



Texas Independence Health Plan

Formulario de 2025

(Lista de medicamentos cubiertos o “Lista de medicamentos”)

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

25266, número de versión 8

Este Formulario se actualizó el 2024/10/23. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Texas Independence Health Plan Servicios para los miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), 24 horas al día, siete días a la semana, o visite www.txindependencehealthplan.com.

H5015_SF0RM25_C

Nota para los miembros actuales: Este Formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Texas Independence Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Texas Independence Health Plan, Inc. o Texas Independence Community Plan.

Este documento incluye una Lista de medicamentos (Formulario) de nuestro plan, que está vigente a partir del 2024/10/23. Para obtener un Lista de medicamentos (Formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos (Formulario), aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias los copagos y el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de Texas Independence Health Plan?

En este documento, los términos Lista de medicamentos y Formulario significan lo mismo. Un Formulario es una Lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Texas Independence Health Plan con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, Texas Independence Health Plan cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de Texas Independence Health Plan y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

¿El Formulario puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero Texas Independence Health Plan podríamos/podría agregar o quitar medicamentos del Formulario durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios. Las actualizaciones del Formulario se publican todos los meses en nuestro sitio web: www.txindependencehealthplan.com.

Cambios que pueden afectarlo este año: En los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

- **Sustitución inmediata de determinadas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestro Formulario si lo reemplazamos con una cierta versión nueva de ese medicamento que aparecerá con las mismas restricciones o menos. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro Formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o productos biológicos originales en nuestro Formulario, pero inmediatamente agregar nuevas restricciones.

Podemos realizar estos cambios inmediatos solo si estamos sumando una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico

original, que ya estaba en el Formulario (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin una receta nueva).

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, quizás no le informemos con anticipación que realizaremos un cambio inmediato, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo para usted el medicamento que se cambiará. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar una excepción al Formulario de Texas Independence Health Plan?”

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 fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que se debe retirar por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro Formulario y, luego, notificarles a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del Formulario cuando agreguemos un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original cuando agreguemos un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas. Podemos realizar cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario o agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado sobre un medicamento, debemos notificar a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia el cambio. Alternativamente, cuando un miembro solicita un resurtido del medicamento, puede recibir un suministro del medicamento para un 30-días y un aviso del cambio. Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción para usted y continuemos la cobertura del medicamento que ha estado tomando. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Texas Independence Health Plan?”.

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2025 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2025, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del

1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique el Formulario del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto entra en vigencia el 2024/10/23. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Texas Independence Health Plan comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. Texas Independence Health Plan le enviará un aviso en caso de un cambio de mitad de año en el Formulario que no sea de mantenimiento. El aviso generalmente se enviará 60 días antes del cambio. Todas las actualizaciones al Formulario se enumeran en www.txindependencehealthplan.com, junto con el Formulario más actualizado.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página 12. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría “agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 9. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página I-1. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Texas Independence Health Plan cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y, suelen costar menos que los de marca. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca en la farmacia sin necesidad de obtener una receta nueva, según las leyes estatales.

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

En el Formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo 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 reemplazar al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a medicamentos de marca.

- Para consultar los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1, “La ‘Lista de medicamentos’ indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos”.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales de cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir lo siguiente:

- **Autorización previa:** Texas Independence Health Plan exige que usted o la persona autorizada a dar recetas obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de Texas Independence Health Plan antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no consigue la autorización, es posible que Texas Independence Health Plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Texas Independence Health Plan limita la cantidad del medicamento que Texas Independence Health Plan cubrirá. Por ejemplo, Texas Independence Health Plan proporciona 30 comprimidos por receta para olanzapine. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Texas Independence Health Plan requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que Texas Independence Health Plan no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces Texas Independence Health Plan cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 12. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado en línea documentos para explicar nuestras restricciones de autorización previa y de tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede pedirle a Texas Independence Health Plan que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que podrían tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Texas Independence Health Plan?” en la página 6 para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

¿Qué pasa si mi medicamento no está en el Formulario?

Si el medicamento que toma no está incluido en este Formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si resulta que Texas Independence Health Plan no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede pedir a Servicios para los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Texas Independence Health Plan. Cuando reciba la lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Texas Independence Health Plan.
- Puede solicitar que Texas Independence Health Plan haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Texas Independence Health Plan?

Puede solicitar a Texas Independence Health Plan que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que no apliquemos una restricción de cobertura, incluidos la autorización previa, el tratamiento escalonado o el límite de cantidad de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Texas Independence Health Plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Texas Independence Health Plan solo aprobará su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan o la aplicación de la restricción no fueran tan efectivos para usted o pudieran causarle efectos adversos.

Usted o la persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción al Formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicita una excepción, la persona autorizada a dar recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede pedir una decisión acelerada (rápida) si usted considera, y nosotros estamos de acuerdo, que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si aceptamos, o si la persona autorizada a dar recetas pide una decisión rápida, debemos comunicarle nuestra decisión, a más tardar, en un período de 24 horas después de recibir la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas.

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

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el formulario. También es posible que esté tomando un medicamento que está en nuestro Formulario, pero que tiene una restricción de cobertura, como la autorización previa. Debe hablar con la persona autorizada a

dar recetas para 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 determinan el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no están en nuestro Formulario o que tienen una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos del medicamento por un máximo de hasta 30 días. Si no se aprueba la cobertura, después del primer suministro para 30 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días mientras solicita la excepción al formulario.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días mientras solicita la excepción al Formulario.

Para los miembros que están fuera de su período de transición y experimentan un cambio en el nivel de atención cuando cambian de un entorno de tratamiento a otro (por ejemplo: centro de atención a largo plazo a hospital, hospital a centro de atención a largo plazo, hospital a hogar, hogar a centro de atención a largo plazo, hospicio a centro de atención a largo plazo, hospicio a hogar), permitiremos:

- Un resurtido anticipado para un suministro de medicamentos para 30 días en farmacias minoristas y un suministro para hasta 31 días en el entorno de atención a largo plazo para medicamentos del Formulario.
- Un surtido de transición de emergencia para medicamentos que no están en el Formulario (incluidos aquellos medicamentos que están en el Formulario, pero requieren autorización previa, terapia escalonada o están sujetos a restricciones de límite de cantidad).

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de Texas Independence Health Plan, consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Texas Independence Health Plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

Formulario de Texas Independence Health Plan

El formulario que comienza en la siguiente página proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos que cubre Texas Independence Health Plan. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página I-1.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (por ejemplo, ENTRESTO), y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, *meloxicam*).

