 EA per 28 days)
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; QL (3 EA per 28 days)
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML	5	PA; QL (2 EA per 28 days)
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (4 EA per 28 days)
<i>sirolimus</i>	4	B vs D; EDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	3	B vs D; EDS
<i>tacrolimus oral capsule 5 mg</i>	4	B vs D; EDS
VACCINES		
ABRYSVO (PF)	3	EDS
ACTHIB (PF)	3	EDS
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	3	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
AREXVY (PF)	3	EDS
BCG VACCINE, LIVE (PF)	3	EDS
BEXSERO	3	EDS
BOOSTRIX TDAP	3	EDS
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	3	EDS
ENGERIX-B (PF)	3	B vs D; EDS
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	3	B vs D; EDS
GARDASIL 9 (PF)	4	EDS
HAVRIX (PF)	3	EDS
HEPLISAV-B (PF)	3	B vs D; EDS
HIBERIX (PF)	3	EDS
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	3	EDS
INFANRIX (DTAP) (PF)	3	EDS
IPOL	3	EDS
IXIARO (PF)	4	EDS
JYNNEOS (PF)	3	B vs D; EDS
KINRIX (PF)	3	EDS
MENQUADFI (PF)	3	EDS
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT	3	EDS
M-M-R II (PF)	3	EDS
MRESVIA (PF)	3	EDS
PEDIARIX (PF)	3	EDS
PEDVAX HIB (PF)	3	EDS
PENBRAYA (PF)	3	EDS
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF)	3	EDS
PENTACEL (PF)	3	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
PRIORIX (PF)	3	EDS
PROQUAD (PF)	3	EDS
QUADRACEL (PF)	3	EDS
RABAVERT (PF)	3	EDS
RECOMBIVAX HB (PF)	3	B vs D; EDS
ROTARIX ORAL SUSPENSION	3	EDS
ROTATEQ VACCINE	3	EDS
SHINGRIX (PF)	3	EDS
TENIVAC (PF)	3	EDS
TICOVAC	4	EDS
TRUMENBA	3	EDS
TWINRIX (PF)	3	EDS
TYPHIM VI	3	EDS
VAQTA (PF)	3	EDS
VARIVAX (PF)	3	EDS
VAXCHORA VACCINE	3	EDS
VIMKUNYA	3	EDS
VIVOTIF	3	EDS
YF-VAX (PF)	3	EDS

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

AMINOSALICYLATES

<i>balsalazide</i>	3	EDS
<i>mesalamine dr capsule</i>	4	EDS
<i>mesalamine oral capsule, extended release</i>	4	QL (240 EA per 30 days); EDS
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr</i>	4	QL (120 EA per 30 days); EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	4	EDS
<i>mesalamine rectal</i>	4	EDS
<i>sulfasalazine</i>	2	EDS

GLUCOCORTICOIDS

<i>budesonide oral capsule, delayed, ext end.release</i>	4	PA; EDS
<i>budesonide oral tablet, delayed and ext.release</i>	5	PA
<i>hydrocortisone rectal</i>	2	EDS
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	2	EDS
<i>procto-med hc</i>	2	EDS
<i>proctosol hc topical</i>	2	EDS
<i>proctozone-hc</i>	2	EDS

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

<i>alendronate oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	1	EDS
BOMYNTRA	5	PA
BONSITY	5	PA
<i>calcitonin (salmon) nasal</i>	2	EDS
<i>calcitriol oral capsule</i>	2	B vs D; EDS
<i>cinacalcet</i>	4	B vs D; EDS
<i>doxercalciferol oral</i>	4	B vs D; EDS
<i>ibandronate oral</i>	2	EDS
JUBBONTI	3	PA; EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>paricalcitol oral</i>	3	B vs D; EDS
PROLIA	3	PA; EDS
RAYALDEE	5	
<i>risedronate</i>	3	EDS
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)</i>	5	PA
TYMLOS	5	PA
WYOST	5	PA
XGEVA	5	PA

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

<i>alcohol pads</i>	2	PA; EDS
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; EDS
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	2	PA; EDS
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE	2	PA; EDS
<i>intralipid intravenous emulsion 20 %</i>	4	B vs D; EDS
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 30 %	4	B vs D; EDS
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	2	B vs D; EDS
<i>levocarnitine oral tablet</i>	2	B vs D; EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; EDS
<i>sodium chloride irrigation</i>	2	EDS

OPHTHALMIC AGENTS

OPHTHALMIC AGENTS, OTHER

<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	EDS
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	2	EDS
<i>brimonidine-timolol</i>	4	EDS
<i>cyclosporine ophthalmic (eye)</i>	3	EDS
CYSTARAN	5	
<i>dorzolamide-timolol</i>	2	EDS
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	2	EDS
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	2	EDS
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>	2	EDS
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	2	EDS
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye)</i>	2	EDS
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	2	EDS
ROCKLATAN	3	EDS
SIMBRINZA	4	EDS
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	2	EDS
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT	3	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	2	EDS
XIIDRA	3	EDS
OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY AGENTS		
<i>azelastine ophthalmic (eye)</i>	2	EDS
<i>cromolyn ophthalmic (eye)</i>	2	EDS
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES		
AZASITE	3	EDS
<i>bacitracin ophthalmic (eye)</i>	2	EDS
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye)</i>	2	EDS
<i>erythromycin ophthalmic (eye)</i>	2	EDS
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops</i>	2	EDS
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	3	EDS
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops</i>	2	EDS
<i>ofloxacin ophthalmic (eye)</i>	2	EDS
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops</i>	2	EDS
<i>tobramycin ophthalmic (eye)</i>	2	EDS
<i>trifluridine</i>	2	EDS
XDEMZY	5	PA; QL (10 ML per 42 days)
ZIRGAN	4	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %, 0.075 %</i>	4	EDS
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %</i>	3	EDS
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	2	EDS
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye)</i>	2	EDS
<i>difluprednate</i>	3	EDS
<i>fluorometholone</i>	2	EDS
<i>ketorolac ophthalmic (eye)</i>	2	EDS
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT	4	EDS
LOTEMAX SM	4	EDS
PRED MILD	3	EDS
<i>prednisolone acetate</i>	2	EDS
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	2	EDS
OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>betaxolol ophthalmic (eye)</i>	2	EDS
<i>carteolol</i>	1	EDS
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	EDS
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops</i>	1	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution</i>	2	EDS
OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER		
<i>acetazolamide</i>	2	EDS
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %</i>	4	EDS
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	2	EDS
<i>dorzolamide</i>	2	EDS
<i>methazolamide</i>	4	EDS
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	2	EDS
RHOPRESSA	3	EDS
OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS		
<i>bimatoprost ophthalmic (eye)</i>	3	EDS
<i>latanoprost</i>	1	EDS
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	EDS
<i>travoprost</i>	3	EDS
VYZULTA	4	EDS
OTIC AGENTS		
OTIC AGENTS		
CIPRO HC	4	EDS
<i>ciprofloxacin hcl otic (ear)</i>	4	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	4	EDS
<i>ciprofloxacin-hydrocortisone</i>	4	EDS
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	3	EDS
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	2	EDS
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear)</i>	2	EDS
<i>ofloxacin otic (ear)</i>	2	EDS
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS		
ANTI-HISTAMINES		
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	2	EDS
<i>cyproheptadine</i>	4	EDS
<i>desloratadine oral tablet</i>	2	EDS
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	4	PA; EDS
<i>hydroxyzine pamoate</i>	4	PA; EDS
<i>levocetirizine</i>	2	EDS
ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS		
ALVESCO	3	EDS
ARNUITY ELLIPTA	3	EDS
ASMANEX HFA	3	EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 110 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (120), 220 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (60)	3	EDS
<i>budesonide inhalation</i>	4	B vs D; EDS
<i>flunisolide</i>	2	QL (75 ML per 30 days); EDS
<i>fluticasone propionate nasal</i>	2	QL (32 GM per 30 days); EDS
<i>mometasone nasal</i>	3	QL (51 GM per 30 days); EDS
PULMICORT	4	B vs D; EDS
PULMICORT FLEXHALER	3	EDS
QVAR REDIHALER	3	EDS
ANTILEUKOTRIENES		
<i>montelukast</i>	2	EDS
<i>zafirlukast</i>	2	QL (60 EA per 30 days); EDS
BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC		
ATROVENT HFA	3	QL (25.8 GM per 30 days); EDS
<i>ipratropium bromide inhalation</i>	2	B vs D; EDS
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	2	QL (60 ML per 30 days); EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	2	QL (15 ML per 30 days); EDS
SPIRIVA RESPIMAT	3	QL (4 GM per 30 days); EDS
YUPELRI	5	B vs D
BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC		
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation 8.5 gm</i>	2	QL (17 GM per 30 days); EDS
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation 6.7 gm</i>	2	QL (13.4 GM per 30 days); EDS
<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>	2	B vs D; EDS
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	2	EDS
<i>albuterol sulfate oral tablet</i>	4	EDS
<i>arformoterol</i>	4	B vs D; EDS
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	3	EDS
EPINEPHRINE INJECTION AUTO-INJECTOR 0.3 MG/0.3 ML	3	EDS
<i>formoterol fumarate</i>	4	B vs D; EDS

