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

Lista de medicamentos cubiertos o “Lista de medicamentos”

VillageHealth
by SCAN Health Plan®

Este formulario se actualizó el 8/22/2025. 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, 9

Este formulario se actualizó el 8/22/2025. 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 agosto de 2025. 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 Scripts℠ 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

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

Fecha de la última actualización del formulario 8/22/2025

¿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 agosto de 2025. 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.

¿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, viste 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	Medica-mentos 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	Medica-mentos 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		
celecoxib	2	EDS
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	1	EDS
diclofenac sodium oral	1	EDS
diclofenac sodium topical drops	4	QL (450 ML per 28 days); EDS
diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump	4	QL (224 GM per 28 days); EDS
diflunisal	2	EDS
etodolac	2	EDS
ibu oral tablet 600 mg, 800 mg	1	EDS
ibuprofen oral suspension	1	EDS
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	1	EDS
indomethacin oral capsule	2	EDS
indomethacin oral capsule, extended release	2	EDS
ketorolac oral	2	EDS
LODINE ORAL TABLET	2	EDS
meloxicam oral tablet	1	EDS
nabumetone	2	EDS
naproxen oral tablet	1	EDS
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	1	EDS
naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg	1	EDS
piroxicam	2	EDS
sulindac	2	EDS
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr	3	QL (15 EA per 30 days); EDS
methadone oral solution	2	EDS
methadone oral tablet	2	EDS
morphine oral tablet extended release	3	QL (120 EA per 30 days); EDS
tramadol oral tablet extended release 24 hr	3	QL (30 EA per 30 days); EDS
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml	2	QL (5000 ML per 30 days); EDS
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg	2	QL (360 EA per 30 days); EDS
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
butorphanol nasal	2	QL (10 ML per 30 days); EDS
codeine sulfate	2	EDS
endocet oral tablet 10-325 mg	3	QL (180 EA per 30 days); EDS
endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	3	QL (360 EA per 30 days); EDS
endocet oral tablet 7.5-325 mg	3	QL (240 EA per 30 days); EDS
hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml	3	QL (5500 ML per 30 days); EDS
hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml	2	QL (5500 ML per 30 days); EDS
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg	2	QL (180 EA per 30 days); EDS
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	2	QL (360 EA per 30 days); EDS
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg	2	QL (150 EA per 30 days); EDS
hydromorphone oral liquid	2	EDS
hydromorphone oral tablet	2	EDS
morphine concentrate oral solution	2	EDS
morphine oral solution	2	EDS
morphine oral tablet	2	EDS
oxycodone oral capsule	2	EDS
oxycodone oral concentrate	2	EDS
oxycodone oral solution	2	EDS
oxycodone oral tablet	2	EDS
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	3	QL (180 EA per 30 days); EDS
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	3	QL (360 EA per 30 days); EDS
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	3	QL (240 EA per 30 days); EDS
tramadol oral tablet 100 mg	2	QL (120 EA per 30 days); EDS
tramadol oral tablet 50 mg	2	EDS
tramadol-acetaminophen	2	QL (240 EA per 30 days); EDS
ANESTHETICS		
LOCAL ANESTHETICS		
lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)	2	QL (50 ML per 30 days); EDS
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	3	PA; EDS
lidocaine topical ointment	4	QL (50 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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
lidocaine-prilocaine topical cream	3	QL (30 GM per 30 days); EDS
lidocan iii	3	PA; EDS
tridacaine ii	3	PA; EDS
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS		
ALCOHOL DETERRENTS/ANTI-CRAVING		
acamprosate	2	EDS
disulfiram	2	EDS
naltrexone	1	EDS
OPIOID DEPENDENCE		
buprenorphine hcl sublingual	1	EDS
buprenorphine-naloxone	2	EDS
OPIOID REVERSAL AGENTS		
KLOXXADO	3	EDS
naloxone injection solution	2	EDS
naloxone injection syringe	2	EDS
OPVEE	4	EDS
SMOKING CESSATION AGENTS		
bupropion hcl (smoking deter)	2	EDS
NICOTROL NS	4	EDS
varenicline tartrate	4	EDS
ANTIBACTERIALS		
AMINOGLYCOSIDES		
amikacin injection solution 500 mg/2 ml	2	EDS
ARIKAYCE	5	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
gentamicin injection	2	EDS
gentamicin topical	2	EDS
neomycin	2	EDS
STREPTOMYCIN	4	EDS
tobramycin sulfate injection solution	2	EDS
ANTIBACTERIALS, OTHER		
aztreonam	4	EDS
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY	3	EDS
clindamycin hcl	2	EDS
clindamycin in 5 % dextrose	2	EDS
clindamycin pediatric	2	EDS
clindamycin phosphate injection	2	EDS
clindamycin phosphate topical swab	2	EDS
clindamycin phosphate vaginal	2	EDS
colistimethate inj	4	EDS
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 350 MG	5	
daptomycin intravenous recon soln 500 mg	5	
fosfomycin tromethamine	4	EDS
IMPAVIDO	5	PA
linezolid	4	EDS
linezolid in dextrose 5%	4	EDS
methenamine hippurate	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
metronidazole in nacl (iso-os)	2	EDS
metronidazole oral capsule	2	EDS
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	2	EDS
metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)	2	EDS
nitrofurantoin macrocrystal	2	EDS
nitrofurantoin monohyd/m-cryst	2	EDS
SIVEXTRO	5	
tigecycline	4	EDS
tinidazole	3	EDS
trimethoprim	2	EDS
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 500 mg, 750 mg	3	EDS
vancomycin oral capsule	4	EDS
vancomycin oral recon soln 50 mg/ml	4	EDS
vandazole	2	EDS
BETA-LACTAM, CEPHALOSPORINS		
cefaclor oral capsule	2	EDS
cefaclor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml	2	EDS
cefaclor oral tablet extended release 12 hr	2	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
cefadroxil oral capsule	2	EDS
cefadroxil oral tablet	2	EDS
cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg	2	EDS
cefdinir	2	EDS
cefepime injection	2	EDS
cefixime oral capsule	3	EDS
cefixime oral suspension for reconstitution	4	EDS
cefoxitin	2	EDS
cefpodoxime oral tablet	2	EDS
cefprozil	2	EDS
ceftazidime	2	EDS
ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg	2	EDS
cefuroxime axetil oral tablet	2	EDS
cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg	2	EDS
cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram	2	EDS
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	1	EDS
cephalexin oral suspension for reconstitution	1	EDS
tazicef injection	2	EDS
TEFLARO	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
BETA-LACTAM, PENICILLINS		
amoxicillin oral capsule	1	EDS
amoxicillin oral suspension for reconstitution	1	EDS
amoxicillin oral tablet	1	EDS
amoxicillin oral tablet,chewable 125 mg, 250 mg	1	EDS
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution	2	EDS
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet	2	EDS
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr	2	EDS
ampicillin oral capsule 500 mg	2	EDS
ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram	2	EDS
ampicillin-sulbactam injection	2	EDS
BICILLIN L-A	4	EDS
dicloxacillin	2	EDS
nafcillin injection	4	EDS
penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit	2	EDS
penicillin g sodium	2	EDS
penicillin v potassium	2	EDS
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram	3	EDS
ZOSYN IN DEXTROSE (ISO-OSM) INTRAVENOUS PIGGYBACK 2.25 GRAM/50 ML	4	EDS
CARBAPENEMS		
ertapenem	4	EDS
imipenem-cilastatin	2	EDS
meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg	3	EDS
MACROLIDES		
azithromycin intravenous	2	EDS
azithromycin oral suspension for reconstitution	2	EDS
azithromycin oral tablet	2	EDS
clarithromycin	2	EDS
DIFICID ORAL TABLET	5	QL (20 EA per 10 days)
ERYTHROCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	4	EDS
erythromycin ethylsuccinate oral tablet	4	EDS
erythromycin oral	4	EDS
QUINOLONES		