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si Texas Independence Health Plan tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

Beneficios estándar

- **Nivel de medicamentos 1: 25%**

Lista de Cobertura de Medicamentos

Lista de Medicamentos por Condicion Medica

AGENTES ANTI CÁNCER	12
AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS	24
AGENTES ANTIANSIEDAD	25
AGENTES ANTICOLINÉRGICOS	25
AGENTES ANTIDEMENCIA	26
AGENTES ANTIDIABETICO	26
AGENTES ANTIGOTA	30
AGENTES ANTIMIGRAÑA	30
AGENTES ANTINAUSEA	31
AGENTES ANTIPARASITARIOS	32
AGENTES ANTIPARKINSON	33
AGENTES ANTIPSICÓTICOS	33
AGENTES CALÓRICOS	38
AGENTES CARDIOVASCULARES	38
AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA	45
AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA	46
AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO	47
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	47
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO	50
AGENTES DENTALES Y ORALES	54
AGENTES DERMATOLÓGICOS	54
AGENTES GASTROINTESTINALES	57
AGENTES GENITOURINARIOS	59
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICADOR	60
AGENTES INMUNOLÓGICOS	63
AGENTES OFTÁLMICOS	71
AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA	72

AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS.....	74
AGENTES VASODILATADORES	75
ANALGÉSICOS.....	76
ANESTÉSICOS.....	78
ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS	79
ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA).....	79
ANTIBACTERIANOS	79
ANTICONCEPTIVOS	85
ANTICONVULSIVOS	89
ANTIDEPRESIVOS	93
ANTIFÚNGICOS.....	95
ANTIISTAMÍNICOS	97
ANTIMICOBACTERIALES.....	97
ANTIVIRALES (SITÉMICO).....	97
DISPOSITIVOS	102
PREPARACIONES DE REEMPLAZO	102
PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN.....	103
REEMPLAZO/MODIFICADORES DE ENZIMA	105
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS	105
SOLUCIONES IRRIGANTES	106
VITAMINAS Y MINERALES	106

Leyenda

1: Medicamentos cubiertos

MO: Pedido por correo - Esta receta también puede estar disponible por correo.

PA: Autorización previa - Usted (o su médico) deben obtener una autorización previa antes de surtir su receta médica para este medicamento. Sin la aprobación previa, no podríamos cubrir este medicamento.

PA BvD: Parte B vs. Parte D - Este medicamento recetado puede estar cubierto por la Parte B o D de Medicare, dependiendo de las circunstancias. Es posible que sea necesario enviar información que describa el uso y el entorno del medicamento para tomar esta determinación.

PA NSO: Autorización previa - Usted (o su médico) deben obtener una autorización previa antes de surtir su receta médica para este medicamento. Sin la aprobación previa, no podríamos cubrir este medicamento.

QL: Límite de cantidad - Nuestro plan limita la cantidad de medicamento que cubriremos.

ST: Terapia de pasos - En algunos casos, se requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que nosotros cubramos otro medicamento para esa afección, a menos que ya tomara ese medicamento.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES ANTI CÁNCER		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	1	PA NSO
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	1	MO
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4ML	1	PA NSO; QL (1.6 per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	1	
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	1	PA NSO; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
BENDAMUSTINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	1	PA NSO
<i>bendamustine hcl intravenous solution reconstituted 100 mg, 25 mg</i>	1	PA NSO
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	1	PA NSO
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	1	PA NSO
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	1	PA NSO
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>bleomycin sulfate injection solution reconstituted 15 unit, 30 unit</i>	1	
<i>bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg, 3.5 mg</i>	1	PA NSO
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	1	PA NSO
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	1	PA NSO
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/2ml, 2 gm/4ml</i>	1	PA BvD
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/5ML, 500 MG/2.5ML, 500 MG/5ML, 500 MG/ML	1	PA BvD
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral capsule 50 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg</i>	1	PA BvD; ST
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG	1	PA BvD; ST
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 40 MG/10ML	1	PA NSO; QL (120 per 28 days)
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>decitabine intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	1	
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i>	1	PA BvD
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	1	PA NSO
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 44 MG/1.1ML	1	PA NSO
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 76 MG/1.9ML	1	PA NSO; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	1	
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8ML, 48 MG/0.8ML	1	PA NSO
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50ML, 200 MG/100ML	1	PA NSO
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 150 mg</i>	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	1	
<i>etoposide intravenous solution 100 mg/5ml</i>	1	
<i>everolimus oral tablet 10 mg</i>	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	1	MO
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL	1	PA BvD
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	1	PA BvD
<i>floxuridine injection solution reconstituted 0.5 gm</i>	1	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	1	PA BvD
FLUTAMIDE ORAL CAPSULE 125 MG	1	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 11. Identificación del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizó 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA NSO; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml</i>	1	
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA NSO
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG	1	
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	1	PA NSO; QL (5 per 21 days)
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	1	PA NSO
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	1	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gm/20ml, 3 gm/60ml</i>	1	
<i>ifosfamide intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	1	PA NSO; QL (216 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG, 10 MG	1	PA NSO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/1.25ML, 300 MG/15ML	1	PA NSO
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	1	PA NSO; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	1	PA NSO; MO; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/10ML	1	PA NSO
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	1	PA BvD; ST
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	1	PA NSO
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	1	PA NSO; QL (2 per 28 days)
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA NSO; QL (42 per 28 days)
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA NSO; QL (63 per 28 days)
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	PA NSO; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	PA NSO; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	PA NSO; QL (91 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA NSO; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	1	PA NSO
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	1	PA NSO
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	1	PA NSO
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	1	PA NSO
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	1	MO
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	1	
LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH) INTRAMUSCULAR INJECTABLE 22.5 MG	1	PA NSO
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	1	PA NSO
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	1	PA NSO; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	1	PA NSO; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6ML	1	PA NSO
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML, 30 MG/30ML	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 22.5 MG	1	PA NSO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 11. Identificación del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizó 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	1	PA NSO
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	1	
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	1	PA NSO; QL (140 per 28 days)
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	1	PA NSO; QL (140 per 28 days)
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	1	PA NSO; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 250 MG/10ML	1	PA NSO
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	1	
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	1	PA NSO; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	1	
<i>methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml</i>	1	
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone hcl intravenous concentrate 20 mg/10ml</i>	1	
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	1	PA NSO
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	1	
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	1	PA NSO
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML	1	PA NSO; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)	1	PA NSO; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	1	PA NSO
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	1	PA NSO; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 120 MG/12ML, 240 MG/24ML, 40 MG/4ML	1	PA NSO
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20ML	1	PA NSO
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA BvD
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
PEMETREXED DISODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/40ML, 100 MG/4ML, 500 MG/20ML	1	
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 850 mg/34ml</i>	1	
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 1000 mg, 750 mg</i>	1	
<i>pemetrexed ditromethamine intravenous solution reconstituted 100 mg, 500 mg</i>	1	
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	1	
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	1	PA NSO
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400-23400 MG -UT/11.7ML, 1600-26800 MG -UT/13.4ML	1	PA NSO
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG	1	PA NSO; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	1	PA NSO
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 350 MG/7ML	1	PA NSO
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; QL (224 per 28 days)
RYTELO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 188 MG, 47 MG	1	PA NSO
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	1	PA NSO
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	1	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	1	PA NSO; QL (900 per 30 days)
TAGRISO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 3 MG/1.5ML, 40 MG/ML	1	PA NSO
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 153 MG/1.7ML, 30 MG/3ML	1	PA NSO
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML	1	PA NSO
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG	1	
TIVDAK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 40 MG	1	PA NSO; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 100 mg/5ml</i>	1	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	1	MO
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	1	PA NSO
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	1	PA NSO
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	1	
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (64 per 28 days)
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 MG	1	PA NSO
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 & 25 MG	1	PA NSO
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	1	PA NSO
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	1	PA NSO
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	1	PA NSO
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	1	PA NSO
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	1	PA NSO
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	1	PA NSO
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	1	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 11. Identificación del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizó 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	1	PA NSO
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	1	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	1	PA NSO; QL (8 per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	1	PA NSO; QL (4 per 28 days)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	1	PA NSO; QL (8 per 28 days)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	1	PA NSO; QL (4 per 28 days)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	1	PA NSO; QL (24 per 28 days)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	1	PA NSO; QL (8 per 28 days)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	1	PA NSO; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40ML, 50 MG/10ML	1	PA NSO
YONSA ORAL TABLET 125 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	1	PA NSO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	1	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	1	
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	1	PA NSO; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG	1	PA NSO
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20ML	1	PA NSO; QL (20 per 28 days)

AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS

Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias

<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	1	MO
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
KLOXXADO NASAL LIQUID 8 MG/0.1ML	1	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	1	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml, 2 mg/2ml</i>	1	
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	1	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	1	QL (240 per 180 days)
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	1	
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg (56 pack)</i>	1	QL (336 per 365 days)
VARENICLINE TARTRATE ORAL TABLET 1 MG	1	QL (336 per 365 days)

AGENTES ANTIANSIEDAD

Benzodiacepinas

<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	1	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)

AGENTES ANTICOLINÉRGICOS

Antimuscarínicos/Antiespasmódicos

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 11. Identificación del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizó 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	1	
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5ml</i>	1	MO
AGENTES ANTIDEMENCIA		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	1	MO
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid mesylates oral tablet 1 mg</i>	1	MO
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	1	MO; QL (200 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	1	MO; QL (300 per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	1	MO
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
AGENTES ANTIDIABETICO		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral solution 500 mg/5ml</i>	1	MO; QL (765 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	1	MO; QL (75 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	1	MO; QL (150 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	1	PA; MO; QL (112 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML	1	PA; MO; QL (2 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2.5 MG/0.5ML	1	PA; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 2 MG/3ML	1	PA; MO; QL (3 per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 4 MG/3ML	1	PA; MO; QL (3 per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	1	PA; MO; QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 11. Identificación del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizó 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 25-1000 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	1	PA; MO; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)
<i>insulin asp prot & asp flexpen subcutaneous suspension pen-injector (70-30) 100 unit/ml</i>	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
INSULIN ASPART FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
INSULIN ASPART INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
INSULIN ASPART PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart prot & aspart subcutaneous suspension (70-30) 100 unit/ml</i>	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SEMGLEE (YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply
SEMGLEE (YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
SOLQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	1	MO
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	MO
AGENTES ANTIGOTA		
Agentes Antigota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	1	MO
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	1	MO
AGENTES ANTIMIGRAÑA		
Agentes Antimigraña		
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5ML	1	PA; MO; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 225 MG/1.5ML	1	PA; MO; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	1	ST; QL (8 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; MO; QL (3 per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML	1	PA; MO; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	1	PA; MO; QL (2 per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	1	QL (9 per 30 days)
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	1	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act, 5 mg/act</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i>	1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	1	QL (5 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA; QL (16 per 30 days)
AGENTES ANTINAUSEA		
Agentes Antinausea		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	1	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	1	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	1	PA BvD
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	1	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>compro rectal suppository 25 mg</i>	1	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>ondansetron hcl injection solution 40 mg/20ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl injection solution prefilled syringe 4 mg/2ml</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	1	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	1	QL (10 per 30 days)
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule 300 mg</i>	1	
AGENTES ANTIPARASITARIOS		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	1	
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	1	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	1	
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	1	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	MO
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	1	PA BvD
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	1	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	1	
PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET 26.3 (15 BASE) MG	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	1	PA
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	1	PA
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
AGENTES ANTIPARKINSON		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	1	MO
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	1	MO
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	1	MO
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	1	MO
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	MO
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	1	MO
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI TITRATION KIT SUBLINGUAL KIT 10&15&20&25&30 MG	1	PA
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	MO
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	1	MO
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	1	MO
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
AGENTES ANTIPSICÓTICOS		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML	1	QL (2.4 per 42 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 960 MG/3.2ML	1	QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	1	MO; QL (1 per 26 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	1	MO; QL (1 per 26 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg</i>	1	ST; MO; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 15 mg</i>	1	ST; MO; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	1	QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	1	MO; QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML	1	MO; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML	1	MO; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML	1	MO; QL (3.2 per 14 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml</i>	1	
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	1	MO
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	1	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	1	ST; QL (120 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	1	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	MO
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	1	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	MO
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML	1	QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML	1	QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	1	QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	1	QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	1	QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	1	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	1	QL (0.5 per 21 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML	1	QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML	1	QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML	1	QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML	1	QL (2.63 per 70 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	1	PA NSO; MO; QL (30 per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (270 per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	1	PA NSO; MO; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; MO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	1	MO; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>quetiapine fumarate oral tablet 150 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	1	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	MO
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	MO
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.28ML	1	QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 125 MG/0.35ML	1	QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 150 MG/0.42ML	1	QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 200 MG/0.56ML	1	QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 250 MG/0.7ML	1	QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.14ML	1	QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.21ML	1	QL (0.21 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	ST; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	1	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	1	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG, 300 MG	1	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	1	QL (1 per 28 days)

AGENTES CALÓRICOS

Agentes Calóricos

CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	1	PA BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	1	PA BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) INTRAVENOUS SOLUTION 6 %	1	PA BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	1	PA BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	1	PA BvD
<i>clinisol sf intravenous solution 15 %</i>	1	PA BvD
<i>dextrose intravenous solution 5 %</i>	1	
<i>plenamine intravenous solution 15 %</i>	1	PA BvD
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %	1	PA BvD