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>levalbuterol hcl</i>	2	B vs D; EDS
LEVALBUTEROL TARTRATE	4	EDS
PERFOROMIST	5	B vs D
PROAIR RESPICLICK	3	EDS
SEREVENT DISKUS	3	EDS
STRIVERDI RESPIMAT	3	EDS
<i>terbutaline oral</i>	4	EDS

CYSTIC FIBROSIS AGENTS

BETHKIS	5	B vs D
CAYSTON	5	PA; LD
KALYDECO	5	PA
KITABIS PAK	5	B vs D
ORKAMBI	5	PA
PULMOZYME	5	B vs D
TOBI	5	B vs D
TOBI PODHALER	5	
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	5	B vs D
<i>tobramycin inhalation</i>	5	B vs D
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL	5	PA; QL (56 EA per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL	5	PA; QL (84 EA per 28 days)

MAST CELL STABILIZERS

<i>cromolyn inhalation</i>	3	B vs D; EDS
----------------------------	---	-------------

PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
OHTUVAYRE	5	B vs D
<i>roflumilast</i>	3	EDS
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr</i>	4	EDS
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr</i>	4	EDS

PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES

ADEMPAS	5	PA; LD
<i>alyq</i>	5	PA
<i>ambrisentan</i>	5	PA; LD
<i>bosentan</i>	5	PA; LD
OPSUMIT	5	PA; LD
<i>sildenafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i>	3	PA; EDS
<i>tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg</i>	4	PA; EDS
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION	5	PA; LD
UPTRAVI ORAL	5	PA
WINREVAIR	5	PA; QL (1 EA per 21 days)

PULMONARY FIBROSIS AGENTS

OFEV	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral capsule</i>	5	PA; QL (270 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	5	PA; QL (270 EA per 30 days)

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
PIRFENIDONE ORAL TABLET 534 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER		
<i>acetylcysteine</i>	2	B vs D; EDS
ADVAIR HFA	3	EDS
ANORO ELLIPTA	3	EDS
BEVESPI AEROSPHERE	3	EDS
BREO ELLIPTA	3	EDS
<i>brey-na</i>	4	QL (10.3 GM per 30 days); EDS
BREZTRI AEROSPHERE	3	QL (10.7 GM per 30 days); EDS
<i>budesonide-formoterol</i>	4	QL (10.2 GM per 30 days); EDS
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL (8 GM per 30 days); EDS
DULERA	3	EDS
FASENRA PEN	5	PA; QL (1 ML per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML	5	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	5	PA; QL (1 ML per 28 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device</i>	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
<i>ipratropium-albuterol</i>	2	B vs D; EDS
STIOLTO RESPIMAT	3	EDS
TRELEGY ELLIPTA	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
<i>wixela inhub</i>	3	QL (60 EA per 30 days); EDS

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	2	EDS
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	2	EDS
<i>cyclobenzaprine oral tablet</i>	2	PA; EDS
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	EDS

SLEEP DISORDER AGENTS

SLEEP PROMOTING AGENTS

<i>ramelteon</i>	3	QL (30 EA per 30 days); EDS
<i>tasimelteon</i>	5	PA
<i>temazepam</i>	4	PA; EDS
<i>zolpidem oral tablet</i>	2	EDS

WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS

<i>armodafinil</i>	3	PA; EDS
<i>modafinil</i>	3	PA; EDS
XYWAV	5	PA; LD

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

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

ÍNDICE

A			
<i>abacavir</i>	19	<i>atorvastatin</i>	28
<i>abacavir-lamivudine</i>	19	<i>atovaquone</i>	16
<i>abigale</i>	39	<i>atovaquone-proguanil</i>	16
<i>abigale lo</i>	39	<i>atropine</i>	49
ABILIFY ASIMTUFII.....	17	ATROVENT HFA.....	52
ABILIFY MAINTENA.....	17	<i>aubra eq</i>	39
<i>abiraterone</i>	12	AUGTYRO.....	13
<i>abirtega</i>	12	AUSTEDO.....	30
ABRYSVO (PF).....	47	AUSTEDO XR.....	30
<i>acamprosate</i>	2	AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....	30
<i>acarbose</i>	21	AUVELITY.....	9
<i>accutane</i>	31	<i>aviane</i>	39
<i>acebutolol</i>	26	AVMAPKI-FAKZYNJA.....	13
<i>acetaminophen-codeine</i>	1	AVONEX.....	31
<i>acetazolamide</i>	51	AYVAKIT.....	13
<i>acetylcysteine</i>	54	AZASAN.....	45
<i>acitretin</i>	31	AZASITE.....	50
ACTHIB (PF).....	47	<i>azathioprine</i>	45
ACTIMMUNE.....	45	<i>azelastine</i>	50, 51
<i>acyclovir</i>	19, 34	<i>azithromycin</i>	5
<i>acyclovir sodium</i>	19	<i>aztreonam</i>	3
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF).....	47	<i>azurette (28)</i>	39
<i>adapalene</i>	31	B	
<i>adefovir</i>	18	<i>bacitracin</i>	50
ADEMPAS.....	53	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	49
ADVAIR HFA.....	54	<i>baclofen</i>	18
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	11	<i>balsalazide</i>	48
AKEEGA.....	13	BALVERSA.....	13
<i>albendazole</i>	16	BARACLUDGE.....	18
<i>albuterol sulfate</i>	52	BCG VACCINE, LIVE (PF).....	47
<i>alclometasone</i>	32	<i>benazepril</i>	26
<i>alcohol pads</i>	49	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	27
ALECENSA.....	13	BENLYSTA.....	43
<i>alendronate</i>	48	<i>benztropine</i>	16
<i>alfuzosin</i>	37	BESREMI.....	45
<i>aliskiren</i>	27	<i>betaine</i>	37
<i>allopurinol</i>	11	<i>betamethasone dipropionate</i>	32
<i>alosectron</i>	36	<i>betamethasone valerate</i>	32
<i>alprazolam</i>	21	<i>betamethasone, augmented</i>	32
<i>altavera (28)</i>	39	BETASERON.....	31
ALTRENO.....	31	<i>betaxolol</i>	50
ALUNBRIG.....	13	<i>bethanechol chloride</i>	38
ALVESCO.....	51	BETHKIS.....	53
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	39	BEVESPI AEROSPHERE.....	54
<i>alyq</i>	53	<i>bexarotene</i>	15
<i>amantadine hcl</i>	20	BEXSERO.....	47
AMBISOME.....	10	<i>bicalutamide</i>	12
<i>ambrisentan</i>	53	BICILLIN L-A.....	5
<i>amikacin</i>	3	BIKTARVY.....	19
<i>amiloride</i>	28		
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	27		
<i>amiodarone</i>	26		
<i>amitriptyline</i>	10		
<i>amlodipine</i>	27		
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	27		
<i>amlodipine-benazepril</i>	27		
<i>amlodipine-olmesartan</i>	27		
<i>amlodipine-valsartan</i>	27		
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i>	27		
<i>ammonium lactate</i>	32		
<i>amnesteem</i>	31		
<i>amoxapine</i>	10		
<i>amoxicillin</i>	4, 5		
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	5		
<i>amphotericin b</i>	10		
<i>amphotericin b liposome</i>	10		
<i>ampicillin</i>	5		
<i>ampicillin sodium</i>	5		
<i>ampicillin-sulbactam</i>	5		
<i>anagrelide</i>	25		
<i>anastrozole</i>	13		
ANORO ELLIPTA.....	54		
<i>apomorphine</i>	16		
<i>aprepitant</i>	10		
<i>apri</i>	39		
APTIOM.....	7		
APTIVUS.....	20		
<i>aranelle (28)</i>	39		
ARCALYST.....	43		
AREXVY (PF).....	47		
<i>arformoterol</i>	52		
ARIKAYCE.....	3		
<i>aripiprazole</i>	17		
ARISTADA.....	17		
ARISTADA INITIO.....	17		
<i>armodafinil</i>	54		
ARNUITY ELLIPTA.....	51		
<i>asenapine maleate</i>	17		
ASMANEX HFA.....	51		
ASMANEX TWISTHALER.....	52		
<i>aspirin-dipyridamole</i>	25		
ASSURE ID INSULIN SAFETY	49		
ASTAGRAF XL.....	45		
<i>atazanavir</i>	20		
<i>atenolol</i>	26		
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	27		
<i>atomoxetine</i>	30		