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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	1	EDS
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml	2	EDS
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml	2	EDS
levofloxacin oral solution	2	EDS
levofloxacin oral tablet	1	EDS
moxifloxacin oral	2	EDS
moxifloxacin-sod.chloride(iso)	4	EDS
ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg	2	EDS
SULFONAMIDES		
sulfacetamide sodium (acne)	2	EDS
sulfadiazine	4	EDS
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension	2	EDS
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet	1	EDS
TETRACYCLINES		
demeclocycline	4	EDS
doxy-100	2	EDS
doxycycline hyclate intravenous	4	EDS
doxycycline hyclate oral capsule	2	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg	2	EDS
doxycycline monohydrate oral capsule	2	EDS
doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution	2	EDS
doxycycline monohydrate oral tablet	2	EDS
minocycline oral capsule	2	EDS
minocycline oral tablet	2	EDS
tetracycline oral capsule	3	EDS
ANTICONVULSANTS		
ANTICONVULSANTS, OTHER		
BRIVIACT ORAL SOLUTION	4	PA; EDS
BRIVIACT ORAL TABLET	5	PA
EPIDIOLEX	5	PA; LD
felbamate oral suspension	4	EDS
felbamate oral tablet 400 mg	2	EDS
felbamate oral tablet 600 mg	4	EDS
FINTEPLA	5	PA
FYCOMPA	4	PA; EDS
levetiracetam oral solution 100 mg/ml	2	EDS
levetiracetam oral tablet	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
levetiracetam oral tablet extended release 24 hr	2	EDS
LEVETIRACETAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION	4	EDS
NAYZILAM	4	PA; EDS
roweepra oral tablet 500 mg	2	EDS
SPRITAM	4	EDS
valproic acid	2	EDS
valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml	2	EDS
CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS		
ethosuximide	2	EDS
methsuximide	4	EDS
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
clobazam oral suspension	4	PA; EDS
clobazam oral tablet	4	PA; EDS
clonazepam oral tablet	3	EDS
clonazepam oral tablet,disintegrating	4	EDS
DIACOMIT	5	PA
diazepam rectal	4	EDS
divalproex	2	EDS
gabapentin oral capsule	2	EDS
gabapentin oral solution 250 mg/5 ml	2	EDS
gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg	2	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
phenobarbital	2	EDS
pregabalin oral capsule	2	EDS
pregabalin oral solution	2	EDS
PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG	3	EDS
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	2	EDS
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5	PA
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	PA; EDS
tiagabine	4	EDS
VALTOCO	4	PA; EDS
vigabatrin	5	LD
vigadrone	5	LD
VIGAFYDE	5	
vigpoder	5	LD
ZTALMY	5	LD
SODIUM CHANNEL AGENTS		
APTIOM	5	PA
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr	3	EDS
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml	2	EDS
carbamazepine oral tablet	2	EDS
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr	3	EDS
carbamazepine oral tablet,chewable 100 mg	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
CARBAMAZEPINE ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MG	3	EDS
DILANTIN 30 MG	3	EDS
DILANTIN EXTENDED 100 MG	3	EDS
DILANTIN INFATABS	3	EDS
DILANTIN-125	3	EDS
epitol	2	EDS
eslicarbazepine	3	PA; EDS
lacosamide oral	4	EDS
oxcarbazepine oral suspension	4	EDS
oxcarbazepine oral tablet	2	EDS
PHENYTEK	2	EDS
phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml	2	EDS
phenytoin oral tablet,chewable	2	EDS
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg	2	EDS
rufinamide	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
zonisamide	2	EDS
ANTIDEMENTIA AGENTS		
CHOLINESTERASE INHIBITORS		
donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg	2	EDS
donepezil oral tablet,disintegrating	2	EDS
galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr	2	QL (30 EA per 30 days); EDS
galantamine oral solution	4	QL (200 ML per 30 days); EDS
galantamine oral tablet	2	QL (60 EA per 30 days); EDS
rivastigmine	4	QL (30 EA per 30 days); EDS
rivastigmine tartrate	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST		
memantine oral solution	4	EDS
memantine oral tablet	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
MEMANTINE ORAL TABLETS,DOSE PACK	4	EDS
ANTIDEPRESSANTS		
ANTIDEPRESSANTS, OTHER		
AUVELITY	5	
bupropion hcl oral tablet	2	EDS
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg	2	EDS
BUPROPION HCL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 450 MG	3	EDS
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr	2	EDS
mirtazapine	1	EDS
perphenazine-amitriptyline	4	PA; EDS
ZURZUVAE	5	PA
MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS		
EMSAM	5	
MARPLAN	4	EDS
phenelzine	2	EDS
tranylcypromine	4	EDS
SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS/SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR		
citalopram oral solution	2	EDS
citalopram oral tablet	1	EDS
DESVENLAFAXINE	4	EDS
desvenlafaxine succinate	3	EDS
DRIZALMA SPRINKLE	4	EDS
escitalopram oxalate	2	EDS
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	4	EDS
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR	4	EDS
fluoxetine (pmdd)	2	EDS
fluoxetine oral capsule	2	EDS
fluoxetine oral solution	2	EDS
fluoxetine oral tablet 10 mg, 20 mg	2	EDS
fluvoxamine oral tablet	2	EDS
nefazodone	2	EDS
paroxetine hcl oral suspension	4	EDS
paroxetine hcl oral tablet	1	EDS
paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr	4	EDS
RALDESY	4	PA; EDS
sertraline oral concentrate	2	EDS
sertraline oral tablet	1	EDS
trazodone	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
TRINTELLIX	4	EDS
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr	2	EDS
venlafaxine oral tablet	2	EDS
vilazodone	3	EDS
TRICYCLICS		
amitriptyline	4	PA; EDS
amoxapine	3	EDS
clomipramine	4	PA; EDS
desipramine	4	PA; EDS
doxepin oral capsule	4	PA; EDS
doxepin oral concentrate	4	PA; EDS
imipramine hcl	4	PA; EDS
nortriptyline	4	EDS
protriptyline	3	EDS
trimipramine	2	EDS
ANTIEMETICS		
ANTIEMETICS, OTHER		
compro	4	EDS
meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	2	EDS
prochlorperazine	4	EDS
prochlorperazine maleate oral	2	EDS
promethazine oral	2	EDS
promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg	3	EDS
promethegan rectal suppository 25 mg, 50 mg	4	EDS
scopolamine base	3	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS		
aprepitant oral capsule 125 mg, 80 mg	4	PA; EDS
aprepitant oral capsule,dose pack	4	PA; EDS
dronabinol	4	PA; EDS
granisetron hcl oral	2	B vs D; EDS
ondansetron hcl oral solution	2	B vs D; EDS
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	2	B vs D; EDS
ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg	2	B vs D; EDS
ANTIFUNGALS		
ANTIFUNGALS		
ABELCET	4	B vs D; EDS
AMBISOME	5	B vs D
amphotericin b	2	B vs D; EDS
amphotericin b liposome	5	B vs D
caspofungin	4	EDS
clotrimazole mucous membrane	2	EDS
clotrimazole topical	2	EDS
CRESEMBA ORAL	5	PA
econazole nitrate	4	EDS
fluconazole	2	EDS
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
flucytosine	5	
griseofulvin microsize	4	EDS
itraconazole	4	EDS
ketoconazole oral	2	EDS
ketoconazole topical cream	2	EDS
ketoconazole topical shampoo	2	EDS
micafungin	4	EDS
nyamyc	2	EDS
nystatin	2	EDS
nystop	2	EDS
posaconazole oral suspension	4	PA; EDS
posaconazole oral tablet,delayed release (dr/ec)	5	PA
terbinafine hcl oral	2	EDS
terconazole	2	EDS
voriconazole intravenous	5	PA
voriconazole oral suspension for reconstitution	5	
voriconazole oral tablet	4	EDS
ANTIGOUT AGENTS		
ANTIGOUT AGENTS		
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	1	EDS
colchicine oral tablet	3	QL (120 EA per 30 days); EDS
febuxostat	3	EDS
probenecid	2	EDS
probenecid-colchicine	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		
dihydroergotamine nasal	5	PA; QL (8 ML per 30 days)
ergotamine-caffeine	3	EDS
PROPHYLACTIC		
EPRONTIA	4	EDS
timolol maleate oral	1	EDS
topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg	2	EDS
TOPIRAMATE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 50 MG	4	EDS
topiramate oral tablet	2	EDS
SEROTONIN (5-HT) RECEPTOR AGONIST		
naratriptan	2	QL (8 EA per 30 days); EDS
rizatriptan	2	EDS
sumatriptan	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
sumatriptan succinate oral	2	EDS
sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml	4	EDS
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector	4	EDS
sumatriptan succinate subcutaneous solution	4	EDS
zolmitriptan oral tablet 2.5 mg	3	QL (12 EA per 30 days); EDS
zolmitriptan oral tablet 5 mg	3	QL (6 EA per 30 days); EDS
zolmitriptan oral tablet,disintegrating 2.5 mg	3	QL (12 EA per 30 days); EDS
zolmitriptan oral tablet,disintegrating 5 mg	3	QL (6 EA per 30 days); EDS
ANTIMYASTHENIC AGENTS		
PARASYMPATHOMIMETICS		
pyridostigmine bromide oral syrup	4	EDS
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	3	EDS
pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg	4	EDS
ANTIMYCOBACTERIALS		
ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER		
dapsone oral	3	EDS
rifabutin	4	EDS
ANTITUBERCULARS		
ethambutol	2	EDS
isoniazid oral	2	EDS
PRIFTIN	4	EDS
pyrazinamide	4	EDS
rifampin	2	EDS
SIRTURO	5	
ANTINEOPLASTICS		
ALKYLATING AGENTS		
cyclophosphamide oral capsule	3	B vs D; EDS
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET	3	B vs D; EDS
GLEOSTINE	4	EDS
LEUKERAN	5	PA
MATULANE	5	
VALCHLOR	5	PA
ANTIANDROGENS		
abiraterone	5	PA
abirtega	4	PA; EDS
bicalutamide	2	EDS
ERLEADA	5	PA
EULEXIN	5	PA
nilutamide	5	
NUBEQA	5	PA; LD
XTANDI	5	PA
ANTIANGIOGENIC AGENTS		
lenalidomide	5	PA; LD
POMALYST	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	5	PA
ANTIESTROGENS/MODIFIERS		
ORSERDU	5	PA
SOLTAMOX	5	
tamoxifen	2	EDS
toremifene	5	
ANTIMETABOLITES		
hydroxyurea	2	EDS
mercaptopurine oral suspension	5	
mercaptopurine oral tablet	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
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	
OGSIVEO	5	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
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		
anastrozole	2	EDS
exemestane	3	EDS
letrozole	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
BRUKINSA ORAL CAPSULE	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
dasatinib	5	PA
DAURISMO	5	PA
ERIVEDGE	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
erlotinib	5	PA
everolimus (antineoplastic)	5	PA
FOTIVDA	5	PA; LD
FRUZAQLA	5	PA
GAVRETO	5	PA; LD
gefitinib	5	PA
GILOTRIF	5	PA
GOMEKLI	5	PA
IBRANCE ORAL CAPSULE	5	PA
ICLUSIG	5	PA
IDHIFA	5	PA; LD
imatinib oral tablet 100 mg	4	PA; EDS
imatinib oral tablet 400 mg	5	PA
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
lapatinib	5	PA
LENVIMA	5	PA
LORBRENA	5	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
LUMAKRAS	5	PA
LYNPARZA	5	PA
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	5	PA; LD
MEKINIST	5	PA
MEKTOVI	5	PA; LD
NERLYNX	5	PA; LD
nilotinib hcl	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
pazopanib	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
sorafenib	5	PA
STIVARGA	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
sunitinib malate	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
torpenz	5	PA
TRUQAP	5	PA
TUKYSA	5	PA; LD
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	5	PA; LD
VANFLYTA	5	PA
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 50 MG	3	PA; EDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA
VERZENIO	5	PA; LD
VITRAKVI	5	PA; LD
VIZIMPRO	5	PA
XALKORI	5	PA
XOSPATA	5	PA; LD

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
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		
bexarotene	5	PA
PANRETIN	5	
tretinoin (antineoplastic)	5	
TREATMENT ADJUNCTS		
leucovorin calcium oral	2	EDS
mesna oral	4	EDS
VORANIGO	5	PA
ANTIPARASITICS		
ANTHELMINTICS		
albendazole	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ivermectin oral tablet 3 mg	2	EDS
ivermectin oral tablet 6 mg	3	EDS
praziquantel	4	EDS
ANTIPROTOZOALS		
atovaquone	4	EDS
atovaquone-proguanil	2	EDS
chloroquine phosphate	2	EDS
COARTEM	3	EDS
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	2	EDS
mefloquine	2	EDS
NEBUPENT	4	B vs D; EDS
nitazoxanide	5	
pentamidine inhalation	3	B vs D; EDS
pentamidine injection	4	EDS
PRIMAQUINE	3	EDS
pyrimethamine	5	PA
quinine sulfate	3	PA; EDS
ANTIPARKINSON AGENTS		
ANTICHOLINERGICS		
benztropine oral	4	PA; EDS
trihexyphenidyl	3	EDS
ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER		
carbidopa-levodopa-entacapone	4	EDS
entacapone	4	EDS
DOPAMINE AGONISTS		
apomorphine	5	PA
bromocriptine	2	EDS
NEUPRO	4	QL (30 EA per 30 days); EDS
pramipexole oral tablet	2	EDS
ropinirole oral tablet	2	EDS
DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS		
carbidopa	4	EDS
carbidopa-levodopa	2	EDS
MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS		
rasagiline	4	EDS
selegiline hcl	2	EDS
ANTIPSYCHOTICS		
1ST GENERATION/TYPICAL		
chlorpromazine oral	4	PA; EDS
fluphenazine decanoate	4	EDS
fluphenazine hcl	4	EDS
haloperidol	2	EDS
haloperidol decanoate	2	EDS
haloperidol lactate injection	2	EDS
haloperidol lactate oral	2	EDS
loxapine succinate	2	EDS
molindone	2	EDS
perphenazine	4	EDS
pimozide	2	EDS
thioridazine	2	EDS
thiothixene	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
trifluoperazine	2	EDS
2ND GENERATION/ATYPICAL		
ABILIFY ASIMTUFII	5	
ABILIFY MAINTENA	5	
aripiprazole oral solution	3	EDS
aripiprazole oral tablet	3	EDS
aripiprazole oral tablet,disintegrating	4	EDS
ARISTADA	5	
ARISTADA INITIO	4	EDS
asenapine maleate	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	
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	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	4	EDS
INVEGA TRINZA	5	
lurasidone	4	EDS
NUPLAZID	5	PA
olanzapine intramuscular	2	EDS
olanzapine oral tablet	2	EDS
olanzapine oral tablet,disintegrating	4	EDS
OPIPZA	5	
paliperidone	4	EDS
quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	2	EDS
quetiapine oral tablet extended release 24 hr	3	EDS
REXULTI ORAL TABLET	5	
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml	4	EDS
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml	5	
risperidone oral solution	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
risperidone oral tablet	2	EDS
risperidone oral tablet,disintegrating	2	EDS
SECUADO	5	PA
VRAYLAR ORAL CAPSULE	4	EDS
ziprasidone hcl	2	EDS
ziprasidone mesylate	3	EDS
TREATMENT-RESISTANT		
clozapine oral tablet	3	EDS
clozapine oral tablet,disintegrating	4	EDS
VERSACLOZ	5	
ANTISPASTICITY AGENTS		
ANTISPASTICITY AGENTS		
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	2	EDS
tizanidine oral capsule	3	EDS
tizanidine oral tablet	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)
valganciclovir oral recon soln	4	EDS
valganciclovir oral tablet	3	EDS
ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS		
adefovir	4	EDS
BARACLUDE ORAL SOLUTION	4	EDS
entecavir	4	EDS
lamivudine oral tablet 100 mg	3	EDS
VEMLIDY	5	
ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS		
EPCLUSA	5	PA
HARVONI	5	PA
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	5	PA
ribavirin oral capsule	3	EDS
ribavirin oral tablet 200 mg	3	EDS
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	5	PA
VOSEVI	5	PA
ANTIHERPETIC AGENTS		
acyclovir oral capsule	2	EDS
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml	4	EDS
acyclovir oral tablet	2	EDS
acyclovir sodium intravenous solution	2	B vs D; EDS
famciclovir	2	EDS
valacyclovir	2	EDS
ANTI-HIV AGENTS, INTEGRASE INHIBITORS (INSTI)		
BIKTARVY	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
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
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI)		
COMPLERA	5	
DELSTRIGO	5	
EDURANT	5	
efavirenz oral tablet	4	EDS
efavirenz-emtricitabin-tenofov	4	EDS
efavirenz-lamivu-tenofov disop	5	
emtricita-rilpivirine-tenof df	5	
etravirine oral tablet 100 mg	4	EDS
etravirine oral tablet 200 mg	5	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	EDS
nevirapine oral suspension	4	EDS
nevirapine oral tablet	2	EDS
nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg	4	EDS
PIFELTRO	5	
ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI)		
abacavir	4	EDS
abacavir-lamivudine	4	EDS
CIMDUO	5	
DESCOVY	5	
emtricitabine	4	EDS
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 167-250 mg, 200-300 mg	4	EDS
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 133-200 mg	5	
EMTRIVA ORAL SOLUTION	4	EDS
lamivudine oral solution	2	EDS
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg	3	EDS
lamivudine-zidovudine	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ODEFSEY	5	
tenofovir disoproxil fumarate	4	EDS
TRIUMEQ	5	
TRIUMEQ PD	4	EDS
VIREAD ORAL POWDER	4	EDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	
zidovudine	2	EDS
ANTI-HIV AGENTS, OTHER		
maraviroc	5	
RUKOBIA	5	
SELZENTRY ORAL SOLUTION	3	EDS
SUNLENCA ORAL	5	
TYBOST	3	EDS
ANTI-HIV AGENTS, PROTEASE INHIBITORS (PI)		
APTIVUS	5	
atazanavir	4	EDS
darunavir oral tablet 600 mg	4	EDS
darunavir oral tablet 800 mg	5	
EVOTAZ	5	
fosamprenavir	5	
KALETRA ORAL SOLUTION	4	EDS
lopinavir-ritonavir oral tablet	4	EDS
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET	3	EDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	5	
PREZISTA ORAL SUSPENSION	4	EDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	4	EDS
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET	5	
ritonavir	3	EDS
SYMTUZA	5	
VIRACEPT ORAL TABLET	5	
ANTI-INFLUENZA AGENTS		
amantadine hcl	2	EDS
oseltamivir oral capsule	2	EDS
oseltamivir oral suspension for reconstitution	3	EDS
RELENZA DISKHALER	3	EDS
rimantadine	2	EDS
XOFLUZA ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	4	EDS
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
PAXLOVID	3	EDS
ANXIOLYTICS		
ANXIOLYTICS, OTHER		
buspirone	2	EDS
meprobamate	4	EDS
BENZODIAZEPINES		