AGENTES CARDIOVASCULARES

Agentes Alfa-Adrenérgicos

<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	MO
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	1	MO
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	MO
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	1	MO
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	1	MO
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	1	MO
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	MO
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1	MO
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 11. Identificación del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizó 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	MO
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	MO
<i>taztia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	1	MO
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1	MO
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	1	MO
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	MO
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	1	MO; QL (600 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg, 62.5 mcg</i>	1	MO
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	1	QL (4 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	1	QL (4 per 30 days)
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	1	PA; QL (18 per 30 days)
<i>ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	1	MO
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG	1	MO; QL (240 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	1	MO
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	1	MO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	1	MO
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	1	MO
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	1	MO
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	1	MO
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	1	MO
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	1	MO
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-25 mg</i>	1	MO
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	MO
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	MO
Dislipidémicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg</i>	1	MO
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	1	MO
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	1	MO
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	1	MO
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	1	MO
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 11. Identificación del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizó 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	1	MO
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	1	MO
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 145 mg, 160 mg, 40 mg, 48 mg, 54 mg</i>	1	MO
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i>	1	MO
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	1	MO
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gm</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) ORAL TABLET 500 MG	1	
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
NIACOR ORAL TABLET 500 MG	1	
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	1	ST; MO; QL (120 per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>pravastatin sodium oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral packet 4 gm</i>	1	MO
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML	1	ST; MO; QL (7 per 28 days)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	1	ST; MO; QL (6 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	1	ST; MO; QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
Diuréticos		
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	MO
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	1	MO
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	MO
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	1	MO
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	MO
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	MO
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	MO
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	1	MO
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	MO
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	MO
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	MO
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	1	MO
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
<i>minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	1	MO
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	MO
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	1	MO
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	1	MO
AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alose tron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	1	
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	1	
<i>budesonide rectal foam 2 mg</i>	1	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	1	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	1	MO
<i>mesalamine er oral capsule extended release 500 mg</i>	1	MO
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	1	MO
AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA		
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	1	MO; QL (300 per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	MO; QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	1	MO
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	1	MO
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	1	MO; QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	1	PA; MO; QL (2 per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	1	MO
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	1	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG	1	MO; QL (60 per 30 days)
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML	1	PA; MO; QL (2.48 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML	1	PA; MO; QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	1	PA
AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO		
Agentes De Trastorno De Sueño		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	1	PA; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	1	PA; MO; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 24 MG	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG	1	PA; MO; QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG, 6 & 12 & 24 MG	1	PA
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT 30 MCG/0.5ML	1	PA; MO; QL (1 per 28 days)
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT 30 MCG/0.5ML	1	PA; MO; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	1	PA; MO; QL (15 per 30 days)
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg</i>	1	PA; MO; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 & 240 mg</i>	1	PA
<i> fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	MO
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	1	PA
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	1	PA; MO; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	1	MO
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
LITHIUM CARBONATE ORAL CAPSULE 600 MG	1	MO
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	MO
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	1	MO
MAVENCLAD (10 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	1	PA; MO; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG, 7 X 0.25 MG	1	PA
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1	MO; QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/10ML	1	PA; QL (20 per 180 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR 63 & 94 MCG/0.5ML	1	PA
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 63 & 94 MCG/0.5ML	1	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 125 MCG/0.5ML	1	PA; MO; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MCG/0.5ML	1	PA; MO; QL (1 per 28 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	1	MO
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG	1	
TEGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10ML	1	PA; MO
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	PA; MO; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 231 MG	1	PA; MO; QL (120 per 30 days)
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	1	PA BvD
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE 40 MG	1	MO; QL (560 per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML	1	PA; MO
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	1	PA BvD; MO
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 30 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	1	PA; MO; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	1	PA; MO; QL (56 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; MO; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; MO; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML	1	PA; MO; QL (0.4 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA; MO; QL (3 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	1	PA; MO; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	1	PA; MO; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	1	PA; MO; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i>	1	MO; QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 2 X 45 MG, 2 X 60 MG, 45 MG, 60 MG	1	PA; QL (1 per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	1	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	1	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	1	PA
Antiinflamatorios, Corticoesteroides		
Inhalados		
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	1	MO; QL (12 per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL 90-80 MCG/ACT	1	QL (32.1 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	1	MO; QL (30 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 11. Identificación del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizó 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>breyndra inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	1	MO; QL (30.9 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	1	PA BvD; MO; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 1 mg/2ml</i>	1	PA BvD; MO; QL (60 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	1	MO; QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act</i>	1	MO; QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 220 mcg/act</i>	1	MO; QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 44 mcg/act</i>	1	MO; QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol 115-21 mcg/act, 230-21 mcg/act, 45-21 mcg/act</i>	1	MO
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
Antileucotrinicos		
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	1	MO
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
Broncodilatadores		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	1	MO; QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)</i>	1	MO; QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	1	MO; QL (36 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 11. Identificación del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizó 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	1	PA BvD; MO
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	1	MO; QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	1	MO; QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT	1	MO; QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	1	MO; QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	PA BvD; MO
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	1	PA BvD; MO; QL (540 per 30 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>	1	PA BvD; MO
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	1	MO; QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT	1	MO; QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT	1	MO; QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5 MCG/ACT	1	MO; QL (4 per 28 days)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	1	MO
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	1	MO
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	1	MO
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule 18 mcg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	1	MO; QL (60 per 30 days)
AGENTES DENTALES Y ORALES		
Agentes Dentales Y Orales		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	1	MO
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	1	
<i>periogard mouth/throat solution 0.12 %</i>	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	1	
AGENTES DERMATOLÓGICOS		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<i>ala-cort external cream 1 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate emulsion external foam 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external lotion 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	1	
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %	1	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %, 0.025 %</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	1	
<i>fluocinonide external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	1	
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>	1	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %, 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	1	
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)
PROCTOFOAM HC EXTERNAL FOAM 1-1 %	1	
<i>procto-med hc external cream 2.5 %</i>	1	
<i>proctosol hc external cream 2.5 %</i>	1	
<i>proctozone-hc external cream 2.5 %</i>	1	
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 11. Identificación del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizó 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	1	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	1	
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcitriol external ointment 3 mcg/gm</i>	1	
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	1	
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	1	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	1	QL (24 per 30 days)
KLISYRI EXTERNAL OINTMENT 1 %	1	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>	1	
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	1	QL (60 per 28 days)
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	1	
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	1	QL (180 per 30 days)
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	1	PA NSO
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %</i>	1	
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	1	
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	1	
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	1	
<i>metronidazole external gel 0.75 %, 1 %</i>	1	
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	1	QL (220 per 30 days)
<i>neuac external gel 1.2-5 %</i>	1	
<i>rosadan external cream 0.75 %</i>	1	
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	1	
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	1	
<i>ssd external cream 1 %</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	1	
<i>permethrin external cream 5 %</i>	1	QL (60 per 30 days)
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	1	
<i>adapalene external gel 0.3 %</i>	1	
ALTRENO EXTERNAL LOTION 0.05 %	1	PA
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	1	
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	1	PA
AGENTES GASTROINTESTINALES		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz oral therapy pack 500 & 500 & 30 mg</i>	1	
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml</i>	1	MO
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral packet 10 mg, 20 mg</i>	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral packet 40 mg</i>	1	ST; MO; QL (60 per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>lansoprazole oral tablet delayed release dispersible 15 mg, 30 mg</i>	1	ST; MO
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	1	MO
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>pantoprazole sodium oral packet 40 mg</i>	1	ST; MO; QL (60 per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	1	MO
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	1	PA; MO
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	1	MO
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	1	
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>kionex oral suspension 15 gm/60ml</i>	1	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	1	MO; QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	1	MO
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	
<i>sps oral suspension 15 gm/60ml</i>	1	
URSODIOL ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG	1	MO
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	MO
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	1	MO
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	1	PA; MO; QL (84 per 28 days)
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10-3.5-12 MG-GM -GM/160ML, 10-3.5-12 MG-GM -GM/175ML	1	
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm</i>	1	
<i>gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm</i>	1	
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml, 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)</i>	1	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	1	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	1	
SUTAB ORAL TABLET 1479-225-188 MG	1	
AGENTES GENITOURINARIOS		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	1	MO
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	1	MO
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>flavoxate hcl oral tablet 100 mg</i>	1	MO
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	1	MO
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	1	MO
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 11. Identificación del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizó 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>tropium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>	1	MO
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>	1	MO
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICADOR		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	MO
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	1	MO
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	MO
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA; MO
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	1	PA; MO; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	1	PA; MO; QL (150 per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5ML, 50 MG/0.5ML, 75 MG/0.5ML	1	PA; MO; QL (2 per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	1	MO
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>estradiol transdermal gel 0.75 mg/1.25 gm (0.06%)</i>	1	MO
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	1	MO; QL (8 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	1	MO; QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	1	MO
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	1	MO; QL (18 per 28 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	1	MO
ESTROGEL TRANSDERMAL GEL 0.75 MG/1.25 GM (0.06%)	1	MO
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i>	1	MO
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	1	MO
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM	1	MO
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625-5 MG	1	MO
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	1	MO
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	1	MO
<i>yuvaferm vaginal tablet 10 mcg</i>	1	MO; QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 120 mg/30ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	1	MO
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 80 mg/ml</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 125 mg, 40 mg</i>	1	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	1	PA BvD