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

<i>bimatoprost</i>	51	CAYSTON.....	53	<i>clonidine hcl</i>	26, 30
<i>bisoprolol fumarate</i>	26	<i>cefaclor</i>	4	<i>clopidogrel</i>	25
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	27	<i>cefadroxil</i>	4	<i>clorazepate dipotassium</i>	21
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	39	<i>cefazolin</i>	4	<i>clotrimazole</i>	10
BOMYNTRA.....	48	<i>cefdinir</i>	4	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	33
BONSITY.....	48	<i>cefepime</i>	4	<i>clozapine</i>	18
BOOSTRIX TDAP.....	47	<i>cefixime</i>	4	COARTEM.....	16
<i>bosentan</i>	53	<i>cefoxitin</i>	4	COBENFY.....	30
BOSULIF.....	13	<i>cefpodoxime</i>	4	COBENFY STARTER PACK	30
BRAFTOVI.....	13	<i>cefprozil</i>	4	<i>codeine sulfate</i>	2
BREO ELLIPTA.....	54	<i>ceftazidime</i>	4	<i>colchicine</i>	11
<i>breyna</i>	54	<i>ceftriaxone</i>	4	<i>colesevelam</i>	29
BREZTRI AEROSPHERE.....	54	<i>cefuroxime axetil</i>	4	<i>colestipol</i>	29
<i>brillyln</i>	39	<i>cefuroxime sodium</i>	4	<i>colistimethate inj</i>	3
<i>brimonidine</i>	51	<i>celecoxib</i>	1	COMBIVENT RESPIMAT.....	54
<i>brimonidine-timolol</i>	49	CELLCEPT.....	45, 46	COMETRIQ.....	14
BRIVIACT.....	6	<i>cephalexin</i>	4	COMPLERA.....	19
<i>bromfenac</i>	50	CERDELGA.....	37	<i>compro</i>	10
<i>bromocriptine</i>	16	<i>cevimeline</i>	31	<i>conjugated estrogens</i>	39
BRUKINSA.....	14	<i>chlorhexidine gluconate</i>	31	<i>constulose</i>	35
<i>budesonide</i>	48, 52	<i>chloroquine phosphate</i>	16	COPAXONE.....	31
<i>budesonide-formoterol</i>	54	<i>chlorpromazine</i>	16	COPIKTRA.....	14
<i>bumetanide</i>	28	<i>chlorthalidone</i>	28	COSENTYX.....	43
<i>buprenorphine hcl</i>	3	<i>chlorzoxazone</i>	54	COSENTYX (2 SYRINGES)	43
<i>buprenorphine-naloxone</i>	3	<i>cholestyramine</i>	29	COSENTYX PEN (2 PENS)	43
<i>bupropion hcl</i>	9	<i>cholestyramine light</i>	29	COSENTYX UNOREADY PEN	43
BUPROPION HCL.....	9	<i>ciclopirox</i>	34	COTELLIC.....	14
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	3	<i>cilostazol</i>	25	CREON.....	37
<i>bupirone</i>	21	CIMDUO.....	19	CRESEMBA.....	10
<i>butorphanol</i>	2	<i>cimetidine</i>	36	<i>cromolyn</i>	37, 50, 53
C		<i>cimetidine hcl</i>	36	<i>cyclobenzaprine</i>	54
<i>cabergoline</i>	42	<i>cinacalcet</i>	48	<i>cyclophosphamide</i>	12
CABOMETYX.....	14	CINRYZE.....	43	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	12
<i>calcipotriene</i>	33	CIPRO HC.....	51	<i>cyclosporine</i>	46, 49
<i>calcitonin (salmon)</i>	48	<i>ciprofloxacin hcl</i>	5, 50, 51	<i>cyclosporine modified</i>	46
<i>calcitriol</i>	48	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	6	<i>cyproheptadine</i>	51
CALQUENCE.....	14	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	51	<i>cyred eq</i>	39
<i>candesartan</i>	26	<i>ciprofloxacin-hydrocortisone</i>	51	CYSTAGON.....	37
CAPLYTA.....	17	<i>citalopram</i>	9	CYSTARAN.....	49
CAPRELSA.....	14	<i>claravis</i>	31	CYTOMEL.....	42
<i>captopril</i>	26	<i>clarithromycin</i>	5	D	
<i>carbamazepine</i>	7	CLEOCIN.....	3	<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	34
CARBAMAZEPINE.....	8	<i>clindamycin hcl</i>	3	<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i>	34
<i>carbidopa</i>	16	<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	3	<i>d5 % and 0.9 % sodium</i> <i>chloride</i>	34
<i>carbidopa-levodopa</i>	16	<i>clindamycin pediatric</i>	3	<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	34
<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone</i>	16	<i>clindamycin phosphate</i>	3, 34	<i>dabigatran etexilate</i>	24
<i>carglumic acid</i>	34	CLINISOL SF 15 %.....	34	<i>dalfampridine</i>	31
<i>carisoprodol</i>	54	<i>clobazam</i>	7	<i>danazol</i>	39
<i>carteolol</i>	50	<i>clobetasol</i>	32		
<i>cartia xt</i>	27	<i>clobetasol-emollient</i>	32		
<i>carvedilol</i>	26	<i>clomipramine</i>	10		
<i>casprofungin</i>	10	<i>clonazepam</i>	7		
		<i>clonidine</i>	26		

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

DANZITEN.....	14	DILANTIN EXTENDED.....	8	EMGALITY PEN	11
DAPAGLIFLOZIN		DILANTIN INFATABS.....	8	EMGALITY SYRINGE.....	11
PROPANEDIOL.....	29	DILANTIN-125.....	8	EMSAM.....	9
<i>dapsone</i>	12	<i>diltiazem hcl</i>	27	<i>emtricitabine</i>	20
DAPTACEL (DTAP		<i>dilt-xr</i>	27	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ..	20
PEDIATRIC) (PF).....	47	<i>dimethyl fumarate</i>	31	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ..	19
<i>daptomycin</i>	3	<i>diphenoxylate-atropine</i>	36	EMTRIVA.....	20
DAPTOMYCIN.....	3	<i>dipyridamole</i>	25	<i>enalapril maleate</i>	26
<i>darunavir</i>	20	<i>disopyramide phosphate</i>	26	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	
<i>dasatinib</i>	14	<i>disulfiram</i>	3	.....	27
DAURISMO	14	<i>divalproex</i>	7	ENBREL	46
<i>deblitane</i>	41	<i>dofetilide</i>	26	ENBREL MINI.....	46
<i>deferasirox</i>	35	<i>donepezil</i>	8	ENBREL SURECLICK	46
<i>deferiprone</i>	35	<i>dorzolamide</i>	51	ENGERIX-B (PF)	47
DELSTRIGO.....	19	<i>dorzolamide-timolol</i>	49	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	
<i>demeclocycline</i>	6	<i>dotti</i>	39	.....	47
DEPO-SUBQ PROVERA 104		DOVATO	19	<i>enilloring</i>	39
.....	41	<i>doxazosin</i>	37	<i>enoxaparin</i>	24
DESCOVY	20	<i>doxepin</i>	10	ENSACOVE.....	14
<i>desipramine</i>	10	<i>doxercalciferol</i>	48	<i>enskyce</i>	39
<i>desloratadine</i>	51	<i>doxy-100</i>	6	<i>entacapone</i>	16
<i>desmopressin</i>	38	<i>doxycycline hyclate</i>	6, 31	<i>entecavir</i>	18
<i>desonide</i>	32	<i>doxycycline monohydrate</i>	6	ENTRESTO	27
<i>desoximetasone</i>	32	DRIZALMA SPRINKLE.....	9	ENTRESTO SPRINKLE.....	28
DESVENLAFAXINE.....	9	<i>dronabinol</i>	10	<i>enulose</i>	36
<i>desvenlafaxine succinate</i>	9	<i>drosiprenone-ethinyl estradiol</i>		ENVARSUS XR	46
<i>dexamethasone</i>	38	.....	39	EPCLUSA	18
<i>dexamethasone sodium</i>		<i>droxidopa</i>	26	EPIDIOLEX.....	6
<i>phosphate</i>	50	DUAVEE	42	<i>epinephrine</i>	52
<i>dexmethylphenidate</i>	30	DULERA.....	54	EPINEPHRINE.....	52
<i>dextroamphetamine sulfate</i> ..	30	<i>duloxetine</i>	31	<i>eplerenone</i>	29
<i>dextroamphetamine-</i>		DUPIXENT PEN.....	43	EPRONTIA	11
<i>amphetamine</i>	30	DUPIXENT SYRINGE	43	ERGOMAR	11
<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>		<i>dutasteride</i>	37	<i>ergotamine-caffeine</i>	11
.....	34	<i>dutasteride-tamsulosin</i>	37	ERIVEDGE	14
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>		E		ERLEADA	12
.....	34	<i>econazole nitrate</i>	11	<i>erlotinib</i>	14
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> ..	34	EDURANT	19	<i>ertapenem</i>	5
<i>dextrose 5%-0.2 % sod</i>		EDURANT PED.....	19	ERYTHROCIN	5
<i>chloride</i>	34	<i>efavirenz</i>	19	<i>erythromycin</i>	5, 50
DIACOMIT	7	<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i>		<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ..	5
<i>diazepam</i>	7, 21	.....	19	<i>erythromycin with ethanol</i>	34
<i>diazepam intensol</i>	21	<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>		ERZOFRI	17
<i>diazoxide</i>	23	.....	19	<i>escitalopram oxalate</i>	9
<i>diclofenac potassium</i>	1	ELIGARD	42	ESCITALOPRAM OXALATE..	9
<i>diclofenac sodium</i>	1, 33, 50	ELIGARD (3 MONTH)	42	<i>eslicarbazepine</i>	8
<i>dicloxacillin</i>	5	ELIGARD (4 MONTH)	42	<i>esomeprazole magnesium</i> ..	37
<i>dicyclomine</i>	36	ELIGARD (6 MONTH)	42	<i>estarylla</i>	39
DIFICID.....	5	ELIQUIS	24	<i>estradiol</i>	39, 40
<i>diflunisal</i>	1	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D		<i>estradiol-norethindrone acet</i>	40
<i>difluprednate</i>	50	START.....	24	ESTRING.....	40
<i>digoxin</i>	26	ELMIRON.....	38	<i>ethambutol</i>	12
<i>dihydroergotamine</i>	11	<i>eltrombopag olamine</i>	25	<i>ethosuximide</i>	7
DILANTIN	8	<i>eluryng</i>	39	<i>etodolac</i>	1