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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	2	QL (120 EA per 30 days); EDS
alprazolam oral tablet 2 mg	2	QL (150 EA per 30 days); EDS
clorazepate dipotassium	4	EDS
diazepam intensol	4	PA; EDS
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)	4	PA; EDS
diazepam oral tablet	3	PA; EDS
lorazepam intensol	3	EDS
lorazepam oral tablet	2	EDS
BIPOLAR AGENTS		
MOOD STABILIZERS		
lamotrigine oral tablet	2	EDS
lamotrigine oral tablet, chewable dispersible	2	EDS
lamotrigine oral tablet,disintegrating	4	EDS
lithium carbonate	2	EDS
lithium citrate	2	EDS
subvenite	2	EDS
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
ANTIDIABETIC AGENTS		
acarbose	2	EDS
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	1	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg	1	EDS
glipizide oral tablet extended release 24hr	1	EDS
glipizide-metformin	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
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
liraglutide	4	PA; QL (9 ML per 30 days); EDS
metformin oral tablet 1,000 mg, 500 mg, 850 mg	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
metformin oral tablet extended release 24 hr	1	EDS
MOUNJARO	3	PA; QL (2 ML per 30 days); EDS
nateglinide	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
pioglitazone	1	EDS
pioglitazone-glimepiride	2	QL (30 EA per 30 days); EDS
pioglitazone-metformin	2	EDS
repaglinide	2	EDS
RYBELSUS	3	PA; QL (30 EA per 30 days); EDS
saxagliptin	3	QL (30 EA per 30 days); EDS
saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 5-1,000 mg, 5-500 mg	3	QL (30 EA per 30 days); EDS
SOLIQUA 100/33	3	EDS
SYMLINPEN 120	5	
SYMLINPEN 60	5	
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
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		
diazoxide	5	
glucagon emergency kit (human)	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
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
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

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
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
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

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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN	3	EDS
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN	3	EDS
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN 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
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		
dabigatran etexilate	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
ELIQUIS	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	3	QL (74 EA per 180 days); EDS
enoxaparin subcutaneous syringe	4	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 7.5 mg/0.6 ml	5	
fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/0.4 ml	4	EDS
heparin (porcine) injection solution	2	B vs D; EDS
jantoven	1	EDS
rivaroxaban oral tablet	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
warfarin	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		
anagrelide	2	EDS
eltrombopag olamine oral powder in packet	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
FULPHILA	5	PA
NIVESTYM	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
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
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		
tranexamic acid oral	3	EDS
PLATELET MODIFYING AGENTS		
aspirin-dipyridamole	4	EDS
cilostazol	2	EDS
clopidogrel oral tablet 75 mg	1	EDS
dipyridamole oral	2	EDS
prasugrel hcl	2	EDS
ticagrelor	3	EDS
CARDIOVASCULAR AGENTS		
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS		
clonidine transdermal patch	4	EDS
clonidine hcl oral tablet	1	EDS
droxidopa oral capsule 100 mg	4	PA; EDS
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	5	PA
guanfacine oral tablet	2	EDS
midodrine	3	EDS
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
candesartan	2	EDS
irbesartan	1	EDS
losartan	1	EDS
olmesartan	2	EDS
telmisartan	2	EDS
valsartan oral tablet	1	EDS
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS		
benazepril	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
captopril	1	EDS
enalapril maleate oral tablet	1	EDS
fosinopril	1	EDS
lisinopril	1	EDS
moexipril	1	EDS
perindopril erbumine	1	EDS
quinapril	1	EDS
ramipril	1	EDS
trandolapril	1	EDS
ANTIARRHYTHMICS		
amiodarone oral	2	EDS
digoxin oral solution	2	EDS
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	2	EDS
disopyramide phosphate oral capsule	4	EDS
dofetilide	4	EDS
flecainide	2	EDS
LANOXIN ORAL	3	EDS
mexiletine	2	EDS
MULTAQ	3	EDS
pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	2	EDS
propafenone oral tablet	2	EDS
quinidine gluconate oral	4	EDS
quinidine sulfate oral tablet	2	EDS
sotalol af	2	EDS
sotalol oral	2	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
acebutolol	2	EDS
atenolol	1	EDS
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg	2	EDS
carvedilol	1	EDS
labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg	2	EDS
metoprolol succinate	2	EDS
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	EDS
nadolol	2	EDS
nebivolol	2	EDS
pindolol	2	EDS
propranolol oral capsule,extended release 24 hr	2	EDS
propranolol oral solution	2	EDS
propranolol oral tablet	1	EDS
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, DIHYDROPYRIDINES		
amlodipine	1	EDS
felodipine	2	EDS
isradipine	2	EDS
nicardipine oral	2	EDS
nifedipine	2	EDS
nimodipine oral capsule	4	EDS
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES		

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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
cartia xt	2	EDS
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr	2	EDS
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg	2	EDS
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	2	EDS
diltiazem hcl oral tablet	2	EDS
dilt-xr	2	EDS
tiadylt er	2	EDS
verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct	2	EDS
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr	2	EDS
verapamil oral tablet	1	EDS
verapamil oral tablet extended release	2	EDS
CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER		
aliskiren	3	EDS
amiloride-hydrochlorothiazide	1	EDS
amlodipine-atorvastatin	2	EDS
amlodipine-benazepril	1	EDS
amlodipine-olmesartan	2	EDS
amlodipine-valsartan	1	EDS
amlodipine-valsartan-hcthiazid	2	EDS
atenolol-chlorthalidone	1	EDS
benazepril-hydrochlorothiazide	1	EDS
bisoprolol-hydrochlorothiazide	2	EDS
enalapril-hydrochlorothiazide	1	EDS
ENTRESTO	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
ENTRESTO SPRINKLE	3	QL (240 EA per 30 days); EDS
fosinopril-hydrochlorothiazide	1	EDS
irbesartan-hydrochlorothiazide	1	EDS
ivabradine	4	PA; QL (60 EA per 30 days); EDS
lisinopril-hydrochlorothiazide	1	EDS
losartan-hydrochlorothiazide	1	EDS
metoprolol ta-hydrochlorothiaz	2	EDS
metyrosine	5	PA
olmesartan-amlodipin-hcthiazid	2	EDS
olmesartan-hydrochlorothiazide	2	EDS
pentoxifylline	2	EDS
quinapril-hydrochlorothiazide	1	EDS
ranolazine	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
spironolacton-hydrochlorothiaz	1	EDS
triamterene-hydrochlorothiazid	1	EDS
valsartan-hydrochlorothiazide	1	EDS
DIURETICS, LOOP		
bumetanide	2	EDS
furosemide injection solution	2	EDS
furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	1	EDS
furosemide oral tablet	1	EDS
torsemide oral	2	EDS
DIURETICS, POTASSIUM-SPARING		
amiloride	2	EDS
triamterene	4	EDS
DIURETICS, THIAZIDE		
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	1	EDS
hydrochlorothiazide	1	EDS
indapamide	1	EDS
metolazone	2	EDS
DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES		
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg	2	EDS
fenofibrate capsule 43 mg, 130 mg	2	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
fenofibrate oral tablet 48 mg, 54 mg, 145 mg, 160 mg	2	EDS
fenofibric acid (choline)	3	EDS
gemfibrozil	2	EDS
DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS		
atorvastatin	1	EDS
lovastatin	1	EDS
pravastatin	1	EDS
rosuvastatin	1	EDS
simvastatin	1	EDS
DYSLIPIDEMICS, OTHER		
cholestyramine (with sugar) oral powder in packet	2	EDS
cholestyramine light oral powder in packet	2	EDS
colesevelam	4	EDS
colestipol oral packet	2	EDS
colestipol oral tablet	2	EDS
ezetimibe	2	EDS
ezetimibe-simvastatin	3	EDS
icosapent ethyl	4	EDS
NEXLETOL	3	PA; EDS
NEXLIZET	3	PA; EDS
niacin oral tablet extended release 24 hr	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
omega-3 acid ethyl esters	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
prevalite oral powder in packet	2	EDS
REPATHA	3	PA; EDS
REPATHA PUSHTRONEX	3	PA; EDS
REPATHA SURECLICK	3	PA; EDS
VASCEPA	4	EDS
MINERALOCORTICOID RECEPTOR ANTAGONISTS		
eplerenone	3	EDS
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	PA; EDS
spironolactone oral tablet	1	EDS
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		
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	2	EDS
isosorbide mononitrate	2	EDS
nitro-bid	2	EDS
nitroglycerin sublingual	2	EDS
nitroglycerin transdermal patch 24 hour	2	EDS
nitroglycerin translingual	2	EDS
VERQUVO	3	QL (30 EA per 30 days); EDS
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL		
hydralazine oral	2	EDS
minoxidil oral	2	EDS
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, AMPHETAMINES		
dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 15 mg	4	QL (120 EA per 30 days); EDS
dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 5 mg	4	QL (30 EA per 30 days); EDS
dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg	3	QL (180 EA per 30 days); EDS
dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg	3	QL (120 EA per 30 days); EDS
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet	2	QL (60 EA per 30 days); EDS
zenzedi oral tablet 10 mg	3	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
zenzedi oral tablet 5 mg	3	QL (120 EA per 30 days); EDS
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES		
atomoxetine	3	EDS
clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr	2	EDS
dexmethylphenidate oral tablet	2	EDS
methylphenidate hcl oral tablet	2	EDS
methylphenidate hcl oral tablet extended release	3	EDS
CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER		
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
riluzole	3	EDS
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg	4	PA; QL (240 EA per 30 days); EDS
tetrabenazine oral tablet 25 mg	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
FIBROMYALGIA AGENTS		
duloxetine	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

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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/ML	5	PA
dalfampridine	3	PA; EDS
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg, 120 mg (14)-240 mg (46)	4	PA; EDS
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg	5	PA
fingolimod	5	PA
glatiramer	5	PA
glatopa	5	PA
teriflunomide	5	PA
VUMERITY	5	PA
DENTAL AND ORAL AGENTS		
DENTAL AND ORAL AGENTS		
cevimeline	3	EDS
chlorhexidine gluconate mucous membrane	2	EDS
doxycycline hyclate oral tablet 20 mg	2	EDS
kourzeq	2	EDS
lidocaine viscous	2	EDS
periogard	2	EDS
pilocarpine hcl oral	3	EDS
triamcinolone acetonide dental	2	EDS
DERMATOLOGICAL AGENTS		
ACNE AND ROSACEA AGENTS		