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i>	1	
Pituitario		
ACTHAR GEL SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 UNIT/0.5ML	1	PA; QL (15 per 30 days)
ACTHAR GEL SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 UNIT/ML	1	PA; QL (30 per 30 days)
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	1	PA; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	1	MO
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	1	MO
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	1	PA; MO
LANREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML	1	PA NSO; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	1	PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 30 MG	1	PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	1	PA
NORDITROPIN FLEXPPO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 30 MG/3ML, 5 MG/1.5ML	1	PA; MO
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	1	MO
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO
ORLISSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
ORLISSA ORAL TABLET 200 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG, 5 MG, 6 MG	1	PA; MO
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 60 MG/0.2ML	1	PA NSO; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 90 MG/0.3ML	1	PA NSO; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA; MO
Progestinas		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML	1	QL (0.65 per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	1	
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	1	MO
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	1	MO
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
Agentes Inmunológicos		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML	1	PA; MO
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10ML, 400 MG/20ML, 80 MG/4ML	1	PA
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	1	PA; MO
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	1	PA; MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG	1	PA BvD; MO
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	1	PA BvD; MO
<i>azathioprine sodium injection solution reconstituted 100 mg</i>	1	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	1	PA; MO; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	1	PA; MO; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	1	PA NSO; MO; QL (2 per 28 days)
CIMZIA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 200 MG/ML	1	PA; MO
CIMZIA SUBCUTANEOUS KIT 2 X 200 MG	1	PA
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; MO
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	1	PA; MO
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML	1	PA; MO
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML	1	PA; MO
<i>cyclosporine intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD; MO
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	1	PA BvD; MO
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	1	PA BvD; MO
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	1	PA; MO
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	1	PA; MO
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	1	PA; MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	1	PA; MO
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML	1	PA; MO
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	1	PA; MO
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	1	PA; MO
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	1	PA BvD; MO
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML	1	PA BvD
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	1	PA BvD; MO
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i>	1	PA BvD; MO
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PED>=40KG CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 11. Identificación del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizó 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
<i>infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	1	PA
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML	1	PA; MO
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
<i>mycophenolate mofetil hcl intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	1	PA BvD; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	1	PA BvD; MO
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	1	PA BvD; MO
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	1	PA BvD; MO
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	1	PA BvD
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	1	PA; MO
ORENCIA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	1	PA; MO
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4ML, 87.5 MG/0.7ML	1	PA; MO
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG	1	PA
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	1	PA; MO
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG, 4 X 10 & 51 X20 MG	1	PA
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	1	PA BvD
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	1	PA BvD; MO
RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2ML, 12.5 MG/0.25ML, 15 MG/0.3ML, 17.5 MG/0.35ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.45ML, 25 MG/0.5ML, 30 MG/0.6ML, 7.5 MG/0.15ML	1	ST; MO
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	PA; MO; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA; MO
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	PA BvD; MO
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	1	PA BvD; MO
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	PA BvD; MO
SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 75 MG/0.83ML	1	PA; MO
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/10ML	1	PA
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	1	PA; MO
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML	1	PA; MO
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; MO
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	1	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	1	PA; MO
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	1	PA; MO
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	1	PA BvD; MO
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA; MO; QL (180 per 30 days)
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; MO
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; MO
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	PA; MO
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	PA; MO
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	1	PA; MO
Vacunas		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	1	\$0 copay

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	1	\$0 copay
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	1	\$0 copay
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	1	\$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	\$0 copay
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	1	\$0 copay
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	1	\$0 copay
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	1	
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	1	QL (3 per 365 days)
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-5 LFU/0.5ML	1	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	1	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	1	PA BvD; \$0 copay
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	\$0 copay
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	\$0 copay
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML	1	\$0 copay
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 720 EL U/0.5ML	1	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	1	PA BvD; \$0 copay

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	1	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	1	PA BvD; \$0 copay
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	1	
IPOL INJECTION INJECTABLE	1	\$0 copay
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	\$0 copay
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML	1	\$0 copay
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	\$0 copay
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	\$0 copay
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML	1	\$0 copay
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	1	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	1	PA BvD; \$0 copay
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION , (58 UNT/ML)	1	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	1	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	1	PA BvD; \$0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION	1	
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	1	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	1	\$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	1	\$0 copay
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	1	\$0 copay
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML	1	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 2.4 MCG/0.5ML	1	\$0 copay
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	\$0 copay
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	1	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	1	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	1	\$0 copay
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML	1	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	1	\$0 copay