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	<i>fluorometholone</i>	<i>glucagon emergency kit</i>
.....40	50	(human).....
<i>etravirine</i>	<i>fluorouracil</i>	23
19	33	<i>glutamine (sickle cell)</i>
EUCRISA.....	<i>fluoxetine</i>	37
32	9	<i>glycopyrrolate</i>
EULEXIN.....	<i>fluoxetine (pmd)</i>	36
12	9	GLYXAMBI.....
<i>everolimus (antineoplastic)</i> ..	<i>fluphenazine decanoate</i>	21
14	16	GOMEKLI.....
<i>everolimus</i>	<i>fluphenazine hcl</i>	14
(immunosuppressive).....	<i>fluticasone propionate</i> ...	<i>granisetron hcl</i>
46	33, 52	10
EVOTAZ.....	<i>fluticasone propion-salmeterol</i>	<i>griseofulvin microsize</i>
20	.....	11
<i>exemestane</i>	54	<i>guanfacine</i>
13	<i>fluvoxamine</i>	26
EXXUA.....	9	GVOKE.....
9	<i>fondaparinux</i>	23
<i>ezetimibe</i>	24	GVOKE HYPOPEN 2-PACK
29	<i>formoterol fumarate</i>	23
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	52	GVOKE PFS 1-PACK
29	<i>fosamprenavir</i>	SYRINGE.....
F	20	23
<i>falmina (28)</i>	<i>fosfomycin tromethamine</i>	H
40	3	HADLIMA.....
<i>famciclovir</i>	<i>fosinopril</i>	46
19	26	HADLIMA PUSHTOUCH
<i>famotidine</i>	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	46
36	.....	HADLIMA(CF).....
FANAPT.....	28	46
17	FOTIVDA.....	HADLIMA(CF) PUSHTOUCH
FANAPT TITRATION PACK A	.....	46
.....	14	<i>hailey fe 1/20 (28)</i>
17	FRUZAQLA.....	40
FARXIGA.....	14	<i>halobetasol propionate</i>
29	FULPHILA.....	33
FASENRA.....	25	<i>haloperidol</i>
54	<i>furosemide</i>	17
FASENRA PEN.....	28	<i>haloperidol decanoate</i>
54	<i>fyavolv</i>	17
<i>febuxostat</i>	FYCOMPA.....	17
11	6	HARVONI.....
<i>feirza</i>	G	18
40	<i>gabapentin</i>	HAVRIX (PF).....
<i>felbamate</i>	7	47
6	<i>galantamine</i>	<i>heather</i>
<i>felodipine</i>	8	41
27	<i>gallifrey</i>	HEMADY.....
<i>fenofibrate</i>	41	38
28	GAMMAGARD LIQUID.....	<i>heparin (porcine)</i>
<i>fenofibrate micronized</i>	43	24
28	GAMMAGARD S-D (IGA < 1	HEPLISAV-B (PF).....
<i>fenofibrate nanocrystallized</i> ..	MCG/ML).....	47
28	43	HERNEXEOS.....
<i>fenofibric acid (choline)</i>	GAMUNEX-C.....	14
28	43	HIBERIX (PF).....
<i>fentanyl</i>	GARDASIL 9 (PF).....	47
1	47	HUMALOG JUNIOR
<i>fesoterodine</i>	GAUZE PAD.....	KWIKPEN U-100.....
37	49	23
FETZIMA.....	<i>gavilyte-c</i>	HUMALOG KWIKPEN
9	36	INSULIN.....
FIASP FLEXTOUCH U-100	<i>gavilyte-g</i>	23
INSULIN.....	36	HUMALOG MIX 50-50
23	<i>gavilyte-n</i>	KWIKPEN.....
FIASP PENFILL U-100	GAVRETO.....	23
INSULIN.....	14	HUMALOG MIX 75-25
23	<i>gefitinib</i>	KWIKPEN.....
FIASP U-100 INSULIN.....	14	23
23	<i>gemfibrozil</i>	HUMALOG MIX 75-25(U-
<i>fidaxomicin</i>	28	100)INSULN.....
5	GEMTESA.....	23
<i>finasteride</i>	37	HUMALOG U-100 INSULIN
37	<i>generlac</i>	23
<i>fingolimod</i>	36	HUMATROPE.....
31	<i>gengraf</i>	39
FINTEPLA.....	46	HUMIRA.....
6	GENOTROPIN.....	46
<i>flecainide</i>	38	HUMIRA PEN.....
26	GENOTROPIN MINIQUICK.....	46
<i>fluconazole</i>	39	HUMIRA(CF).....
11	<i>gentamicin</i>	46
<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i>	3, 50	HUMIRA(CF) PEN.....
11	19	46
<i>flucytosine</i>	GILOTRIF.....	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-
11	14	UC-HS.....
<i>fludrocortisone</i>	<i>glatiramer</i>	46
38	31	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-
<i>flunisolide</i>	<i>glatopa</i>	ADOL HS.....
52	31	46
<i>fluocinolone</i>	GLEOSTINE.....	HUMULIN 70/30 U-100
32	12	INSULIN.....
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	<i>glimepiride</i>	23
51	21	
<i>fluocinolone scalp oil</i>	<i>glipizide</i>	
32	21	
<i>fluocinonide</i>	<i>glipizide-metformin</i>	
32	21	
<i>fluocinonide-emollient</i>		
32		