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	4	EDS
acitretin	4	PA; EDS
adapalene topical cream	4	EDS
adapalene topical gel 0.3 %	4	EDS
ALTRENO	3	PA; EDS
amnesteem	4	EDS
claravis	4	EDS
isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	4	EDS
metronidazole topical cream	3	EDS
metronidazole topical gel	3	EDS
metronidazole topical lotion	3	EDS
tazarotene topical cream	4	EDS
tazarotene topical gel	4	QL (100 GM per 30 days); EDS
tretinoin topical	3	PA; EDS
zenatane	4	EDS
DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS		
alclometasone	2	EDS
ammonium lactate	2	EDS
betamethasone dipropionate	2	EDS
betamethasone valerate topical cream	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
betamethasone valerate topical lotion	2	EDS
betamethasone valerate topical ointment	2	EDS
betamethasone, augmented	2	EDS
clobetasol scalp	4	EDS
clobetasol topical cream 0.05 %	4	EDS
clobetasol topical foam	4	EDS
clobetasol topical gel	4	EDS
clobetasol topical ointment	4	EDS
clobetasol-emollient	4	EDS
desonide topical cream	3	QL (120 GM per 30 days); EDS
desonide topical lotion	3	QL (118 ML per 30 days); EDS
desonide topical ointment	3	QL (120 GM per 30 days); EDS
desoximetasone topical cream 0.05 %	4	QL (120 GM per 30 days); EDS
desoximetasone topical cream 0.25 %	3	QL (120 GM per 30 days); EDS
desoximetasone topical gel	4	QL (120 GM per 30 days); EDS
desoximetasone topical ointment 0.05 %	4	QL (120 GM per 30 days); EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
desoximetasone topical ointment 0.25 %	3	QL (120 GM per 30 days); EDS
EUCRISA	4	PA; QL (120 GM per 30 days); EDS
fluocinolone and shower cap	3	EDS
fluocinolone topical cream	3	EDS
fluocinolone topical ointment	3	EDS
fluocinolone topical solution	3	EDS
fluocinonide topical cream 0.05 %	2	QL (60 GM per 30 days); EDS
fluocinonide topical gel	2	QL (60 GM per 30 days); EDS
fluocinonide topical ointment	2	QL (60 GM per 30 days); EDS
fluocinonide topical solution	2	EDS
fluocinonide-emollient	2	QL (60 GM per 30 days); EDS
fluticasone propionate topical cream	2	EDS
fluticasone propionate topical ointment	2	EDS
halobetasol propionate topical cream	2	EDS
halobetasol propionate topical ointment	2	EDS
hydrocortisone butyrate topical cream	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
hydrocortisone butyrate topical solution	2	EDS
hydrocortisone topical lotion 2.5 %	2	EDS
hydrocortisone topical ointment 2.5 %	2	EDS
hydrocortisone valerate	2	EDS
mometasone topical	2	EDS
pimecrolimus	4	QL (100 GM per 30 days); EDS
selenium sulfide topical lotion	2	EDS
tacrolimus topical	4	QL (100 GM per 30 days); EDS
triamcinolone acetonide topical cream	2	EDS
triamcinolone acetonide topical lotion	2	EDS
triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	2	EDS
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
calcipotriene scalp	3	EDS
calcipotriene topical cream	4	QL (120 GM per 30 days); EDS
calcipotriene topical ointment	4	QL (120 GM per 30 days); EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
clotrimazole-betamethasone	2	EDS
diclofenac sodium topical gel 3 %	4	PA; EDS
fluorouracil topical cream 5 %	3	EDS
fluorouracil topical solution	3	EDS
imiquimod topical cream in packet 5 %	3	EDS
methoxsalen	5	
nystatin-triamcinolone	3	EDS
OTEZLA	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
podofilox topical solution	2	EDS
REGRANEX	5	PA; QL (30 GM per 30 days)
SANTYL	3	QL (90 GM per 30 days); EDS
silver sulfadiazine	2	EDS
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

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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
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
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

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution	2	EDS
dextrose 5%-0.2 % sod chloride	2	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
klor-con oral packet 20	4	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
potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/100 ml, 20 meq/100 ml, 40 meq/100 ml	2	EDS
potassium chloride intravenous	2	EDS
potassium chloride oral capsule, extended release	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
potassium chloride oral liquid	4	EDS
potassium chloride oral packet	4	EDS
potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq	2	EDS
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals	2	EDS
potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l	2	EDS
potassium chloride-d5-0.9%nacl	2	EDS
potassium citrate oral tablet extended release	2	EDS
PROSOL 20 %	4	B vs D; EDS
sodium chloride 0.45 % intravenous	2	EDS
sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution	2	EDS
sodium chloride 3 % hypertonic	2	EDS
sodium chloride 5 % hypertonic	2	EDS
TPN ELECTROLYTES	3	EDS
travasol 10 %	4	B vs D; EDS
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS		
deferasirox	3	PA; EDS
deferiprone	5	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
JYNARQUE	5	PA; LD
penicillamine oral tablet	5	
tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablets, sequential	5	PA
trientine oral capsule 250 mg	5	
POTASSIUM BINDERS		
kionex (with sorbitol)	2	EDS
LOKELMA	3	EDS
sodium polystyrene sulfonate oral powder	2	EDS
sps (with sorbitol) oral	2	EDS
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	3	EDS
VITAMINS		
prenatal vitamin oral tablet	2	EDS
GASTROINTESTINAL AGENTS		
ANTI-CONSTIPATION AGENTS		
constulose	2	EDS
enulose	2	EDS
generlac	2	EDS
lactulose oral solution	2	EDS
LINZESS	3	EDS
lubiprostone	3	EDS
MOVANTIK	3	EDS
RELISTOR 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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	PA
TRULANCE	3	EDS
ANTI-DIARRHEAL AGENTS		
alosetron oral tablet 0.5 mg	4	PA; EDS
alosetron oral tablet 1 mg	5	PA
diphenoxylate-atropine	4	EDS
loperamide oral capsule	2	EDS
XERMELO	5	PA
ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL		
dicyclomine oral capsule	4	PA; EDS
dicyclomine oral solution	4	PA; EDS
dicyclomine oral tablet 20 mg	4	PA; EDS
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	2	EDS
GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER		
gavilyte-c	2	EDS
gavilyte-g	2	EDS
gavilyte-n	2	EDS
metoclopramide hcl oral solution	2	EDS
metoclopramide hcl oral tablet	2	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
nitroglycerin rectal	4	EDS
peg 3350-electrolytes	2	EDS
peg 3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c	3	EDS
peg 3350-nacl-na bicarbonate-kcl	2	EDS
PLENVU	3	EDS
sodium,potassium,mag sulfates	3	EDS
ursodiol oral capsule 300 mg	3	EDS
ursodiol oral tablet	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		
cimetidine	2	EDS
famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg	1	EDS
PROTECTANTS		
misoprostol	2	EDS
sucralfate oral tablet	2	EDS
PROTON PUMP INHIBITORS		
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec)	3	EDS
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec)	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec)	1	EDS
pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec)	1	EDS
rabeprazole oral tablet,delayed release (dr/ec)	3	EDS
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
betaine	5	
CERDELGA	5	PA
CREON	3	EDS
cromolyn oral	4	EDS
CYSTAGON	3	EDS
l-glutamine	5	PA
nitisinone	5	PA
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION	5	PA; LD
REVCOVI	5	PA; LD
sapropterin	5	
sodium phenylbutyrate	5	
WELIREG	5	PA; LD
GENITOURINARY AGENTS		
ANTISPASMODICS, URINARY		
fesoterodine	3	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
GEMTESA	4	EDS
MYRBETRIQ	3	EDS
oxybutynin chloride oral syrup	2	EDS
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	2	EDS
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr	2	EDS
solifenacin	3	EDS
tolterodine oral capsule,extended release 24hr	4	QL (30 EA per 30 days); EDS
trospium oral tablet	2	EDS
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS		
alfuzosin	2	EDS
doxazosin	2	EDS
dutasteride	3	EDS
dutasteride-tamsulosin	3	EDS
finasteride oral tablet 5 mg	1	EDS
prazosin	2	EDS
tadalafil oral tablet 2.5 mg	4	PA; QL (60 EA per 30 days); EDS
tadalafil oral tablet 5 mg	4	PA; QL (30 EA per 30 days); EDS
tamsulosin	1	EDS
terazosin	1	EDS
GENITOURINARY AGENTS, OTHER		
bethanechol chloride	2	EDS
ELMIRON	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
dexamethasone oral solution	2	EDS
dexamethasone oral tablet	2	EDS
dexamethasone oral tablets,dose pack	2	EDS
fludrocortisone	2	EDS
HEMADY	4	EDS
hydrocortisone oral	2	EDS
MEDROL ORAL TABLET 16 MG, 2 MG, 4 MG, 8 MG	4	B vs D; EDS
methylprednisolone oral tablet	2	B vs D; EDS
methylprednisolone oral tablets,dose pack	2	EDS
ORAPRED ODT	4	B vs D; EDS
prednisolone oral solution	2	B vs D; EDS
prednisolone oral tablet	4	B vs D; EDS
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)	2	B vs D; EDS
prednisone intensol	4	B vs D; EDS
prednisone oral solution	2	B vs D; EDS
prednisone oral tablet	1	B vs D; EDS
prednisone oral tablets,dose pack	1	EDS
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)	4	EDS
desmopressin oral	2	EDS
GENOTROPIN	5	PA
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

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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
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/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
ANDROGENS		
danazol	4	EDS
testosterone cypionate	2	EDS
testosterone enanthate	2	EDS
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %), 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)	3	EDS
testosterone transdermal gel in packet	3	EDS
ESTROGENS		
abigale lo	2	EDS
altavera (28)	2	EDS
alyacen 1/35 (28)	2	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
apri	2	EDS
aranelle (28)	2	EDS
aubra eq	2	EDS
aviane	2	EDS
azurette (28)	2	EDS
blisovi fe 1.5/30 (28)	2	EDS
briellyn	2	EDS
cyred eq	2	EDS
dotti	2	EDS
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg	2	EDS
eluryng	3	EDS
enilloring	3	EDS
enskyce	2	EDS
estarylla	2	EDS
estradiol oral	2	EDS
estradiol transdermal patch semiweekly	2	EDS
estradiol transdermal patch weekly	2	EDS
estradiol vaginal	2	EDS
estradiol-norethindrone acet	2	EDS
ESTRING	3	EDS
etonogestrel-ethinyl estradiol	3	EDS
falmina (28)	2	EDS
feirza	2	EDS
fyavolv	2	EDS
haloette	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	3	EDS
IMVEXXY STARTER PACK	3	EDS
introvale	2	EDS
isibloom	2	EDS
jasmiel (28)	2	EDS
jinteli	2	EDS
juleber	2	EDS
junel 1.5/30 (21)	2	EDS
junel 1/20 (21)	2	EDS
junel fe 1/20 (28)	2	EDS
kariva (28)	2	EDS
kelnor 1/35 (28)	2	EDS
kelnor 1/50 (28)	2	EDS
kurvelo (28)	2	EDS
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	2	EDS
larin 1.5/30 (21)	2	EDS
larin 1/20 (21)	2	EDS
larin fe 1.5/30 (28)	2	EDS
larin fe 1/20 (28)	2	EDS
levonest (28)	2	EDS
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg	2	EDS
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month	2	EDS
levonorg-eth estrad triphasic	2	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
levora-28	2	EDS
loryna (28)	2	EDS
low-ogestrel (28)	2	EDS
lyllana	2	EDS
marlissa (28)	2	EDS
microgestin 1.5/30 (21)	2	EDS
microgestin 1/20 (21)	2	EDS
microgestin fe 1.5/30 (28)	2	EDS
microgestin fe 1/20 (28)	2	EDS
mili	2	EDS
mimvey	2	EDS
necon 0.5/35 (28)	2	EDS
nikki (28)	2	EDS
norelgestromin-ethin.estradiol	3	EDS
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	2	EDS
norgestimate-ethinyl estradiol	2	EDS
nylia 1/35 (28)	2	EDS
nylia 7/7/7 (28)	2	EDS
pimtrea (28)	2	EDS
PREMARIN ORAL	3	EDS
PREMARIN VAGINAL	3	EDS
PREMPHASE	3	EDS
PREMPRO	3	EDS
reclipsen (28)	2	EDS
setlakin	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
tarina fe 1-20 eq (28)	2	EDS
tri-estarylla	2	EDS
tri-lo-estarylla	2	EDS
tri-lo-sprintec	2	EDS
tri-mili	2	EDS
tri-sprintec (28)	2	EDS
tri-vylibra	2	EDS
tri-vylibra lo	2	EDS
turqoz (28)	2	EDS
valtya	2	EDS
velivet triphasic regimen (28)	2	EDS
vestura (28)	2	EDS
vienva	2	EDS
vyfemla (28)	2	EDS
vylibra	2	EDS
wymzya fe	2	EDS
xulane	3	EDS
yuvafem	2	EDS
zafemy	3	EDS
zovia 1-35 (28)	2	EDS
PROGESTINS		
deblitane	2	EDS
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	EDS
gallifrey	2	EDS
heather	2	EDS
incassia	2	EDS
LILETTA	3	EDS
lyleq	2	EDS
lyza	2	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
medroxyprogesterone	2	EDS
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)	2	EDS
megestrol oral tablet	2	EDS
meleya	2	EDS
NEXPLANON	3	EDS
norethindrone (contraceptive)	2	EDS
norethindrone acetate	2	EDS
progesterone micronized	2	EDS
sharobel	2	EDS
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS		
DUAVEE	3	EDS
raloxifene	3	EDS
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
CYTOMEL	3	EDS
levothyroxine oral tablet	1	EDS
levoxyl oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	1	EDS
liothyronine oral	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
REZDIFFRA	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
SYNTHROID	3	EDS
unithroid	1	EDS
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
cabergoline	2	EDS
ELIGARD	4	PA; EDS
ELIGARD (3 MONTH)	4	PA; EDS
ELIGARD (4 MONTH)	4	PA; EDS
ELIGARD (6 MONTH)	4	PA; EDS
leuprolide subcutaneous kit	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