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	1	\$0 copay
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	1	\$0 copay
AGENTES OFTÁLMICOS		
Agentes Antiglaucoma		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	1	MO
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	MO
<i>acetazolamide sodium injection solution reconstituted 500 mg</i>	1	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	MO
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>	1	MO; QL (2.5 per 25 days)
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.1 %, 0.15 %, 0.2 %</i>	1	MO
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution 0.2-0.5 %</i>	1	MO
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	1	MO
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	1	MO
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	1	MO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	1	MO
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	1	MO; QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	MO
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	1	MO; QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	MO
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	1	MO; QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	1	MO; QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	1	MO
<i>tafluprost (pf) ophthalmic solution 0.0015 %</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	1	MO
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	1	MO; QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	1	MO; QL (5 per 30 days)
AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA		
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	1	
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	1	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	1	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	1	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	1	QL (3.5 per 4 days)
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	1	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	1	
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	1	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	1	
<i>neo-polycin hc ophthalmic ointment 1 %</i>	1	
<i>neo-polycin ophthalmic ointment 3.5-400-10000</i>	1	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	1	
<i>polycin ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	1	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	1	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	1	
XDEMZY OPTHALMIC SOLUTION 0.25 %	1	PA; QL (10 per 42 days)
ZIRGAN OPTHALMIC GEL 0.15 %	1	
ZYLET OPTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	1	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>alrex ophthalmic suspension 0.2 %</i>	1	ST
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>	1	
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %, 0.075 %</i>	1	
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	1	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	1	
EYSUVIS OPTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	1	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	1	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	1	
INVELTYS OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %	1	QL (5.6 per 14 days)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	1	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL 0.38 %	1	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel 0.5 %</i>	1	QL (10 per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.2 %</i>	1	ST
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	1	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act</i>	1	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	1	
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	1	MO; QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	1	MO
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15 %</i>	1	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	1	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	1	
<i>epinastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	1	
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>	1	MO; QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>	1	MO; QL (15 per 10 days)
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %, 0.2 %</i>	1	
AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS		
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	1	PA; MO
<i>betaine oral powder</i>	1	PA; MO
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 125 MG/5ML	1	PA; MO
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	1	MO
<i>glucagon emergency injection kit 1 mg</i>	1	ST
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	1	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML	1	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	
<i>l-glutamine oral packet 5 gm</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	1	
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	1	
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA NSO; MO; QL (56 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE	1	PA; QL (12 per 30 days)
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6ML	1	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.6 MG/0.6ML	1	
AGENTES VASODILADORES		
Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	1	PA; MO; QL (360 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	PA; MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 11. Identificación del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizó 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
UPTRAVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1800 MCG	1	PA; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	1	PA; MO; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG	1	PA
ANALGÉSICOS		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroides		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	1	QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium external solution 2 %</i>	1	PA; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 50 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 75 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg, 75-0.2 mg</i>	1	MO
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	MO
FLURBIPROFEN ORAL TABLET 50 MG	1	MO
<i>ibu oral tablet 400 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	MO
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>	1	QL (20 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	1	MO
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	MO
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	1	QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-300-40 mg, 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	1	QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15ml, 7.5-325 mg/15ml</i>	1	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	1	QL (700 per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL SOLUTION 20 MG/5ML	1	QL (300 per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG	1	QL (180 per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 30 MG	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
TRAMADOL HCL ORAL SOLUTION 5 MG/ML	1	PA; QL (2400 per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
ANESTÉSICOS		
Anestesia Local		
<i>glydo external prefilled syringe 2 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	1	PA; QL (240 per 30 days)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 1 %</i>	1	
<i>lidocaine hcl injection solution 1 %</i>	1	
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe 2 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	1	
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>lidocan external patch 5 %</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
ZTLIDO EXTERNAL PATCH 1.8 %	1	PA; QL (90 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS		
Antagonistas De Metales Pesados		
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	1	PA; MO
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	1	PA; MO
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	1	PA
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	1	PA; QL (240 per 30 days)
ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA)		
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	1	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	1	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	1	
ANTIBACTERIANOS		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>	1	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML	1	PA; QL (235.2 per 28 days)
<i>gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	1	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG	1	MO; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	1	PA BvD; MO
<i>tobramycin pak inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>	1	
Antibacteriales, Misceláneos		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml</i>	1	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	1	
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 350 MG	1	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	1	
<i>fosfomicin tromethamine oral packet 3 gm</i>	1	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	1	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	1	
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	1	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	1	
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml</i>	1	QL (2400 per 30 days)
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/200ML, 500 MG/100ML, 750 MG/150ML	1	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	1	
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.25 GM	1	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	1	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	1	QL (112 per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	1	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 11. Identificación del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizó 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	1	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	1	PA
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	1	
Cefalosporinas		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	1	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	1	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	1	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	1	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>tazicef injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>tazicef intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 6 GM	1	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	1	
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	1	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	1	QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	1	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 11. Identificación del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizó 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i>	1	
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 900000-300000 UNIT/2ML	1	
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML	1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	1	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 1200000 UNIT, 2400000 UNIT	1	
LENTOCILIN INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 1200000 UNIT	1	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	1	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	1	
<i>penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	1	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL INTRAVENOUS SOLUTION 400 MG/250ML	1	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	1	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	1	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>doxy 100 intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 150 mg, 20 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg, 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
TIGECYCLINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	1	
ANTICONCEPTIVOS		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>altavera oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>amethyst oral tablet 90-20 mcg</i>	1	MO
<i>apri oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>aurovela 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>aurovela 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>aurovela fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>aurovela fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>ayuna oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>azurette oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	MO
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>blisovi fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>blisovi fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>chateal eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>cryselle-28 oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>cyclafem 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>cyclafem 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>cyred eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>dasetta 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>dasetta 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>delyla oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>dolishale oral tablet 90-20 mcg</i>	1	MO
<i>elimest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	MO; QL (1 per 28 days)
<i>emoquette oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	MO; QL (1 per 28 days)
<i>enpresse-28 oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	MO
<i>enskyce oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	1	MO
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	MO; QL (1 per 28 days)
<i>falmina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>hailey 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>hailey fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>hailey fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	MO; QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>iclevia oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	MO; QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>introvale oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	MO; QL (91 per 84 days)
<i>isibloom oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>jolessa oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	MO; QL (91 per 84 days)
<i>juleber oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>junel 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>junel 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>junel fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>junel fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>junel fe 24 oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>kariva oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	MO
<i>kelnor 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>kelnor 1/50 oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	1	MO
<i>kurvelo oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 11. Identificación del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizó 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 19.5 MG	1	
<i>larin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>larin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>larin 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>larin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>larin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>levonest oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	MO
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	MO; QL (91 per 84 days)
<i>levonorgest-eth estradiol-iron oral tablet 0.1-20 mg-mcg(21)</i>	1	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg, 90-20 mcg</i>	1	MO
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	MO
<i>levora 0.15/30 (28) oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY	1	
<i>lillow oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>low-ogestrel oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>lutera oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>microgestin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>microgestin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>microgestin 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>microgestin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>microgestin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20 MCG/DAY	1	
<i>mono-lynyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG	1	
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	1	MO; QL (3 per 28 days)
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	MO
<i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>norlyroc oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>nortrel 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>nylia 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>nylia 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>pimtreea oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	MO
<i>pirmella 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>pirmella 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>portia-28 oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>reclipsen oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>setlakin oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	MO; QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>simliya oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	MO
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 13.5 MG	1	
<i>sprintec 28 oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>tarina 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>tarina fe 1/20 eq oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>tilia fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	MO
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	MO
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	MO
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	MO
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	MO
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	MO
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	MO
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	MO
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	MO
<i>tri-previfem oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	MO
<i>tri-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	MO
<i>trivora (28) oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	MO
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	MO
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	MO
<i>turqoz oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	MO
<i>volnea oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	MO
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	1	MO; QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	1	MO; QL (3 per 28 days)
<i>zovia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
ANTICONVULSIVOS		
Anticonvulsivos		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	1	ST; MO; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML	1	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	MO; QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	1	MO
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	1	MO; QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	1	PA NSO; MO; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	1	PA NSO; MO; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	1	PA NSO; MO; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	1	PA NSO; MO; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	1	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	1	MO
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	PA NSO; MO
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>	1	MO
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	1	ST; MO
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	1	MO
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	1	MO
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	1	MO
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	1	MO
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	1	PA NSO; MO
<i>fosphenytoin sodium injection solution 100 mg pe/2ml, 500 mg pe/10ml</i>	1	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	1	ST; MO; QL (720 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 2 MG, 8 MG	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	1	ST; MO; QL (60 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	1	MO; QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	1	MO; QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	1	MO; QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml</i>	1	QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	1	MO; QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	1	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	1	MO
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	1	QL (10 per 30 days)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	1	MO
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	1	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	1	MO
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	MO
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	1	MO
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	1	MO
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	1	MO
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	1	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	1	MO; QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	1	ST; MO
<i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	1	ST; MO
SEZABY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA BvD
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG	1	ST; MO
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	MO
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	1	PA NSO; MO; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	MO
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	1	MO
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	1	MO
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	1	MO
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	1	QL (10 per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML	1	QL (10 per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML	1	QL (10 per 30 days)
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	1	QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	1	PA NSO; MO; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	1	PA NSO; MO; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral packet 500 mg</i>	1	PA NSO; MO; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i>	1	PA NSO; MO; QL (180 per 30 days)
<i>vigpoder oral packet 500 mg</i>	1	PA NSO; MO; QL (180 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 11. Identificación del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizó 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	1	ST; MO; QL (56 per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	1	ST; MO; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	ST; MO; QL (60 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG, 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG	1	ST
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	1	MO
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	PA NSO; MO; QL (1080 per 30 days)
ANTIDEPRESIVOS		
Antidepresivos		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	1	ST; MO
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	MO
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	1	MO
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 11. Identificación del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizó 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	MO
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	1	ST; MO; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	1	ST
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	1	MO
<i>fluoxetine hcl oral tablet 60 mg</i>	1	MO
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>	1	MO
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	1	MO
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	MO
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 11. Identificación del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizó 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	1	MO
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	1	MO
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	1	MO
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
SPRAVATO (56 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK 28 MG/DEVICE	1	PA NSO; MO
SPRAVATO (84 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK 28 MG/DEVICE	1	PA NSO; MO
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	1	MO
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	1	PA NSO; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	1	PA NSO; QL (14 per 14 days)
ANTIFÚNGICOS		
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	1	PA BvD
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	1	PA BvD