HUMULIN 70/30 U-100		JYLAMVO	46
KWIKPEN	23	JYNARQUE	35
HUMULIN N NPH INSULIN		JYNNEOS (PF)	47
KWIKPEN	23	K	
HUMULIN N NPH U-100		KALETRA	20
INSULIN.....	23	KALYDECO	53
HUMULIN R REGULAR U-100		<i>kariva</i> (28).....	40
INSULN.....	23	<i>kelnor</i> 1/35 (28).....	40
HUMULIN R U-500 (CONC)		KERENDIA	29
INSULIN.....	23	<i>ketoconazole</i>	11
HUMULIN R U-500 (CONC)		<i>ketorolac</i>	1, 50
KWIKPEN	23	KINERET	43
<i>hydralazine</i>	29	KINRIX (PF).....	47
<i>hydrochlorothiazide</i>	28	<i>kionex</i> (with sorbitol)	35
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> 2		KISQALI.....	14
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	2	KISQALI FEMARA CO-PACK	
<i>hydrocortisone</i>	33, 38, 48	.....	13
<i>hydrocortisone butyrate</i>	33	KITABIS PAK.....	53
<i>hydrocortisone valerate</i>	33	<i>klor-con</i>	34
<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ...	51	<i>klor-con 10</i>	34
<i>hydromorphone</i>	2	<i>klor-con 8</i>	34
<i>hydroxychloroquine</i>	16	<i>klor-con m10</i>	34
<i>hydroxyurea</i>	13	<i>klor-con m15</i>	34
<i>hydroxyzine hcl</i>	51	<i>klor-con m20</i>	34
<i>hydroxyzine pamoate</i>	51	KLOXXADO	3
HYRNUO	14	KOSELUGO.....	14
I		<i>kourzeq</i>	31
<i>ibandronate</i>	48	KRAZATI.....	14
IBRANCE.....	13, 14	<i>kurvelo</i> (28).....	40
IBTROZI	14	L	
<i>ibu</i>	1	<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i> 40	
<i>ibuprofen</i>	1	<i>labetalol</i>	26
<i>icatibant</i>	43	<i>lacosamide</i>	8
ICLUSIG	14	<i>lactulose</i>	36
<i>icosapent ethyl</i>	29	LAGEVRIO (EUA).....	21
IDHIFA.....	14	<i>lamivudine</i>	18, 20
<i>imatinib</i>	14	<i>lamivudine-zidovudine</i>	20
IMBRUVICA.....	14	<i>lamotrigine</i>	21
<i>imipenem-cilastatin</i>	5	LANOXIN	26
<i>imipramine hcl</i>	10	<i>lansoprazole</i>	37
<i>imiquimod</i>	33	LANTUS SOLOSTAR U-100	
IMKELDI	14	INSULIN.....	23
IMOVAX RABIES VACCINE		LANTUS U-100 INSULIN	24
(PF).....	47	<i>lapatinib</i>	14
IMPAVIDO	3	<i>larin</i> 1.5/30 (21).....	40
IMURAN	46	<i>larin</i> 1/20 (21).....	40
IMVEXXY MAINTENANCE		<i>larin fe</i> 1.5/30 (28).....	40
PACK.....	40	<i>larin fe</i> 1/20 (28).....	40
IMVEXXY STARTER PACK.....	40	<i>latanoprost</i>	51
<i>incassia</i>	41	LAZCLUZE	13
INCRELEX.....	39	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	
<i>indapamide</i>	28	.....	18
<i>indomethacin</i>	1	<i>leflunomide</i>	46
INFANRIX (DTAP) (PF)	47	<i>lenalidomide</i>	13
INLURIYO	13		
INLYTA.....	14		
INQOVI.....	14		
INREBIC.....	13		
INSULIN LISPRO	23		
INSULIN LISPRO PROTAMIN-			
LISPRO	23		
INSULIN SYRINGE-NEEDLE			
U-100	49		
INTELENCE	19		
<i>intralipid</i>	49		
INTRALIPID.....	49		
<i>introvale</i>	40		
INVEGA HAFYERA.....	17		
INVEGA SUSTENNA	17		
INVEGA TRINZA.....	17		
IPOL.....	47		
<i>ipratropium bromide</i>	52		
<i>ipratropium-albuterol</i>	54		
<i>irbesartan</i>	26		
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>			
.....	28		
ISENTRESS	19		
ISENTRESS HD.....	19		
<i>isibloom</i>	40		
<i>isoniazid</i>	12		
<i>isosorbide dinitrate</i>	29		
<i>isosorbide mononitrate</i>	29		
<i>isotretinoin</i>	31		
<i>isradipine</i>	27		
ITOVEBI	13		
<i>itraconazole</i>	11		
<i>ivabradine</i>	28		
<i>ivermectin</i>	16		
IWILFIN	13		
IXIARO (PF)	47		
J			
JAKAFI.....	14		
<i>jantoven</i>	24		
JANUMET	21		
JANUMET XR	21, 22		
JANUVIA	22		
JARDIANCE	29		
<i>jasmiel</i> (28).....	40		
JAYPIRCA.....	14		
JENTADUETO	22		
JENTADUETO XR.....	22		
<i>jinteli</i>	40		
JUBBONTI	48		
<i>juleber</i>	40		
JULUCA	19		
<i>junel</i> 1.5/30 (21)	40		
<i>junel</i> 1/20 (21)	40		
<i>junel fe</i> 1/20 (28)	40		

LENVIMA.....	14	<i>loxapine succinate</i>	17	<i>methadone</i>	1
<i>letrozole</i>	13	<i>lubiprostone</i>	36	<i>methazolamide</i>	51
<i>leucovorin calcium</i>	16	<i>luizza</i>	40	<i>methenamine hippurate</i>	3
LEUKERAN.....	12	LUMAKRAS.....	14	<i>methimazole</i>	43
<i>leuprolide</i>	42	LUMIGAN.....	51	<i>methocarbamol</i>	54
<i>levabuterol hcl</i>	53	LUPRON DEPOT.....	42	<i>methotrexate sodium</i>	46
LEVALBUTEROL TARTRATE		LUPRON DEPOT (3 MONTH)		<i>methotrexate sodium (pf)</i>	46
.....	53	.....	42	<i>methoxsalen</i>	33
<i>levetiracetam</i>	6	LUPRON DEPOT (4 MONTH)		<i>methsuximide</i>	7
<i>levobunolol</i>	50	.....	42	<i>methylphenidate hcl</i>	30
<i>levocarnitine</i>	49	LUPRON DEPOT (6 MONTH)		<i>methylprednisolone</i>	38
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	49	.....	42	<i>metoclopramide hcl</i>	36
<i>levocetirizine</i>	51	LUPRON DEPOT-PED..	39, 42	<i>metolazone</i>	28
<i>levofloxacin</i>	6, 50	LUPRON DEPOT-PED (3		<i>metoprolol succinate</i>	26
<i>levofloxacin in d5w</i>	6	MONTH).....	42	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	
<i>levonest (28)</i>	40	<i>lurasidone</i>	17	.....	28
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	40	<i>lyleq</i>	41	<i>metoprolol tartrate</i>	27
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	40	<i>lyllana</i>	40	<i>metronidazole</i>	3, 4, 31
<i>levora-28</i>	40	LYNPARZA.....	14	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	3
<i>levothyroxine</i>	42	LYSODREN.....	13	<i>metyrosine</i>	28
<i>levoxyl</i>	42	LYTGOBI.....	14	<i>mexiletine</i>	26
<i>lidocaine</i>	2	LYUMJEV KWIKPEN U-100		<i>micafungin</i>	11
<i>lidocaine hcl</i>	2	INSULIN.....	24	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	40
<i>lidocaine viscous</i>	31	LYUMJEV KWIKPEN U-200		<i>microgestin 1/20 (21)</i>	40
<i>lidocaine-prilocaine</i>	2	INSULIN.....	24	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i> ...	40
<i>lidocan iii</i>	2	LYUMJEV U-100 INSULIN..	24	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	40
LILETTA.....	41	<i>lyza</i>	41	<i>midodrine</i>	26
<i>linezolid</i>	3	M		<i>mifepristone</i>	42
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	3	<i>magnesium sulfate</i>	34	<i>mili</i>	40
LINZESS.....	36	<i>malathion</i>	34	<i>mimvey</i>	40
<i>liomny</i>	42	<i>maraviroc</i>	20	<i>minocycline</i>	6
<i>liothyronine</i>	42	<i>marlissa (28)</i>	40	<i>minoxidil</i>	29
<i>liraglutide</i>	22	MARPLAN.....	9	<i>mirtazapine</i>	9
<i>lisinopril</i>	26	MATULANE.....	12	<i>misoprostol</i>	36
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	28	<i>meclizine</i>	10	M-M-R II (PF).....	47
<i>lithium carbonate</i>	21	MEDROL.....	38	<i>modafinil</i>	54
<i>lithium citrate</i>	21	<i>medroxyprogesterone</i>	41	MODEYSO.....	13
LIVTENCITY.....	18	<i>mefloquine</i>	16	<i>moexipril</i>	26
LODINE.....	1	<i>megestrol</i>	41	<i>molindone</i>	17
LOKELMA.....	35	MEKINIST.....	14	<i>mometasone</i>	33, 52
<i>lomustine</i>	12	MEKTOVI.....	14	<i>montelukast</i>	52
LONSURF.....	13	<i>meleya</i>	41	<i>morphine</i>	1, 2
<i>loperamide</i>	36	<i>meloxicam</i>	1	<i>morphine concentrate</i>	2
<i>lopinavir-ritonavir</i>	20	<i>memantine</i>	8	MOUNJARO.....	22
<i>lorazepam</i>	21	MEMANTINE.....	9	MOVANTIK.....	36
<i>lorazepam intensol</i>	21	MENQUADFI (PF).....	47	<i>moxifloxacin</i>	6, 50
LORBRENA.....	14	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP		<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	6
<i>loryna (28)</i>	40	(PF).....	47	MRESVIA (PF).....	47
<i>losartan</i>	26	<i>meprobamate</i>	21	MULTAQ.....	26
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	28	<i>mercaptapurine</i>	13	<i>mupirocin</i>	34
LOTEMAX.....	50	<i>meropenem</i>	5	<i>mupirocin calcium</i>	34
LOTEMAX SM.....	50	<i>mesalamine</i>	48	<i>mycophenolate mofetil</i>	46
<i>lovastatin</i>	28	<i>mesna</i>	16	<i>mycophenolate sodium</i>	46
<i>low-ogestrel (28)</i>	40	<i>metformin</i>	22	MYFORTIC.....	47