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
mifepristone oral tablet 300 mg	5	PA
octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml	5	PA
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml	4	PA; EDS
ORGOVYX	5	PA; LD
SIGNIFOR	5	PA
SOMAVERT	5	PA
SYNAREL	4	EDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	4	PA; EDS
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)		
ANTITHYROID AGENTS		
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	2	EDS
propylthiouracil	2	EDS
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
ANGIOEDEMA AGENTS		
CINRYZE	5	PA
icatibant	5	PA; QL (18 ML per 30 days)
sajazir	5	PA
IMMUNOGLOBULINS		
GAMMAGARD LIQUID	5	B vs D
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML)	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
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)
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 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML	5	PA; QL (3.42 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	5	PA; QL (3.42 ML per 28 days)
DUPIXENT 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)
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 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)

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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	5	PA; QL (2 ML per 28 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	PA; QL (2 ML per 28 days)
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 PEN INDUCTION PK-CROHN	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	5	PA; QL (2 ML per 28 days)
TYENNE AUTOINJECTOR	5	PA; QL (3.6 ML per 28 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
TYENNE SUBCUTANEOUS	5	PA; QL (3.6 ML per 28 days)
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)
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
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

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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
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
azathioprine oral tablet 100 mg, 75 mg	4	B vs D; EDS
azathioprine oral tablet 50 mg	2	B vs D; EDS
CELLCEPT ORAL CAPSULE	4	B vs D; EDS
CELLCEPT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	5	B vs D
CELLCEPT ORAL TABLET	5	B vs D
cyclosporine modified	2	B vs D; EDS
cyclosporine oral capsule	3	B vs D; EDS
ENBREL MINI	5	PA; QL (8 ML per 28 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
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)
ENVARSUS XR	4	B vs D; EDS
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg	4	B vs D; EDS
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	5	B vs D
gengraf oral capsule	2	B vs D; EDS
HADLIMA	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
HADLIMA PUSHTOUCH	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
HADLIMA(CF)	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH	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)
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) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (4 EA 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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
HUMIRA(CF) 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
leflunomide	2	QL (30 EA per 30 days); EDS
methotrexate sodium	2	EDS
methotrexate sodium (pf) injection solution	2	EDS
mycophenolate mofetil oral capsule	2	B vs D; EDS
mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution	5	B vs D
mycophenolate mofetil oral tablet	2	B vs D; EDS
mycophenolate sodium	4	B vs D; EDS
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

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
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)
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; QL (3 EA per 28 days)
sirolimus	4	B vs D; EDS
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg	3	B vs D; EDS
tacrolimus oral capsule 5 mg	4	B vs D; EDS
VACCINES		
ABRYSVO (PF)	3	EDS
ACTHIB (PF)	3	EDS
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	3	EDS
AREXVY (PF)	3	EDS
BCG VACCINE, LIVE (PF)	3	EDS
BEXSERO	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
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
IXCHIQ (PF)	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
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	3	EDS
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		
balsalazide	3	EDS
mesalamine dr oral capsule	4	EDS
mesalamine oral capsule, extended release	4	QL (240 EA per 30 days); EDS
mesalamine oral capsule,extended release 24hr	4	QL (120 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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec)	4	EDS
mesalamine rectal	4	EDS
sulfasalazine	2	EDS
GLUCOCORTICOIDS		
budesonide oral capsule,delayed,extend.release	4	PA; EDS
budesonide oral tablet,delayed and ext.release	5	PA
hydrocortisone rectal	2	EDS
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %	2	EDS
procto-med hc	2	EDS
proctosol hc topical	2	EDS
proctozone-hc	2	EDS
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
alendronate oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg	1	EDS
BONSITY	5	PA
calcitonin (salmon) nasal	2	EDS
calcitriol oral capsule	2	B vs D; EDS
cinacalcet	4	B vs D; EDS
doxercalciferol oral	4	B vs D; EDS
ibandronate oral	2	EDS
JUBBONTI	4	PA; EDS
paricalcitol oral	3	B vs D; EDS
PROLIA	4	PA; EDS
RAYALDEE	5	
risedronate	3	EDS
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML)	5	PA
TYMLOS	5	PA
WYOST	5	PA
XGEVA	5	PA
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
alcohol pads	2	PA; EDS
NOVO PEN NEEDLE	2	PA; EDS
GAUZE PADS 2 X 2	2	PA; EDS
EMBECTA INSULIN SYRINGE	2	PA; EDS
intralipid intravenous emulsion 20 %	4	B vs D; EDS
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 30 %	4	B vs D; EDS
levocarnitine (with sugar)	2	B vs D; EDS
levocarnitine oral tablet	2	B vs D; EDS
EMBECTA PEN NEEDLE	2	PA; EDS
sodium chloride irrigation	2	EDS
OPHTHALMIC AGENTS		
OPHTHALMIC AGENTS, OTHER		

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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
atropine ophthalmic (eye) drops 1 %	2	EDS
bacitracin-polymyxin b	2	EDS
brimonidine-timolol	4	EDS
cyclosporine ophthalmic (eye)	3	EDS
CYSTARAN	5	
dorzolamide-timolol	2	EDS
neomycin-bacitracin-poly-hc	2	EDS
neomycin-bacitracin-polymyxin	2	EDS
neomycin-polymyxin b-dexameth	2	EDS
neomycin-polymyxin-gramicidin	2	EDS
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye)	2	EDS
neo-polycin	2	EDS
neo-polycin hc	2	EDS
polycin	2	EDS
polymyxin b sulf-trimethoprim	2	EDS
ROCKLATAN	3	EDS
SIMBRINZA	4	EDS
sulfacetamide-prednisolone	2	EDS
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT	3	EDS
tobramycin-dexamethasone	2	EDS
XIIDRA	3	EDS

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

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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %, 0.075 %	4	EDS
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %	3	EDS
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye)	2	EDS
diclofenac sodium ophthalmic (eye)	2	EDS
difluprednate	3	EDS
fluorometholone	2	EDS
ketorolac ophthalmic (eye)	2	EDS
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT	4	EDS
LOTEMAX SM	4	EDS
PRED MILD	3	EDS
prednisolone acetate	2	EDS
prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye)	2	EDS
OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
betaxolol ophthalmic (eye)	2	EDS
carteolol	1	EDS
levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	2	EDS
timolol maleate ophthalmic (eye) drops (not single use)	1	EDS
timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution	2	EDS
OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER		
acetazolamide	2	EDS
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %	4	EDS
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	2	EDS
dorzolamide	2	EDS
methazolamide	4	EDS
pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %	2	EDS
RHOPRESSA	3	EDS
OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS		
bimatoprost ophthalmic (eye)	3	EDS
latanoprost	1	EDS
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	EDS
travoprost	3	EDS
VYZULTA	4	EDS
OTIC AGENTS		
OTIC AGENTS		
CIPRO HC	4	EDS
ciprofloxacin hcl otic (ear)	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ciprofloxacin-dexamethasone	4	EDS
fluocinolone acetonide oil	3	EDS
hydrocortisone-acetic acid	2	EDS
neomycin-polymyxin-hc otic (ear)	2	EDS
ofloxacin otic (ear)	2	EDS
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS		
ANTIHISTAMINES		
azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)	2	EDS
cyproheptadine	4	EDS
desloratadine oral tablet	2	EDS
hydroxyzine hcl oral tablet	4	PA; EDS
hydroxyzine pamoate	4	PA; EDS
levocetirizine	2	EDS
ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS		
ALVESCO	3	EDS
ARNUITY ELLIPTA	3	EDS
ASMANEX HFA	3	EDS
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
budesonide inhalation	4	B vs D; EDS
flunisolide	2	QL (50 ML per 30 days); EDS
fluticasone propionate nasal	2	QL (32 GM per 30 days); EDS
mometasone nasal	3	QL (51 GM per 30 days); EDS
PULMICORT	4	B vs D; EDS
PULMICORT FLEXHALER	3	EDS
QVAR REDIHALER	3	EDS
ANTILEUKOTRIENES		
montelukast	2	EDS
zafirlukast	2	QL (60 EA per 30 days); EDS
BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC		
ATROVENT HFA	3	QL (25.8 GM per 30 days); EDS
ipratropium bromide inhalation	2	B vs D; EDS
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)	2	QL (30 ML 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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)	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		
albuterol sulfate hfa inhaler 8.5 gm	2	QL (17 GM per 30 days); EDS
albuterol sulfate hfa inhaler 6.7 gm	2	QL (13.4 GM per 30 days); EDS
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	2	B vs D; EDS
albuterol sulfate oral syrup	2	EDS
albuterol sulfate oral tablet	4	EDS
arformoterol	4	B vs D; EDS
BROVANA	4	B vs D; EDS
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml	3	EDS
EPINEPHRINE INJECTION AUTO-INJECTOR 0.3 MG/0.3 ML	3	EDS
formoterol fumarate	4	B vs D; EDS
levalbuterol hcl	2	B vs D; EDS
LEVALBUTEROL TARTRATE	4	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
PERFOROMIST	5	B vs D
PROAIR RESPICLICK	3	EDS
SEREVENT DISKUS	3	EDS
STRIVERDI RESPIMAT	3	EDS
terbutaline oral	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	
tobramycin in 0.225 % nacl	5	B vs D
tobramycin inhalation	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		
cromolyn inhalation	3	B vs D; EDS
PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE		
OHTUVAYRE	5	B vs D
roflumilast	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
theophylline oral tablet extended release 12 hr	4	EDS
theophylline oral tablet extended release 24 hr	4	EDS
PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES		
ADEMPAS	5	PA; LD
alyq	5	PA
ambrisentan	5	PA; LD
bosentan oral tablet	5	PA; LD
OPSUMIT	5	PA; LD
sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg	3	PA; EDS
tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg	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)
pirfenidone oral capsule	5	PA; QL (270 EA per 30 days)
pirfenidone oral tablet 267 mg	5	PA; QL (270 EA per 30 days)
PIRFENIDONE ORAL TABLET 534 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
pirfenidone oral tablet 801 mg	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER		
acetylcysteine	2	B vs D; EDS
ADVAIR HFA	3	EDS
ANORO ELLIPTA	3	EDS
BEVESPI AEROSPHERE	3	EDS
BREO ELLIPTA	3	EDS
breyna	4	QL (10.3 GM per 30 days); EDS
BREZTRI AEROSPHERE	3	QL (10.7 GM per 30 days); EDS
budesonide-formoterol	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)
fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
ipratropium-albuterol	2	B vs D; EDS
STIOLTO RESPIMAT	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: 08/22/2025.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
TRELEGY ELLIPTA	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
wixela inhub	3	QL (60 EA per 30 days); EDS
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
carisoprodol oral tablet 350 mg	2	EDS
chlorzoxazone oral tablet 500 mg	2	EDS
cyclobenzaprine oral tablet	2	PA; EDS
methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg	2	EDS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
SLEEP DISORDER AGENTS		
SLEEP PROMOTING AGENTS		
ramelteon	3	QL (30 EA per 30 days); EDS
tasimelteon	5	PA
temazepam	4	PA; EDS
zolpidem oral tablet	2	EDS
WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS		
armodafinil	3	PA; EDS
modafinil	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: 08/22/2025.