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	1	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	1	
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	1	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	1	
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	1	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	1	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>miconazole sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	1	
MICONAZOLE 3 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG	1	
<i>nyamyc external powder 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	1	
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>	1	
<i>nystop external powder 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	1	PA; MO
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
VORICONAZOLE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	1	PA BvD
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	1	PA
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	1	
ANTHISTAMÍNICOS		
Antihistamínicos		
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	1	
ANTIMICOBACTERIALES		
Antimicobacteriales		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	MO
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	MO
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	1	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	1	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	1	PA
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	1	
ANTIVIRALES (SITÉMICO)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	1	MO
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	1	MO
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 11. Identificación del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizó 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 600 MG/3ML	1	QL (24 per 365 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	1	MO
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 400 & 600 MG/2ML, 600 & 900 MG/3ML	1	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	1	MO
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	1	MO
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	MO
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	1	MO
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	1	MO
<i>didanosine oral capsule delayed release 250 mg, 400 mg</i>	1	MO
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	1	MO
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	1	MO
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	1	MO
<i>efavirenz-emtricitab-tenofof df oral tablet 600-200-300 mg</i>	1	MO
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	1	MO
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	1	MO
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	1	MO
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	MO
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML	1	MO
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	MO
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	1	MO
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	1	MO
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	1	MO
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	1	MO
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	1	MO
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	1	MO
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	1	MO
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 25 MG	1	MO
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	1	MO
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	1	MO
<i>lamivudine oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	1	MO
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	MO
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	1	MO; QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	1	MO; QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	1	MO; QL (1200 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	1	MO
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	1	MO
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	1	MO
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	1	MO
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	1	MO
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	1	MO
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	1	MO
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	1	MO
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	1	MO
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	1	MO
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG, 75 MG	1	MO
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	MO
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	1	MO
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	1	
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 463.5 MG/1.5ML	1	PA BvD; MO
SYM TUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	1	MO
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	1	MO
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	1	MO
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG, 25 MG, 50 MG	1	MO
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	1	MO
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG	1	MO
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	1	MO
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	1	MO
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	1	MO
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	1	MO
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	1	MO
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	1	MO
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	1	MO
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	1	MO
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	1	MO
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PACKET 200-50 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 11. Identificación del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizó 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
HARVONI ORAL PACKET 45-200 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	1	PA; MO
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	1	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg</i>	1	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 75 mg</i>	1	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	1	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG	1	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG	1	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	1	PA; MO; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	1	QL (60 per 180 days)
Interferones		
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT	1	MO
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	1	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	1	PA
Nucleósidos Y Nucleótidos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	1	MO
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	1	MO
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	1	MO
DISPOSITIVOS		
Dispositivos		
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
CVS GAUZE STERILE PAD 2"X2"	1	PA; ST
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	1	PA; ST
GLOBAL ALCOHOL PREP EASE PAD 70 %	1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
QC ALCOHOL EXTERNAL 70 %	1	PA; ST
<i>ra isopropyl alcohol wipes external 70 %</i>	1	PA; ST
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
PREPARACIONES DE REEMPLAZO		
Preparaciones De Reemplazo		
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	1	
<i>klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq</i>	1	MO
<i>klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq</i>	1	MO
<i>klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq</i>	1	MO
LACTATED RINGERS INTRAVENOUS SOLUTION	1	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	1	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	1	PA BvD

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	1	MO
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	1	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %</i>	1	

PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN

Agentes Hematológicos, Varios

<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	1	

Anticoagulantes

<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	1	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	1	MO; QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml</i>	1	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 30 mg/0.3ml</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i>	1	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 60 mg/0.6ml</i>	1	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml</i>	1	QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	1	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 5 mg/0.4ml</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 7.5 mg/0.6ml</i>	1	QL (18 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	1	
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML	1	MO; QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	1	
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	1	MO
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	1	MO
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	1	MO
<i>dipyridamole oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	1	MO
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
Modificadores De Formación De Sangre		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	1	PA; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	1	PA; QL (20 per 30 days)
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 6 MG/0.6ML	1	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML	1	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	1	PA

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	1	PA
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	1	PA; MO; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML(1ML), 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	1	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40000 UNIT/ML	1	PA; QL (4 per 28 days)
REEMPLAZO/MODIFICADORES DE ENZIMA		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	1	MO
<i>javygtor oral tablet 100 mg</i>	1	PA; MO
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	PA; MO
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	1	PA; MO
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	1	PA BvD; MO
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	1	PA; MO
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45ML, 28 MG/0.7ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8ML	1	PA; MO
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 UNIT	1	MO
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS		
Relajantes Musculares Esqueléticos		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>baclofen oral solution 10 mg/5ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1	
SOLUCIONES IRRIGANTES		
Soluciones Irrigantes		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	1	
VITAMINAS Y MINERALES		
Vitaminas Y Minerales		
PRENATAL ORAL TABLET 27-1 MG	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 8. Efectivo 2025/01/01. Fecha en que se actualizo 2024/10/23.

Listado alfabético

A		
<i>abacavir sulfate</i>	97	
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i> ...	97	
ABELCET	95	
ABILIFY ASIMTUFII.....	33, 34	
ABILIFY MAINTENA.....	34	
<i>abiraterone acetate</i>	12	
ABRYSVO.....	67	
<i>acamprosate calcium</i>	24	
<i>acarbose</i>	26	
<i>acebutolol hcl</i>	39	
<i>acetaminophen-codeine</i>	77	
<i>acetazolamide</i>	71	
<i>acetazolamide er</i>	71	
<i>acetazolamide sodium</i>	71	
<i>acetic acid</i>	72, 106	
<i>acetylcysteine</i>	50	
<i>acitretin</i>	56	
ACTEMRA	63	
ACTEMRA ACTPEN.....	63	
ACTHAR	62	
ACTHAR GEL.....	62	
ACTHIB	68	
ACTIMMUNE	74	
<i>acyclovir</i>	56, 101	
<i>acyclovir sodium</i>	101	
ADACEL.....	68	
<i>adapalene</i>	57	
<i>adefovir dipivoxil</i>	101	
ADEMPAS.....	75	
ADVAIR HFA	51	
<i>afirmelle</i>	85	
AIRSUPRA	51	
AJOVY.....	30	
AKEEGA	12	
<i>ala-cort</i>	54	
<i>albendazole</i>	32	
<i>albuterol sulfate</i>	53	
<i>albuterol sulfate hfa</i>	52	
ALECENSA	12	
<i>alendronate sodium</i>	46	
<i>alfuzosin hcl er</i>	59	
<i>aliskiren fumarate</i>	45	
<i>allopurinol</i>	30	
<i>alose tron hcl</i>	46	
<i>alprazolam</i>	25	
<i>alrex</i>	73	
<i>altavera</i>	85	
ALTRENO	57	
ALUNBRIG	12	
ALVAIZ	104	
<i>alyacen 1/35</i>	85	
<i>alyacen 7/7/7</i>	85	
<i>alyq</i>	75	
<i>amantadine hcl</i>	33	
<i>amethyst</i>	85	
<i>amikacin sulfate</i>	79	
<i>amiloride hcl</i>	44	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	44	
<i>amiodarone hcl</i>	39	
<i>amitriptyline hcl</i>	93	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	42	
<i>amlodipine besylate</i>	42	
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	42	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	42	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	42	
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	42	
<i>ammonium lactate</i>	56	
<i>amoxapine</i>	93	
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i>	57	
<i>amoxicillin</i>	82	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> ...	82,	
83		
<i>amphetamine-dextroamphet er</i>	47	
<i>amphetamine-</i> <i>dextroamphetamine</i>	47	
<i>amphotericin b</i>	95	
<i>amphotericin b liposome</i>	96	
<i>ampicillin</i>	83	
<i>ampicillin sodium</i>	83	
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	83	
<i>anagrelide hcl</i>	103	
<i>anastrozole</i>	12	
ANKTIVA.....	12	
ANORO ELLIPTA.....	53	
<i>aprepitant</i>	31	
APRETUDE	98	
<i>apri</i>	85	
APIOM.....	89, 90	
APTIVUS	98	
ARCALYST	63	
AREXVY	68	
ARIKAYCE	79	
<i>aripiprazole</i>	34	
ARISTADA.....	34	
ARISTADA INITIO.....	34	
<i>armodafinil</i>	47	
ARNUITY ELLIPTA.....	51	
<i>asenapine maleate</i>	34	
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	104	
ASTAGRAF XL.....	64	
<i>atazanavir sulfate</i>	98	
<i>atenolol</i>	39	
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	39	
<i>atomoxetine hcl</i>	47	
<i>atorvastatin calcium</i>	42	
<i>atovaquone</i>	32	