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

MYHIBBIN	47	<i>norethindrone acetate</i>	41	<i>omega-3 acid ethyl esters</i> ...	29
MYRBETRIQ	37	<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>		<i>omeprazole</i>	37
N		.....	41	<i>ondansetron</i>	10
<i>nabumetone</i>	1	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>		<i>ondansetron hcl</i>	10
<i>nadolol</i>	27	.....	41	ONUREG	13
<i>nafcillin</i>	5	<i>nortriptyline</i>	10	OPIPZA.....	17
<i>naloxone</i>	3	NORVIR	20	OPSUMIT	53
<i>naltrexone</i>	3	NOVOLIN 70/30 U-100		OPVEE	3
<i>naproxen</i>	1	INSULIN	24	ORAPRED ODT.....	38
<i>naproxen sodium</i>	1	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-		ORENCIA	43
<i>naratriptan</i>	12	100	24	ORENCIA CLICKJECT	43
<i>nateglinide</i>	22	NOVOLIN N FLEXPEN	24	ORGOVYX.....	42
NAYZILAM.....	7	NOVOLIN N NPH U-100		ORKAMBI	53
<i>nebivolol</i>	27	INSULIN	24	<i>orquidea</i>	41
NEBUPENT	16	NOVOLIN R FLEXPEN	24	ORSERDU.....	13
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	40	NOVOLIN R REGULAR U100		<i>oseltamivir</i>	20, 21
<i>nefazodone</i>	9	INSULIN	24	OTEZLA.....	33
<i>neomycin</i>	3	NOVOLOG FLEXPEN U-100		OTEZLA STARTER	44
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	49	INSULIN	24	OTEZLA XR.....	33
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	49	NOVOLOG MIX 70-30 U-100		OTEZLA XR INITIATION	33
.....	49	INSULIN	24	<i>oxcarbazepine</i>	8
<i>neomycin-polymyxin b-</i>		NOVOLOG MIX 70-		<i>oxybutynin chloride</i>	37
<i>dexameth</i>	49	30FLEXPEN U-100	24	<i>oxycodone</i>	2
<i>neomycin-polymyxin-</i>		NOVOLOG PENFILL U-100		<i>oxycodone-acetaminophen</i> ...	2
<i>gramicidin</i>	49	INSULIN	24	OZEMPIC	22
<i>neomycin-polymyxin-hc</i> ..	49, 51	NOVOLOG U-100 INSULIN		P	
NEORAL.....	47	ASPART	24	<i>pacerone</i>	26
NERLYNX.....	14	NUBEQA	13	<i>paliperidone</i>	17
NEUPRO	16	NUDEXTA.....	30	PANRETIN.....	15
<i>nevirapine</i>	19	NUPLAZID	17	<i>pantoprazole</i>	37
NEXLETOL.....	29	NURTEC ODT.....	11	<i>paricalcitol</i>	49
NEXLIZET.....	29	<i>nyamyc</i>	11	<i>paroxetine hcl</i>	9, 10
NEXPLANON.....	41	<i>nylia 1/35 (28)</i>	41	PAXLOVID.....	21
<i>niacin</i>	29	<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	41	<i>pazopanib</i>	15
<i>nicardipine</i>	27	<i>nystatin</i>	11	PEDIARIX (PF)	47
NICOTROL NS	3	<i>nystatin-triamcinolone</i>	33	PEDVAX HIB (PF)	47
<i>nifedipine</i>	27	<i>nystop</i>	11	<i>peg 3350-electrolytes</i>	36
<i>nikki (28)</i>	41	NYVEPRIA	25	<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-</i>	
<i>nilotinib hcl</i>	14	O		<i>c</i>	36
<i>nilutamide</i>	13	<i>octreotide acetate</i>	42	PEGASYS.....	45, 47
<i>nimodipine</i>	27	ODEFSEY	20	<i>peg-electrolyte soln</i>	36
NINLARO.....	14	ODOMZO	14	PEMAZYRE	15
<i>nitazoxanide</i>	16	OFEV	53	PEN NEEDLE, DIABETIC ...	49
<i>nitisinone</i>	37	<i>ofloxacin</i>	6, 50, 51	PENBRAYA (PF)	47
<i>nitro-bid</i>	29	OGSIVEO.....	13	<i>penicillamine</i>	35
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ...	4	OHTUVAYRE	53	<i>penicillin g potassium</i>	5
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	4	OJEMDA	13, 14	<i>penicillin g sodium</i>	5
.....	4	OJJAARA	14	<i>penicillin v potassium</i>	5
<i>nitroglycerin</i>	29, 36	<i>olanzapine</i>	17	PENMENVY MEN A-B-C-W-Y	
NIVESTYM	25	<i>olmesartan</i>	26	(PF).....	47
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>		<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazyd</i>		PENTACEL (PF).....	47
.....	41	.....	28	<i>pentamidine</i>	16
<i>norethindrone (contraceptive)</i>		<i>olmesartan-</i>		<i>pentoxifylline</i>	28
.....	41	<i>hydrochlorothiazide</i>	28	<i>perampanel</i>	7