ÍNDICE

A
abacavir 19
abacavir-lamivudine 19
ABELCET 10
abigale lo 39
ABILIFY ASIMTUFII 17
ABILIFY MAINTENA 17
abiraterone 12
abirtega 12
ABRYSVO (PF) 46
acamprosate 3
acarbose 21
accutane 31
acebutolol 26
acetaminophen-codeine 1
acetazolamide 50
acetylcysteine 53
acitretin 31
ACTHIB (PF) 46
ACTIMMUNE 45
acyclovir 18, 33
acyclovir sodium 19
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) ... 46
adapalene 31
adefovir 18
ADEMPAS 53
ADVAIR HFA 53
AIMOVIG AUTOINJECTOR . 11
AKEEGA 13
albendazole 16
albuterol sulfate 52
alclometasone 31
alcohol pads 48
ALECENSA 13
alendronate 48
alfuzosin 37
aliskiren 27
allopurinol 11
alosetron 36
alprazolam 21
altavera (28) 39
ALTRENO 31
ALUNBRIG 13
ALVESCO 51
alyacen 1/35 (28) 39
alyq 53
amantadine hcl 20
AMBISOME 10
ambrisentan 53
amikacin 3
amiloride 28
amiloride-hydrochlorothiazide 27
amiodarone 26
amitriptyline 10
amlodipine 26
amlodipine-atorvastatin 27
amlodipine-benazepril 27
amlodipine-olmesartan 27
amlodipine-valsartan 27
amlodipine-valsartan-hcthiazid 27
ammonium lactate 31
amnesteem 31
amoxapine 10
amoxicillin 5
amoxicillin-pot clavulanate 5
amphotericin b 10
amphotericin b liposome 10
ampicillin 5
ampicillin sodium 5
ampicillin-sulbactam 5
anagrelide 24
anastrozole 13
ANORO ELLIPTA 53
apomorphine 16
aprepitant 10
apri 39
APTIOM 7
APTIVUS 20
aranelle (28) 39
ARCALYST 43
AREXVY (PF) 46
arformoterol 52
ARIKAYCE 3
aripiprazole 17
ARISTADA 17
ARISTADA INITIO 17
armodafinil 54
ARNUITY ELLIPTA 51
asenapine maleate 17
ASMANEX HFA 51
ASMANEX TWISTHALER ... 51
aspirin-dipyridamole 25
ASSURE ID INSULIN SAFETY 48
ASTAGRAF XL 45
atazanavir 20
atenolol 26
atenolol-chlorthalidone 27
atomoxetine 30
atorvastatin 28
atovaquone 16
atovaquone-proguanil 16
atropine 49
ATROVENT HFA 51
aubra eq 39
AUGTYRO 13
AUSTEDO 30
AUSTEDO XR 30
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 30
AUVELITY 9
aviane 39
AVMAPKI-FAKZYNJA 13
AVONEX 30
AYVAKIT 13
AZASAN 45
AZASITE 49
azathioprine 45
azelastine 49, 51
azithromycin 5
aztreonam 3
azurette (28) 39
B
bacitracin 49
bacitracin-polymyxin b 49
baclofen 18
balsalazide 47
BALVERSA 13
BARACLUDE 18
BCG VACCINE, LIVE (PF) .. 46
benazepril 26
benazepril-hydrochlorothiazide 27
BENLYSTA 43
benztropine 16
BESREMI 45
betaine 37
betamethasone dipropionate 31
betamethasone valerate 32
betamethasone, augmented 32
BETASERON 31
betaxolol 50
bethanechol chloride 37
BETHKIS 52
BEVESPI AEROSPHERE ... 53
bexarotene 15
BEXSERO 46
bicalutamide 12
BICILLIN L-A 5
BIKTARVY 19

Fecha de la última actualización del formulario: 08/22/2025.

bimatoprost 50
bisoprolol fumarate 26
bisoprolol-hydrochlorothiazide 27
blisovi fe 1.5/30 (28) 39
BONSITY 48
BOOSTRIX TDAP 47
bosentan 53
BOSULIF 13
BRAFTOVI 13
BREO ELLIPTA 53
breyna 53
BREZTRI AEROSPHERE 53
briellyn 39
brimonidine 50
brimonidine-timolol 49
BRIVIACT 6
bromfenac 50
bromocriptine 16
BROVANA 52
BRUKINSA 13
budesonide 48, 51
budesonide-formoterol 53
bumetanide 28
buprenorphine hcl 3
buprenorphine-naloxone 3
bupropion hcl 9
BUPROPION HCL 9
bupropion hcl (smoking deter) 3
buspirone 21
butorphanol 2
C
cabergoline 42
CABOMETYX 14
calcipotriene 33
calcitonin (salmon) 48
calcitriol 48
CALQUENCE 14
candesartan 25
CAPLYTA 17
CAPRELSA 14
captopril 26
carbamazepine 7, 8
CARBAMAZEPINE 8
carbidopa 16
carbidopa-levodopa 16
carbidopa-levodopa-entacapone 16
carglumic acid 34
carisoprodol 54
carteolol 50
cartia xt 27
carvedilol 26
caspofungin 10
CAYSTON 52
cefaclor 4
cefadroxil 4
cefazolin 4
cefdinir 4
cefepime 4
cefixime 4
cefoxitin 4
cefpodoxime 4
cefprozil 4
ceftazidime 4
ceftriaxone 4
cefuroxime axetil 4
cefuroxime sodium 4
celecoxib 1
CELLCEPT 45
cephalexin 4
CERDELGA 37
cevimeline 31
chlorhexidine gluconate 31
chloroquine phosphate 16
chlorpromazine 16
chlorthalidone 28
chlorzoxazone 54
cholestyramine (with sugar) . 28
cholestyramine light 28
ciclopirox 33
cilostazol 25
CIMDUO 19
cimetidine 36
cinacalcet 48
CINRYZE 42
CIPRO HC 50
ciprofloxacin hcl 6, 49, 50
ciprofloxacin in 5 % dextrose . 6
ciprofloxacin-dexamethasone 51
citalopram 9
claravis 31
clarithromycin 5
CLEOCIN 3
clindamycin hcl 3
clindamycin in 5 % dextrose .. 3
clindamycin pediatric 3
clindamycin phosphate 3, 34
CLINISOL SF 15 % 34
clobazam 7
clobetasol 32
clobetasol-emollient 32
clomipramine 10
clonazepam 7
clonidine hcl 25, 30
clonidine transdermal patch . 25
clopidogrel 25
clorazepate dipotassium 21
clotrimazole 10, 11
clotrimazole-betamethasone 33
clozapine 18
COARTEM 16
COBENFY 30
COBENFY STARTER PACK 30
codeine sulfate 2
colchicine 11
colesevelam 28
colestipol 28
colistimethate inj 3
COMBIVENT RESPIMAT 53
COMETRIQ 14
COMPLERA 19
compro 10
constulose 35
COPAXONE 31
COPIKTRA 14
COSENTYX 43
COSENTYX (2 SYRINGES) 43
COSENTYX PEN (2 PENS) 43
COSENTYX UNOREADY PEN 43
COTELLIC 14
CREON 37
CRESEMBA 11
cromolyn 37, 49, 52
cyclobenzaprine 54
cyclophosphamide 12
CYCLOPHOSPHAMIDE 12
cyclosporine 45, 49
cyclosporine modified 45
cyproheptadine 51
cyred eq 39
CYSTAGON 37
CYSTARAN 49
CYTOMEL 41
D
d10 %-0.45 % sodium chloride 34
d2.5 %-0.45 % sodium chloride 34
d5 % and 0.9 % sodium chloride 34
d5 %-0.45 % sodium chloride 34
dabigatran etexilate 24
dalfampridine 31
danazol 39
DANZITEN 14
DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL 29

dapsone 12
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 47
daptomycin 3
DAPTOMYCIN 3
darunavir 20
dasatinib 14
DAURISMO 14
deblitane 41
deferasirox 35
deferiprone 35
DELSTRIGO 19
demeclocycline 6
DEPO-SUBQ PROVERA 104 41
DESCOVY 19
desipramine 10
desloratadine 51
desmopressin 38
desonide 32
desoximetasone 32
DESVENLAFAXINE 9
desvenlafaxine succinate 9
dexamethasone 38
dexamethasone sodium phosphate 50
dexmethylphenidate 30
dextroamphetamine sulfate .. 29
dextroamphetamine-amphetamine 29
dextrose 10 % and 0.2 % nacl 34
dextrose 10 % in water (d10w) 34
dextrose 5 % in water (d5w) . 34
dextrose 5%-0.2 % sod chloride 34
DIACOMIT 7
diazepam 7, 21
diazepam intensol 21
diazoxide 23
diclofenac potassium 1
diclofenac sodium 1, 33, 50
dicloxacillin 5
dicyclomine 36
DIFICID 5
diflunisal 1
difluprednate 50
digoxin 26
dihydroergotamine 11
DILANTIN 30 MG 8
DILANTIN EXTENDED 100 MG 8
DILANTIN INFATABS 8
DILANTIN-125 8
diltiazem hcl 27
dilt-xr 27
dimethyl fumarate 31
diphenoxylate-atropine 36
dipyridamole 25
disopyramide phosphate 26
disulfiram 3
divalproex 7
dofetilide 26
donepezil 8
dorzolamide 50
dorzolamide-timolol 49
dotti 39
DOVATO 19
doxazosin 37
doxepin 10
doxercalciferol 48
doxy-100 6
doxycycline hyclate 6, 31
doxycycline monohydrate 6
DRIZALMA SPRINKLE 9
dronabinol 10
drospirenone-ethinyl estradiol 39
droxidopa 25
DUAVEE 41
DULERA 53
duloxetine 30
DUPIXENT PEN 43
DUPIXENT SYRINGE 43
dutasteride 37
dutasteride-tamsulosin 37
E
econazole nitrate 11
EDURANT 19
efavirenz 19
efavirenz-emtricitabin-tenofov 19
efavirenz-lamivu-tenofov disop 19
ELIGARD 42
ELIGARD (3 MONTH) 42
ELIGARD (4 MONTH) 42
ELIGARD (6 MONTH) 42
ELIQUIS 24
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 24
ELMIRON 37
eltrombopag olamine 24, 25
eluryng 39
EMGALITY PEN 11
EMGALITY SYRINGE 11
EMSAM 9
emtricitabine 19
emtricitabine-tenofovir (tdf) .. 19
emtricita-rilpivirine-tenof df .. 19
EMTRIVA 20
enalapril maleate 26
enalapril-hydrochlorothiazide 27
ENBREL 45
ENBREL MINI 45
ENBREL SURECLICK 45
endocet 2
ENGERIX-B (PF) 47
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 47
enilloring 39
enoxaparin 24
enskyce 39
entacapone 16
entecavir 18
ENTRESTO 27
ENTRESTO SPRINKLE 27
enulose 35
ENVARSUS XR 45
EPCLUSA 18
EPIDIOLEX 6
epinephrine 52
EPINEPHRINE 52
epitol 8
eplerenone 29
EPRONTIA 11
ergotamine-caffeine 11
ERIVEDGE 14
ERLEADA 12
erlotinib 14
ertapenem 5
ERYTHROCIN 5
erythromycin 5, 49
erythromycin ethylsuccinate .. 5
erythromycin with ethanol 34
ERZOFRI 17
escitalopram oxalate 9
eslicarbazepine 8
esomeprazole magnesium .. 36
estarylla 39
estradiol 39
estradiol-norethindrone acet 39
ESTRING 39
ethambutol 12
ethosuximide 7
etodolac 1
etonogestrel-ethinyl estradiol 39
etravirine 19
EUCRISA 32

EULEXIN 13
everolimus (antineoplastic) ..14
everolimus (immunosuppressive).....45
EVOTAZ 20
exemestane 13
ezetimibe 28
ezetimibe-simvastatin 28
F
falmina (28).....39
famciclovir.....19
famotidine 36
FANAPT 17
FANAPT TITRATION PACK A 17
FARXIGA.....29
FASENRA.....53
FASENRA PEN 53
febuxostat 11
feirza.....39
felbamate..... 6
felodipine 27
fenofibrate capsule.....28
fenofibrate micronized.....28
fenofibrate tablet 28
fenofibric acid (choline) 28
fentanyl..... 1
fesoterodine 37
FETZIMA 9
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN.....23
FIASP PENFILL U-100 INSULIN.....23
FIASP U-100 INSULIN.....23
finasteride 37
fingolimod 31
FINTEPLA..... 6
flecainide 26
fluconazole.....11
*fluconazole in nacl (iso-osm)*11
flucytosine.....11
fludrocortisone 38
flunisolide.....51
fluocinolone.....32
fluocinolone acetonide oil.....51
*fluocinolone and shower cap*32
fluocinonide.....32
fluocinonide-emollient 32
fluorometholone 50
fluorouracil 33
fluoxetine 9
fluoxetine (pmdd) 9
fluphenazine decanoate.....16
fluphenazine hcl.....16
fluticasone propionate ... 32, 51
fluticasone propion-salmeterol 53
fluvoxamine 9
fondaparinux.....24
formoterol fumarate 52
fosamprenavir.....20
fosfomycin tromethamine.....3
fosinopril.....26
fosinopril-hydrochlorothiazide 27
FOTIVDA.....14
FRUZAQLA 14
FULPHILA 25
furosemide 28
fyavolv.....39
FYCOMPA 6
G
gabapentin 7
galantamine.....8
gallifrey.....41
GAMMAGARD LIQUID.....42
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML).....42
GAMUNEX-C 43
GARDASIL 9 (PF) 47
GAUZE PAD.....48
gavilyte-c 36
gavilyte-g.....36
gavilyte-n.....36
GAVRETO.....14
gefitinib.....14
gemfibrozil.....28
GEMTESA.....37
generlac 35
gengraf.....45
GENOTROPIN 38
GENOTROPIN MINIQUICK. 38
gentamicin.....3, 49
GENVOYA 19
GILOTRIF.....14
glatiramer 31
glatopa 31
GLEOSTINE.....12
glimepiride.....21
glipizide 21
glipizide-metformin 21
glucagon emergency kit (human).....23
glycopyrrolate.....36
GLYXAMBI.....21
GOMEKLI.....14
granisetron hcl.....10
griseofulvin microsize 11
guanfacine 25
GVOKE..... 23
GVOKE HYPOPEN 2-PACK23
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE..... 23
H
HADLIMA..... 45
HADLIMA PUSHTOUCH 45
HADLIMA(CF)..... 45
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 45
halobetasol propionate..... 32
haloette..... 39
haloperidol 16
haloperidol decanoate..... 16
haloperidol lactate.....16, 17
HARVONI 18
HAVRIX (PF)..... 47
heather..... 41
HEMADY 38
heparin (porcine)..... 24
HEPLISAV-B (PF)..... 47
HIBERIX (PF)..... 47
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100..... 23
HUMALOG KWIKPEN INSULIN..... 23
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN 23
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN 23
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN..... 23
HUMALOG U-100 INSULIN 23
HUMATROPE..... 39
HUMIRA..... 45
HUMIRA PEN 45
HUMIRA(CF)..... 46
HUMIRA(CF) PEN 45, 46
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 45
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 45
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN..... 23
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN 23
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN 23
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN..... 23
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN..... 23

HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN....23
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN....23
hydralazine....29
hydrochlorothiazide....28
hydrocodone-acetaminophen 2
hydrocodone-ibuprofen.... 2
hydrocortisone....33, 38, 48
hydrocortisone butyrate....33
hydrocortisone valerate....33
hydrocortisone-acetic acid...51
hydromorphone.... 2
hydroxychloroquine....16
hydroxyurea....13
hydroxyzine hcl....51
hydroxyzine pamoate....51
I
ibandronate....48
IBRANCE....13, 14
ibu.... 1
ibuprofen.... 1
icatibant....42
ICLUSIG....14
icosapent ethyl....28
IDHIFA....14
imatinib....14
IMBRUVICA....14
imipenem-cilastatin.... 5
imipramine hcl....10
imiquimod....33
IMKELDI....14
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)....47
IMPAVIDO.... 3
IMURAN....46
IMVEXXY MAINTENANCE PACK....40
IMVEXXY STARTER PACK.40
incassia....41
INCRELEX....39
indapamide....28
indomethacin.... 1
INFANRIX (DTAP) (PF)....47
INLYTA....14
INQOVI....14
INREBIC....13
INSULIN LISPRO....23
INSULIN LISPRO PROTAMIN-LISPRO....23
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100....48
INTELENCE....19
intralipid....48
INTRALIPID....48
introvale....40
INVEGA HAFYERA....17
INVEGA SUSTENNA....17
INVEGA TRINZA....17
IPOL....47
ipratropium bromide....51, 52
ipratropium-albuterol....54
irbesartan....25
irbesartan-hydrochlorothiazide....27
ISENTRESS....19
ISENTRESS HD....19
isibloom....40
isoniazid....12
isosorbide dinitrate....29
isosorbide mononitrate....29
isotretinoin....31
isradipine....27
ITOVEBI....13
itraconazole....11
ivabradine....27
ivermectin....16
IWILFIN....13
IXCHIQ (PF)....47
IXIARO (PF)....47
J
JAKAFI....14
jantoven....24
JANUMET....21
JANUMET XR....21
JANUVIA....21
JARDIANCE....29
jasmiel (28)....40
JAYPIRCA....14
JENTADUETO....21
JENTADUETO XR....21, 22
jinteli....40
JUBBONTI....48
juleber....40
JULUCA....19
junel 1.5/30 (21)....40
junel 1/20 (21)....40
junel fe 1/20 (28)....40
JYLAMVO....46
JYNARQUE....35
JYNNEOS (PF)....47
K
KALETRA....20
KALYDECO....52
kariva (28)....40
kelnor 1/35 (28)....40
kelnor 1/50 (28)....40
KERENDIA....29
ketoconazole.... 11
ketorolac.... 1, 50
KINERET.... 43
KINRIX (PF).... 47
kionex (with sorbitol).... 35
KISQALI.... 14
KISQALI FEMARA CO-PACK.... 13
KITABIS PAK.... 52
klor-con 10.... 34
klor-con 8.... 34
klor-con m10.... 34
klor-con m15.... 34
klor-con m20.... 34
klor-con oral packet 20.... 34
KLOXXADO.... 3
KOSELUGO.... 14
kourzeq.... 31
KRAZATI.... 14
kurvelo (28).... 40
L
*l norgest/e.estradiol-e.estrad*40
l-glutamine.... 37
labetalol.... 26
lacosamide.... 8
lactulose.... 35
lamivudine....18, 20
lamivudine-zidovudine.... 20
lamotrigine.... 21
LANOXIN.... 26
lansoprazole.... 36
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN.... 23
LANTUS U-100 INSULIN.... 23
lapatinib.... 14
larin 1.5/30 (21).... 40
larin 1/20 (21).... 40
larin fe 1.5/30 (28).... 40
larin fe 1/20 (28).... 40
latanoprost.... 50
LAZCLUZE.... 13
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR.... 18
leflunomide.... 46
lenalidomide.... 13
LENVIMA.... 14
letrozole.... 13
leucovorin calcium.... 16
LEUKERAN.... 12
leuprolide.... 42
levalbuterol hcl.... 52
LEVALBUTEROL TARTRATE.... 52
levetiracetam.... 6, 7

LEVETIRACETAM 7
levobunolol.....50
levocarnitine.....48
levocarnitine (with sugar) 48
levocetirizine 51
levofloxacin 6, 49
levofloxacin in d5w..... 6
levonest (28) 40
levonorgestrel-ethinyl estrad 40
levonorg-eth estrad triphasic 40
levora-28.....40
levothyroxine.....41
levoxyl.....41
lidocaine 2
lidocaine hcl 2
lidocaine viscous.....31
lidocaine-prilocaine 3
lidocan iii 3
LILETTA 41
linezolid..... 3
linezolid in dextrose 5% 3
LINZESS.....35
liothyronine 41
liraglutide 22
lisinopril.....26
lisinopril-hydrochlorothiazide 27
lithium carbonate.....21
lithium citrate.....21
LIVTENCITY 18
LODINE 1
LOKELMA.....35
LONSURF.....13
loperamide 36
lopinavir-ritonavir.....20
lorazepam 21
lorazepam intensol.....21
LORBRENA 14
loryna (28).....40
losartan 26
losartan-hydrochlorothiazide 27
LOTEMAX.....50
LOTEMAX SM 50
lovastatin 28
low-ogestrel (28) 40
loxapine succinate 17
lubiprostone 35
LUMAKRAS 14
LUMIGAN 50
LUPRON DEPOT.....42
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 42
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 42
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 42
LUPRON DEPOT-PED.. 39, 42
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 42
lurasidone.....17
lyleq.....41
lyllana 40
LYNPARZA 14
LYSODREN.....13
LYTGOBI.....14
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN 23
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN 23
LYUMJEV U-100 INSULIN ..23
lyza.....41
M
magnesium sulfate 34
malathion.....33
maraviroc 20
marlissa (28).....40
MARPLAN.....9
MATULANE.....12
meclizine 10
MEDROL.....38
medroxyprogesterone.....41
mefloquine.....16
megestrol 41
MEKINIST 14
MEKTOVI 14
meleya.....41
meloxicam 1
memantine 9
MEMANTINE.....9
MENQUADFI (PF).....47
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 47
meprobamate 21
mercaptopurine 13
meropenem 5
mesalamine.....47, 48
mesna 16
metformin 22
methadone 1
methazolamide 50
methenamine hippurate.....4
methimazole 42
methocarbamol.....54
methotrexate sodium 46
methotrexate sodium (pf).....46
methoxsalen 33
methsuximide 7
methylphenidate hcl.....30
methylprednisolone 38
metoclopramide hcl 36
metolazone 28
metoprolol succinate 26
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 27
metoprolol tartrate 26
metronidazole 4, 31
metronidazole in nacl (iso-os) 4
metyrosine 27
mexiletine..... 26
micafungin 11
microgestin 1.5/30 (21) 40
microgestin 1/20 (21) 40
microgestin fe 1.5/30 (28) ... 40
microgestin fe 1/20 (28) 40
midodrine 25
mifepristone 42
mili 40
mimvey 40
minocycline 6
minoxidil..... 29
mirtazapine 9
misoprostol 36
M-M-R II (PF)..... 47
modafinil 54
moexipril 26
molindone 17
mometasone 33, 51
montelukast 51
morphine..... 1, 2
morphine concentrate 2
MOUNJARO 22
MOVANTIK 35
moxifloxacin 6, 49
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 6
MRESVIA (PF)..... 47
MULTAQ..... 26
mupirocin 34
mupirocin calcium 34
mycophenolate mofetil 46
mycophenolate sodium 46
MYFORTIC 46
MYHIBBIN 46
MYRBETRIQ..... 37
N
nabumetone..... 1
nadolol 26
nafcillin..... 5
naloxone 3
naltrexone 3
naproxen..... 1
naproxen sodium 1
naratriptan..... 12

nateglinide 22
NAYZILAM..... 7
nebivolol 26
NEBUPENT 16
necon 0.5/35 (28).....40
nefazodone..... 9
neomycin 3
neomycin-bacitracin-poly-hc 49
neomycin-bacitracin-polymyxin 49
neomycin-polymyxin b-dexameth 49
neomycin-polymyxin-gramicidin 49
neomycin-polymyxin-hc..49, 51
neo-polycin 49
neo-polycin hc.....49
NEORAL.....46
NERLYNX.....14
NEUPRO 16
nevirapine 19
NEXLETOL.....28
NEXLIZET.....29
NEXPLANON.....41
niacin 29
nicardipine 27
NICOTROL NS 3
nifedipine 27
nikki (28) 40
nilotinib hcl.....14
nilutamide 13
nimodipine 27
NINLARO.....14
nitazoxanide.....16
nitisinone 37
nitro-bid.....29
nitrofurantoin macrocrystal.... 4
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 4
nitroglycerin 29, 36
NIVESTYM 25
norelgestromin-ethin.estradiol 40
norethindrone (contraceptive) 41
norethindrone acetate 41
norethindrone ac-eth estradiol 40
norgestimate-ethinyl estradiol 40
nortriptyline 10
NORVIR.....20
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN.....23
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 23
NOVOLIN N FLEXPEN 24
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 24
NOVOLIN R FLEXPEN 24
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 24
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 24
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN 24
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 24
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 24
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 24
NUBEQA 13
NUEDEXTA.....30
NUPLAZID 17
NURTEC ODT.....11
nyamyc.....11
nylia 1/35 (28).....40
nylia 7/7/7 (28).....40
nystatin.....11
nystatin-triamcinolone.....33
nystop.....11
NYVEPRIA 25
O
octreotide acetate.....42
ODEFSEY 20
ODOMZO 14
OFEV 53
ofloxacin..... 6, 49, 51
OGSIVEO.....13
OHTUVAYRE 52
OJEMDA 13, 14
OJJAARA 14
olanzapine.....17
olmesartan 26
olmesartan-amlodipin-hcthiazid 28
olmesartan-hydrochlorothiazide 28
omega-3 acid ethyl esters....29
omeprazole 36
ondansetron 10
ondansetron hcl.....10
ONUREG 13
OPIPZA.....17
OPSUMIT.....53
OPVEE.....3
ORAPRED ODT 38
ORENCIA 43
ORENCIA CLICKJECT 43
ORGOVYX..... 42
ORKAMBI 52
ORSERDU 13
oseltamivir..... 20
OTEZLA..... 33
OTEZLA STARTER 43
oxcarbazepine..... 8
oxybutynin chloride 37
oxycodone 2
oxycodone-acetaminophen ... 2
OZEMPIC 22
P
pacerone..... 26
paliperidone 17
PANRETIN..... 15
pantoprazole 37
paricalcitol..... 48
paroxetine hcl..... 9, 10
PAXLOVID..... 21
pazopanib 15
PEDIARIX (PF) 47
PEDVAX HIB (PF) 47
peg 3350-electrolytes..... 36
peg 3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c 36
peg 3350-nacl-na bicarbonate-kcl 36
PEGASYS.....45, 46
PEMAZYRE 15
PEN NEEDLE, DIABETIC... 48
PENBRAYA (PF) 47
penicillamine 35
penicillin g potassium..... 5
penicillin g sodium..... 5
penicillin v potassium 5
PENTACEL (PF)..... 47
pentamidine 16
pentoxifylline 28
PERFOROMIST..... 52
perindopril erbumine 26
periogard..... 31
permethrin..... 33
perphenazine 17
perphenazine-amitriptyline 9
phenelzine 9
phenobarbital 7
PHENYTEK 8
phenytoin 8
phenytoin sodium extended .. 8
PIFELTRO 19
pilocarpine hcl.....31, 50
pimecrolimus..... 33