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

PERFOROMIST.....	53	<i>prednisone</i>	38	<i>quinidine sulfate</i>	26
<i>perindopril erbumine</i>	26	<i>prednisone intensol</i>	38	<i>quinine sulfate</i>	16
<i>periogard</i>	31	<i>pregabalin</i>	7	QVAR REDIHALER	52
<i>permethrin</i>	34	PREMARIN	41	R	
<i>perphenazine</i>	17	PREMPHASE.....	41	RABAVERT (PF).....	48
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	9	PREMPRO	41	<i>rabeprazole</i>	37
<i>phenelzine</i>	9	<i>prenatal vitamin plus low iron</i>		RALDESY	10
<i>phenobarbital</i>	7	.....	35	<i>raloxifene</i>	42
PHENYTEK	8	<i>prevalite</i>	29	<i>ramelteon</i>	54
<i>phenytoin</i>	8	PREVYMIS.....	18	<i>ramipril</i>	26
<i>phenytoin sodium extended</i> ..	8	PREZCOBIX.....	20	<i>ranolazine</i>	28
PIFELTRO	19	PREZISTA.....	20	<i>rasagiline</i>	16
<i>pilocarpine hcl</i>	31, 51	PRIFTIN	12	RAYALDEE.....	49
<i>pimecrolimus</i>	33	PRIMAQUINE.....	16	<i>reclipsen (28)</i>	41
<i>pimozide</i>	17	<i>primidone</i>	7	RECOMBIVAX HB (PF)	48
<i>pimtree (28)</i>	41	PRIMIDONE	7	RELENZA DISKHALER	21
<i>pindolol</i>	27	PRIORIX (PF).....	48	RELEUKO.....	25
<i>pioglitazone</i>	22	PROAIR RESPICLICK	53	RELISTOR.....	36
<i>pioglitazone-glimepiride</i>	22	<i>probenecid</i>	11	<i>repaglinide</i>	22
<i>pioglitazone-metformin</i>	22	<i>probenecid-colchicine</i>	11	REPATHA SURECLICK.....	29
<i>piperacillin-tazobactam</i>	5	<i>prochlorperazine</i>	10	REPATHA SYRINGE	29
PIQRAY	15	<i>prochlorperazine maleate</i>	10	RETACRIT	25
<i>pirfenidone</i>	53, 54	PROCRIT	25	RETEVMO	15
PIRFENIDONE	54	PROCTOFOAM HC.....	33	REVCIVI.....	37
<i>piroxicam</i>	1	<i>procto-med hc</i>	48	REVUFORJ	13
PLENAMINE	34	<i>proctosol hc</i>	48	REXTOVY.....	3
PLENVU	36	<i>proctozone-hc</i>	48	REXULTI.....	18
<i>podofilox</i>	33	<i>progesterone micronized</i>	41	REYATAZ	20
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>		PROGRAF	47	REZDIFFRA.....	42
.....	49	PROLASTIN-C	37	REZLIDHIA	15
POMALYST	13	PROLIA.....	49	RHOPRESSA	51
<i>posaconazole</i>	11	PROMACTA.....	25	<i>ribavirin</i>	18
<i>potassium chlorid-d5-</i>		<i>promethazine</i>	10	RIDAURA.....	44
<i>0.45%nacl</i>	34	<i>promethegan</i>	10	<i>rifabutin</i>	12
<i>potassium chloride</i>	35	<i>propafenone</i>	26	<i>rifampin</i>	12
<i>potassium chloride in 5 % dex</i>		<i>propranolol</i>	27	<i>riluzole</i>	30
.....	34	<i>propylthiouracil</i>	43	<i>rimantadine</i>	21
<i>potassium chloride in lr-d5</i> ...	34	PROQUAD (PF)	48	RINVOQ.....	44
<i>potassium chloride in water</i> ..	35	PROSOL 20 %	35	RINVOQ LQ.....	44
<i>potassium chloride-d5-</i>		<i>protriptyline</i>	10	<i>risedronate</i>	49
<i>0.2%nacl</i>	35	PULMICORT	52	<i>risperidone</i>	18
<i>potassium chloride-d5-</i>		PULMICORT FLEXHALER..	52	<i>risperidone microspheres</i>	18
<i>0.9%nacl</i>	35	PULMOZYME.....	53	<i>ritonavir</i>	20
<i>potassium citrate</i>	35	<i>pyrazinamide</i>	12	<i>rivaroxaban</i>	24
<i>pramipexole</i>	16	<i>pyridostigmine bromide</i>	12	<i>rivastigmine</i>	8
<i>prasugrel hcl</i>	25	<i>pyrimethamine</i>	16	<i>rivastigmine tartrate</i>	8
<i>pravastatin</i>	28	Q		<i>rizatriptan</i>	12
<i>praziquantel</i>	16	QINLOCK	15	ROCKLATAN	49
<i>prazosin</i>	37	QUADRACEL (PF)	48	<i>roflumilast</i>	53
PRED MILD	50	<i>quetiapine</i>	17	ROMVIMZA	15
<i>prednisolone</i>	38	<i>quinapril</i>	26	<i>ropinirole</i>	16
<i>prednisolone acetate</i>	50	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>		<i>rosuvastatin</i>	29
<i>prednisolone sodium</i>		.....	28	ROTARIX.....	48
<i>phosphate</i>	38, 50	<i>quinidine gluconate</i>	26	ROTATEQ VACCINE.....	48

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

<i>roweepra</i>	7	SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	<i>tamsulosin</i>	38
ROZLYTREK.....	15	.....	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	41
RUBRACA.....	15	<i>solifenacin</i>	TASIGNA.....	15
<i>rufinamide</i>	8	SOLQUA 100/33.....	<i>tasimelteon</i>	54
RUKOBIA.....	20	SOLTAMOX.....	<i>tazarotene</i>	31, 32
RYBELSUS.....	22	SOMAVERT.....	<i>tazicef</i>	4
RYDAPT.....	15	<i>sorafenib</i>	TAZVERIK.....	15
S		<i>sotalol</i>	TEFLARO.....	4
<i>sacubitril-valsartan</i>	28	<i>sotalol af</i>	TEGRETOL.....	8
<i>sajazir</i>	43	SPIRIVA RESPIMAT.....	TEGRETOL XR.....	8
SANDIMMUNE.....	47	<i>spironolactone</i>	<i>telmisartan</i>	26
SANTYL.....	33	<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	<i>temazepam</i>	54
<i>sapropterin</i>	37	.....	TENIVAC (PF).....	48
SAVELLA.....	31	SPRITAM.....	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	20
<i>saxagliptin</i>	22	<i>sps (with sorbitol)</i>	TEPMETKO.....	15
<i>saxagliptin-metformin</i>	22	<i>ssd</i>	<i>terazosin</i>	38
SCSEMBLIX.....	15	STELARA.....	<i>terbinafine hcl</i>	11
<i>scopolamine base</i>	10	STIOLTO RESPIMAT.....	<i>terbutaline</i>	53
SECUADO.....	18	STIVARGA.....	<i>terconazole</i>	11
SELARSDI.....	44	STREPTOMYCIN.....	<i>teriflunomide</i>	31
<i>selegiline hcl</i>	16	STRIBILD.....	<i>teriparatide</i>	49
<i>selenium sulfide</i>	33	STRIVERDI RESPIMAT.....	<i>testosterone</i>	39
SELZENTRY.....	20	<i>subvenite</i>	<i>testosterone cypionate</i>	39
SEREVENT DISKUS.....	53	SUBVENITE.....	<i>testosterone enanthate</i>	39
<i>sertraline</i>	10	<i>sucralfate</i>	<i>tetrabenazine</i>	30, 31
<i>setlakin</i>	41	<i>sulfacetamide sodium</i>	<i>tetracycline</i>	6
<i>sharobel</i>	41	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	THALOMID.....	13
SHINGRIX (PF).....	48	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	<i>theophylline</i>	53
SIGNIFOR.....	42	<i>sulfadiazine</i>	<i>thioridazine</i>	17
<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>		<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	<i>thiothixene</i>	17
.....	53	.....	<i>tiadylt er</i>	27
<i>silver sulfadiazine</i>	33	<i>sulfasalazine</i>	<i>tiagabine</i>	7
SIMBRINZA.....	49	<i>sulindac</i>	TIBSOVO.....	15
SIMLANDI(CF).....	47	<i>sumatriptan</i>	<i>ticagrelor</i>	25
SIMLANDI(CF)		<i>sumatriptan succinate</i>	TICOVAC.....	48
AUTOINJECTOR.....	47	<i>sunitinib malate</i>	<i>tigecycline</i>	4
<i>simvastatin</i>	29	SUNLENCA.....	<i>timolol maleate</i>	11, 50, 51
<i>sirolimus</i>	47	SYMPAZAN.....	<i>tinidazole</i>	4
SIRTURO.....	12	SYMTUZA.....	TIVICAY.....	19
SIVEXTRO.....	4	SYNAREL.....	TIVICAY PD.....	19
SKYRIZI.....	44	SYNJARDY.....	<i>tizanidine</i>	18
<i>sodium chloride</i>	49	SYNJARDY XR.....	TOBI.....	53
<i>sodium chloride 0.45 %</i>	35	SYNTHROID.....	TOBI PODHALER.....	53
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	35	T	TOBRADEX.....	49
<i>sodium chloride 3 %</i>		TABLOID.....	<i>tobramycin</i>	50, 53
<i>hypertonic</i>	35	TABRECTA.....	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	53
<i>sodium chloride 5 %</i>		<i>tacrolimus</i>	<i>tobramycin sulfate</i>	3
<i>hypertonic</i>	35	<i>tadalafil</i>	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	50
<i>sodium phenylbutyrate</i>	37	<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i>	<i>tolterodine</i>	37
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>		<i>20 mg</i>	<i>tolvaptan</i>	35
.....	35	TAFINLAR.....	<i>tolvaptan (polycys kidney dis)</i>	
<i>sodium,potassium,mag</i>		TAGRISO.....	.....	35
<i>sulfates</i>	36	TALZENNA.....	<i>topiramate</i>	7, 11, 12
		<i>tamoxifen</i>	TOPIRAMATE.....	12