pimozide 17
pimtrea (28) 40
pindolol 26
pioglitazone.....22
pioglitazone-glimepiride 22
pioglitazone-metformin.....22
piperacillin-tazobactam 5
PIQRAY 15
pirfenidone 53
PIRFENIDONE 53
piroxicam 1
PLENAMINE 34
PLENVU 36
podofilox 33
polycin 49
polymyxin b sulf-trimethoprim 49
POMALYST 13
posaconazole.....11
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 34
potassium chloride 34, 35
potassium chloride in 5 % dex 34
potassium chloride in lr-d5 ...34
potassium chloride in water..34
potassium chloride-d5-0.2%nacl 35
potassium chloride-d5-0.9%nacl 35
potassium citrate.....35
pramipexole 16
prasugrel hcl 25
pravastatin 28
praziquantel 16
prazosin 37
PRED MILD 50
prednisolone 38
prednisolone acetate.....50
prednisolone sodium phosphate 38, 50
prednisone 38
prednisone intensol.....38
pregabalin 7
PREMARIN.....40
PREMPHASE 40
PREMPRO.....40
prenatal vitamin oral tablet ...35
prevalite 29
PREVYMIS 18
PREZCOBIX 20
PREZISTA 20
PRIFTIN.....12
PRIMAQUINE 16
primidone 7
PRIMIDONE 7
PRIORIX (PF).....47
PROAIR RESPICLICK 52
probenecid 11
probenecid-colchicine.....11
prochlorperazine.....10
prochlorperazine maleate oral 10
PROCRIT 25
procto-med hc 48
proctosol hc.....48
proctozone-hc.....48
progesterone micronized 41
PROGRAF 46
PROLASTIN-C 37
PROLIA 48
PROMACTA 25
promethazine.....10
promethegan 10
propafenone 26
propranolol 26
propylthiouracil 42
PROQUAD (PF) 47
PROSOL 20 % 35
protriptyline.....10
PULMICORT 51
PULMICORT FLEXHALER..51
PULMOZYME.....52
pyrazinamide 12
pyridostigmine bromide 12
pyrimethamine.....16
Q
QINLOCK 15
QUADRACEL (PF) 47
quetiapine.....17
quinapril.....26
quinapril-hydrochlorothiazide 28
quinidine gluconate.....26
quinidine sulfate 26
quinine sulfate 16
QVAR REDIHALER.....51
R
RABAVERT (PF) 47
rabeprazole 37
RALDESY 10
raloxifene.....41
ramelteon 54
ramipril 26
ranolazine.....28
rasagiline.....16
RAYALDEE 48
reclipsen (28).....40
RECOMBIVAX HB (PF) 47
REGRANEX..... 33
RELENZA DISKHALER 20
RELEUKO..... 25
RELISTOR.....35, 36
repaglinide 22
REPATHA..... 29
REPATHA PUSHTRONEX . 29
REPATHA SURECLICK..... 29
RETACRIT..... 25
RETEVMO 15
REVCOVI..... 37
REVUFORJ 13
REXULTI..... 17
REYATAZ 20
REZDIFFRA..... 42
REZLIDHIA 15
RHOPRESSA 50
ribavirin 18
RIDAURA..... 43
rifabutin 12
rifampin 12
riluzole 30
rimantadine 20
RINVOQ..... 43
RINVOQ LQ 43
risedronate 48
risperidone 18
risperidone microspheres ... 17, 18
ritonavir 20
rivaroxaban 24
rivastigmine..... 8
rivastigmine tartrate..... 8
rizatriptan 12
ROCKLATAN 49
roflumilast 53
ROMVIMZA 15
ropinirole 16
rosuvastatin 28
ROTARIX..... 47
ROTATEQ VACCINE..... 47
roweepra..... 7
ROZLYTREK 15
RUBRACA 15
rufinamide 8
RUKOBIA..... 20
RYBELSUS..... 22
RYDAPT 15
S
sajazir 42
SANDIMMUNE 46
SANTYL..... 33
sapropterin..... 37

SAVELLA.....30
saxagliptin.....22
saxagliptin-metformin.....22
SCEMBLIX.....15
scopolamine base.....10
SECUADO.....18
SELARSDI.....43
selegiline hcl.....16
selenium sulfide.....33
SELZENTRY.....20
SEREVENT DISKUS 52
sertraline.....10
setlakin 40
sharobel.....41
SHINGRIX (PF) 47
SIGNIFOR 42
sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg.....53
silver sulfadiazine.....33
SIMBRINZA 49
SIMLANDI(CF).....46
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR.....46
simvastatin.....28
sirolimus 46
SIRTURO 12
SIVEXTRO..... 4
SKYRIZI.....44
sodium chloride.....48
sodium chloride 0.45 %.....35
sodium chloride 0.9 %.....35
sodium chloride 3 % hypertonic 35
sodium chloride 5 % hypertonic 35
sodium phenylbutyrate.....37
sodium polystyrene sulfonate 35
sodium,potassium,mag sulfates 36
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 18
solifenacin.....37
SOLIQUA 100/33.....22
SOLTAMOX.....13
SOMAVERT.....42
sorafenib.....15
sotalol 26
sotalol af 26
SPIRIVA RESPIMAT 52
spironolactone 29
spironolacton-hydrochlorothiaz 28
SPRITAM..... 7
sps (with sorbitol) 35
ssd 33
STELARA.....44
STIOLTO RESPIMAT.....54
STIVARGA 15
STREPTOMYCIN.....3
STRIBILD 19
STRIVERDI RESPIMAT 52
subvenite.....21
sucralfate.....36
sulfacetamide sodium.....49
sulfacetamide sodium (acne).6
sulfacetamide-prednisolone.49
sulfadiazine 6
sulfamethoxazole-trimethoprim 6
sulfasalazine.....48
sulindac.....1
sumatriptan 12
sumatriptan succinate.....12
sunitinib malate 15
SUNLENCA.....20
SYMLINPEN 120.....22
SYMLINPEN 60.....22
SYMPAZAN.....7
SYMTUZA 20
SYNAREL 42
SYNJARDY 22
SYNJARDY XR 22
SYNTHROID 42
T
TABLOID.....13
TABRECTA 15
tacrolimus..... 33, 46
tadalafil.....37
tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg 53
TAFINLAR.....15
TAGRISSO.....15
TALZENNA 15
tamoxifen.....13
tamsulosin 37
tarina fe 1-20 eq (28).....41
TASIGNA 15
tasimelteon.....54
tazarotene 31
tazicef.....5
TAZVERIK.....15
TEFLARO.....5
TEGRETOL.....8
TEGRETOL XR.....8
telmisartan.....26
temazepam 54
TENIVAC (PF) 47
tenofovir disoproxil fumarate 20
TEPMETKO 15
terazosin 37
terbinafine hcl..... 11
terbutaline 52
terconazole 11
teriflunomide 31
TERIPARATIDE..... 48
testosterone 39
testosterone cypionate..... 39
testosterone enanthate 39
tetrabenazine 30
tetracycline..... 6
THALOMID 13
theophylline..... 53
thioridazine 17
thiothixene 16
tiadylt er 27
tiagabine 7
TIBSOVO..... 15
ticagrelor..... 25
TICOVAC..... 47
tigecycline 4
timolol maleate.....11, 50
tinidazole..... 4
TIVICAY..... 19
TIVICAY PD..... 19
tizanidine..... 18
TOBI 52
TOBI PODHALER..... 52
TOBRADEX..... 49
tobramycin 49, 52
tobramycin in 0.225 % nacl . 52
tobramycin sulfate..... 3
tobramycin-dexamethasone 49
tolterodine..... 37
tolvaptan (polycys kidney dis) 35
topiramate.....11, 12
TOPIRAMATE..... 11
toremifene..... 13
torpenz..... 15
torsemide..... 28
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 24
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN..... 24
TPN ELECTROLYTES..... 35
TRACLEER..... 53
TRADJENTA..... 22
tramadol..... 1, 2
tramadol-acetaminophen 2
trandolapril..... 26

Fecha de la última actualización del formulario: 08/22/2025.

tranexamic acid.....25
tranylcypromine 9
travasol 10 %.....35
travoprost.....50
trazodone.....10
TRELEGY ELLIPTA.....54
TRELSTAR.....42
TREMFYA.....44
TREMFYA PEN 44
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN.....44
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 24
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 24
TRESIBA U-100 INSULIN....24
tretinoin (antineoplastic).....15
tretinoin topical.....31
triamcinolone acetonide .31, 33
triamterene.....28
triamterene-hydrochlorothiazid 28
tridacaine ii..... 3
trientine.....35
tri-estarylla 41
trifluoperazine 17
trifluridine 49
trihexyphenidyl.....16
TRIJARDY XR 22
TRIKAFTA 52
TRILEPTAL..... 8
tri-lo-estarylla 41
tri-lo-sprintec.....41
trimethoprim..... 4
tri-mili.....41
trimipramine.....10
TRINTELLIX 10
tri-sprintec (28).....41
TRIUMEQ 20
TRIUMEQ PD 20
tri-vylibra 41
tri-vylibra lo 41
trospium.....37
TRULANCE 36
TRULICITY 22
TRUMENBA.....47
TRUQAP.....15
TUKYSA 15
TURALIO 15
turqoz (28) 41
TWINRIX (PF).....47
TYBOST 20
TYENNE 44
TYENNE AUTOINJECTOR..44
TYMLOS 48
TYPHIM VI 47
U
UBRELVY 11
UDENYCA.....25
UDENYCA AUTOINJECTOR 25
unithroid 42
UPTRAVI.....53
ursodiol.....36
USTEKINUMAB 44
V
valacyclovir.....19
VALCHLOR.....12
valganciclovir.....18
valproic acid 7
valproic acid (as sodium salt) 7
valsartan.....26
valsartan-hydrochlorothiazide 28
VALTOCO 7
valtya.....41
vancomycin 4
vandazole.....4
VANFLYTA.....15
VAQTA (PF) 47
varenicline tartrate.....3
VARIVAX (PF).....47
VASCEPA 29
VAXCHORA VACCINE 47
velivet triphasic regimen (28) 41
VELTASSA.....35
VEMLIDY 18
VENCLEXTA 15
VENCLEXTA STARTING PACK 15
venlafaxine 10
verapamil.....27
VERQUVO 29
VERSACLOZ.....18
VERZENIO.....15
vestura (28) 41
vienva.....41
vigabatrin.....7
vigadrone 7
VIGAFYDE 7
vigpoder 7
vilazodone 10
VIMKUNYA 47
VIRACEPT 20
VIREAD.....20
VITRAKVI.....15
VIVOTIF 47
VIZIMPRO 15
VONJO 13
VORANIGO 16
voriconazole..... 11
VOSEVI 18
VOWST..... 36
VRAYLAR..... 18
VUMERITY 31
vyfemla (28) 41
vylibra 41
VYZULTA..... 50
W
warfarin..... 24
WELIREG 37
WINREVAIR 53
wixela inhub 54
wymzya fe..... 41
WYOST..... 48
X
XALKORI 15
XARELTO 24
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START..... 24
XCOPRI 8
XCOPRI MAINTENANCE PACK 8
XCOPRI TITRATION PACK.. 8
XDEMVY..... 49
XELJANZ..... 44
XELJANZ XR 44
XERMELO 36
XGEVA 48
XIFAXAN 36
XIGDUO XR.....22, 23
XIIDRA..... 49
XOFLUZA 20
XOLAIR..... 44
XOSPATA..... 15
XPOVIO 15
XTANDI..... 13
xulane 41
XYWAV..... 54
Y
YESINTEK..... 45
YF-VAX (PF)..... 47
YUPELRI 52
yuvafem 41
Z
zafemy 41
zafirlukast..... 51
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 23
ZEGALOGUE SYRINGE..... 23
ZEJULA 15

Fecha de la última actualización del formulario: 08/22/2025.

ZELBORAF 15
zenatane 31
zenzedi 30
zidovudine.....20
ziprasidone hcl.....18
ziprasidone mesylate 18
ZIRGAN 49
ZOLINZA 13
zolmitriptan 12
zolpidem 54
ZONISADE 8
zonisamide 8
ZOSYN IN DEXTROSE (ISO-OSM) 5
zovia 1-35 (28) 41
ZTALMY..... 7
ZURZUVAE 9
ZYDELIG 15
ZYKADIA 15

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 Sprachassistenzdienste 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 می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 1-800-399-7226 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده 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 ప్రొవైడర్‌తో 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 8/22/2025. 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.