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

<i>toremifene</i>	13	<i>tri-vylibra</i>	41	VERQUVO.....	29
<i>torpenz</i>	15	<i>tri-vylibra lo</i>	41	VERSACLOZ.....	18
<i>torseamide</i>	28	<i>trospium</i>	37	VERZENIO.....	15
TOUJEO MAX U-300		TRULANCE.....	36	<i>vestura (28)</i>	41
SOLOSTAR.....	24	TRULICITY.....	23	<i>vienna</i>	41
TOUJEO SOLOSTAR U-300		TRUMENBA.....	48	<i>vigabatin</i>	7
INSULIN.....	24	TRUQAP.....	15	<i>vigadrone</i>	7
TPN ELECTROLYTES.....	35	TUKYSA.....	15	VIGAFYDE.....	7
TRACLEER.....	53	TURALIO.....	15	<i>vilazodone</i>	10
TRADJENTA.....	22	<i>turqoz (28)</i>	41	VIMKUNYA.....	48
<i>tramadol</i>	1, 2	TWINRIX (PF).....	48	<i>viorele (28)</i>	41
<i>tramadol-acetaminophen</i>	2	TYBOST.....	20	VIRACEPT.....	20
<i>trandolapril</i>	26	TYENNE.....	44	VIREAD.....	20
<i>tranexamic acid</i>	25	TYENNE AUTOINJECTOR.....	44	VITRAKVI.....	15
<i>tranylcypromine</i>	9	TYMLOS.....	49	VIVOTIF.....	48
<i>travasol 10 %</i>	35	TYPHIM VI.....	48	VIZIMPRO.....	15
<i>travoprost</i>	51	U		VONJO.....	13
<i>trazodone</i>	10	UBRELVY.....	11	VORANIGO.....	16
TRELEGY ELLIPTA.....	54	UDENYCA.....	25	<i>voriconazole</i>	11
TRELSTAR.....	43	UDENYCA AUTOINJECTOR		VOSEVI.....	18
TREMFYA.....	44	.....	25	VOWST.....	36
TREMFYA ONE-PRESS.....	44	<i>unithroid</i>	42	VRAYLAR.....	18
TREMFYA PEN.....	44	UPTRAVI.....	53	VUMERITY.....	31
TREMFYA PEN INDUCTION		<i>ursodiol</i>	36	<i>vyfemla (28)</i>	41
PK(2PEN).....	44	USTEKINUMAB.....	45	<i>vylibra</i>	41
TRESIBA FLEXTOUCH U-100		USTEKINUMAB-AEKN.....	45	VYZULTA.....	51
.....	24	V		W	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200		<i>valacyclovir</i>	19	<i>warfarin</i>	25
.....	24	VALCHLOR.....	12	WELIREG.....	37
TRESIBA U-100 INSULIN.....	24	<i>valganciclovir</i>	18	WINREVAIR.....	53
<i>tretinoin</i>	32	<i>valproic acid</i>	7	<i>wixela inhub</i>	54
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	15	<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	7	<i>wymzya fe</i>	41
<i>triamcinolone acetonide</i>	31, 33	<i>valsartan</i>	26	WYOST.....	49
<i>triamterene</i>	28	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>		X	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>		.....	28	XALKORI.....	15
.....	28	VALTOCO.....	7	XARELTO.....	25
<i>tridacaine ii</i>	2	<i>valtya</i>	41	XARELTO DVT-PE TREAT	
<i>trientine</i>	35	<i>vancomycin</i>	4	30D START.....	25
<i>tri-estarylla</i>	41	<i>vandazole</i>	4	XCOPRI.....	8
<i>trifluoperazine</i>	17	VANFLYTA.....	15	XCOPRI MAINTENANCE	
<i>trifluridine</i>	50	VAQTA (PF).....	48	PACK.....	8
<i>trihexyphenidyl</i>	16	<i>varenicline tartrate</i>	3	XCOPRI TITRATION PACK..	8
TRIJARDY XR.....	22, 23	VARIVAX (PF).....	48	XDEMVI.....	50
TRIKAFTA.....	53	VASCEPA.....	29	XELJANZ.....	45
TRILEPTAL.....	8	VAXCHORA VACCINE.....	48	XELJANZ XR.....	45
<i>tri-lo-estarylla</i>	41	<i>velivet triphasic regimen (28)</i>		<i>xelria fe</i>	41
<i>tri-lo-sprintec</i>	41	.....	41	XERMELO.....	36
<i>trimethoprim</i>	4	VELTASSA.....	35	XGEVA.....	49
<i>tri-mili</i>	41	VEMLIDY.....	18	XIFAXAN.....	36
<i>trimipramine</i>	10	VENCLEXTA.....	15	XIGDUO XR.....	23
TRINTELLIX.....	10	VENCLEXTA STARTING		XIIDRA.....	50
<i>tri-sprintec (28)</i>	41	PACK.....	15	XOFLUZA.....	21
TRIUMEQ.....	20	<i>venlafaxine</i>	10	XOLAIR.....	45
TRIUMEQ PD.....	20	<i>verapamil</i>	27	XOSPATA.....	15

Fecha de la última actualización del formulario: 04/01/2026.

XPOVIO.....	15	ZEGALOGUE		<i>zolmitriptan</i>	12
XTANDI	13	AUTOINJECTOR.....	23	<i>zolpidem</i>	54
<i>xulane</i>	41	ZEGALOGUE SYRINGE	23	ZONISADE	8
XYWAV.....	54	ZEJULA.....	15	<i>zonisamide</i>	8
Y		ZELBORAF	15	ZOSYN IN DEXTROSE (ISO-	
YESINTEK.....	45	<i>zenatane</i>	32	OSM)	5
YF-VAX (PF).....	48	<i>zenzedi</i>	30	<i>zovia 1-35 (28)</i>	41
YUPELRI	52	<i>zidovudine</i>	20	ZTALMY.....	7
<i>yuvafem</i>	41	<i>ziprasidone hcl</i>	18	ZURZUVAE	9
Z		<i>ziprasidone mesylate</i>	18	ZYDELIG	15
<i>zafemy</i>	41	ZIRGAN.....	50	ZYKADIA	15
<i>zafirlukast</i>	52	ZOLINZA	13		

Aviso de no discriminación y accesibilidad

La discriminación es ilegal.

SCAN Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad ni sexo (según la definición en el Título 45, sección 92.101(a)(2) del Código de Regulaciones Federales [CFR]). **SCAN Health Plan** no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

SCAN Health Plan:

- Proporciona modificaciones razonables y ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para garantizar una comunicación efectiva con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con Servicios para Miembros de SCAN Health Plan entre las 8:00 a. m. y las 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (los mensajes recibidos en días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil) llamando al número que se indica a continuación.

Servicios para Miembros de SCAN

SCAN Health Plan (California) 1-800-559-3500

SCAN Health Plan (Arizona) 1-855-650-7226

SCAN Health Plan (New Mexico) 1-855-826-7226

SCAN Health Plan (Nevada) 1-855-827-7226

SCAN Health Plan (Texas) 1-855-844-7226

SCAN Health Plan (Washington) 1-833-944-7226

VillageHealth 1-800-399-7226

TTY: 711

Cómo presentar una queja

Si considera que SCAN Health Plan no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante: **Peter Yanez, Civil Rights Coordinator, Attn: Grievance and Appeals Department, P.O. Box 22616, Long Beach, CA 90801-5616,**

562-989-5140, o FAX (562) 989-0958. Puede presentar un reclamo en persona, por correo o por fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, **Peter Yanez, Coordinador de Derechos Civiles,** está disponible para ayudarle.

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

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

Teléfono: 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697

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

English - ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-399-7226 (TTY: 711) or speak to your provider."

Spanish - ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-399-7226 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Simplified Chinese - 中文 - 注意: 如果您说中文, 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-800-399-7226 (文本电话: 711) 或咨询您的服务提供商。"

Traditional Chinese - 台語

注意: 如果您說台語, 我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務, 以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-399-7226 (TTY: 711) 或與您的提供者討論。」

Korean - 한국어 - 주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-399-7226(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오."

Vietnamese - Việt - LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-399-7226 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn."

Arabic

العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-399-7226 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

French - ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-399-7226 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

Tagalog - PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-399-7226 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.”

German - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-399-7226 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Hindi - हिंदी - ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-399-7226 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।”

Japanese - 日本語 - 注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-399-7226 (TTY: 711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Farsi

فارسي

توجه: اگر وارد کردن زبان صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-800-399-7226 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

Russian – РУССКИЙ - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-399-7226 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Telugu – తెలుగు - సావధానం: మీరు తెలుగు మాట్లాడితే, మీకు ఉచిత భాషా సహాయ సేవలు అందుబాటులో ఉంటాయి. యాక్సెస్ చేయగల ఫార్మాట్లలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక సహాయాలు మరియు సేవలు కూడా ఉచితంగా అందుబాటులో ఉంటాయి. 1-800-399-7226 (TTY: 711)కి కాల్ చేయండి లేదా మీ ప్రొవైడర్ తో మాట్లాడండి.

Portuguese - ATENÇÃO: Se você fala [inserir idioma], serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-399-7226 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.



El formulario y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026. Para obtener información más reciente o si tiene preguntas, póngase en contacto con Servicios para Miembros de VillageHealth, al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (los mensajes recibidos en días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil). También puede visitar www.villagehealthca.com.

SCAN Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad ni sexo.