<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	32	BENDEKA	12	<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	73
<i>atropine sulfate</i>	74	BENLYSTA	64	.....	73
ATROVENT HFA	53	<i>benztropine mesylate</i>	33	<i>bromocriptine mesylate</i>	33
<i>aubra eq.</i>	85	BESIVANCE.....	72	BRONCHITOL	50
AUGTYRO	12	BESREMI.....	64	BRUKINSA.....	13
<i>aurovela 1.5/30</i>	85	<i>betaine</i>	74	<i>budesonide</i>	46, 52
<i>aurovela 1/20</i>	85	<i>betamethasone dipropionate</i> ..	54	<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	52
<i>aurovela 24 fe</i>	85	<i>betamethasone dipropionate aug</i>	54	.....	52
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	85	.....	54	<i>bumetanide</i>	44
<i>aurovela fe 1/20</i>	85	<i>betamethasone valerate</i>	54	<i>buprenorphine</i>	77
AUSTEDO	47	BETASERON	48	<i>buprenorphine hcl</i>	24
AUSTEDO XR.....	48	<i>betaxolol hcl</i>	71	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	24
AUSTEDO XR PATIENT		<i>bethanechol chloride</i>	59	.....	24
TITRATION.....	48	<i>bexarotene</i>	12	<i>bupropion hcl</i>	93
AUVELITY	93	BEXSERO.....	68	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	24
<i>aviane</i>	85	<i>bicalutamide</i>	12	.....	24
AVONEX PEN	48	BICILLIN C-R	83	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	93
AVONEX PREFILLED.....	48	BICILLIN C-R 900/300	83	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	93
<i>ayuna</i>	85	BICILLIN L-A	83	<i>bupirone hcl</i>	74
AYVAKIT.....	12	BIKTARVY	98	<i>butalbital-apap-caff-cod</i>	77
<i>azacitidine</i>	12	<i>bimatoprost</i>	71	<i>butalbital-apap-caffeine</i>	77
<i>azathioprine</i>	64	<i>bisoprolol fumarate</i>	39	C	
<i>azathioprine sodium</i>	64	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	39	CABENUVA.....	98
<i>azelastine hcl</i>	74	.....	39	<i>cabergoline</i>	33
<i>azithromycin</i>	82	<i>bleomycin sulfate</i>	12	CABOMETYX.....	13
<i>aztreonam</i>	81	<i>blisovi 24 fe</i>	85	<i>calcipotriene</i>	56
<i>azurette</i>	85	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	85	<i>calcitonin (salmon)</i>	46
B		<i>blisovi fe 1/20</i>	85	<i>calcitriol</i>	46, 56
<i>bacitracin</i>	72	BOOSTRIX.....	68	CALQUENCE.....	13
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	72	<i>bortezomib</i>	12	<i>camila</i>	85
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	72	<i>bosentan</i>	75	<i>candesartan cilexetil</i>	41
.....	72	BOSULIF	12, 13	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	41
<i>baclofen</i>	106	BRAFTOVI.....	13	CAPLYTA.....	34
<i>balsalazide disodium</i>	46	BREO ELLIPTA	52	CAPRELSA.....	13
BALVERSA.....	12	<i>breyna</i>	52	<i>captopril</i>	44
BCG VACCINE.....	68	BREZTRI AEROSPHERE.....	53	<i>carbamazepine</i>	90
BELSOMRA	47	BRILINTA	104	<i>carbamazepine er</i>	90
<i>benazepril hcl</i>	44	<i>brimonidine tartrate</i>	71	<i>carbidopa-levodopa</i>	33
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	44	<i>brimonidine tartrate-timolol</i> ..	71	<i>carbidopa-levodopa er</i>	33
.....	44	<i>brinzolamide</i>	71	<i>carglumic acid</i>	58
<i>bendamustine hcl</i>	12	BRIVIACT	90	<i>carisoprodol</i>	106
BENDAMUSTINE HCL	12	<i>bromfenac sodium</i>	73	<i>carteolol hcl</i>	71

<i>cartia xt</i>	40	CLENPIQ	58	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	13
<i>carvedilol</i>	39	<i>clindamycin hcl</i>	80	COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE.....	102
CAYSTON.....	81	<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>	56	COMPLERA	98
<i>cefaclor</i>	81	<i>clindamycin phosphate</i>	56, 79, 80	<i>compro</i>	31
<i>cefadroxil</i>	81	CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10)	38	<i>constulose</i>	58
<i>cefazolin sodium</i>	81	CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14)	38	COPIKTRA	13
<i>cefdinir</i>	81	CLINIMIX/DEXTROSE (6/5)	38	CORLANOR	40
<i>cefepime hcl</i>	81	CLINIMIX/DEXTROSE (8/10)	38	COSENTYX.....	64, 75
<i>cefixime</i>	81	CLINIMIX/DEXTROSE (8/14)	38	COSENTYX (300 MG DOSE)	64
<i>cefoxitin sodium</i>	81	<i>clinisol sf</i>	38	COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	64
<i>cefpodoxime proxetil</i>	81	<i>clobazam</i>	90	COSENTYX UNOREADY ..	64
<i>cefprozil</i>	81	<i>clobetasol propionate</i>	54, 55	COTELLIC.....	13
<i>ceftazidime</i>	81	<i>clobetasol propionate e</i>	54	CREON.....	105
<i>ceftriaxone sodium</i>	81	<i>clobetasol propionate emulsion</i>	54	<i>cromolyn sodium</i>	50, 58, 74
<i>cefuroxime axetil</i>	81	<i>clomipramine hcl</i>	93	<i>cryselle-28</i>	85
<i>cefuroxime sodium</i>	82	<i>clonazepam</i>	25	CVS GAUZE STERILE.....	102
<i>celecoxib</i>	76	<i>clonidine</i>	38	<i>cyclafem 1/35</i>	85
<i>cephalexin</i>	82	<i>clonidine hcl</i>	38	<i>cyclafem 7/7/7</i>	85
<i>cevimeline hcl</i>	54	<i>clopidogrel bisulfate</i>	104	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	106
<i>chateal eq</i>	85	<i>clorazepate dipotassium</i>	25	<i>cyclophosphamide</i>	13
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	25	<i>clotrimazole</i>	96	CYCLOPHOSPHAMIDE	13
<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>	26	<i>clotrimazole-betamethasone</i> ...	96	<i>cyclosporine</i>	64, 73
<i>chlorhexidine gluconate</i>	54	<i>clozapine</i>	34	<i>cyclosporine modified</i>	64
<i>chloroquine phosphate</i>	32	COARTEM	32	<i>cyred eq</i>	85
<i>chlorpromazine hcl</i>	34	<i>colchicine</i>	30	D	
<i>chlorthalidone</i>	44	<i>colchicine-probenecid</i>	30	<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	103
<i>cholestyramine</i>	42	<i>colesevelam hcl</i>	42	<i>dalfampridine er</i>	48
<i>cholestyramine light</i>	42	<i>colestipol hcl</i>	42, 43	<i>danazol</i>	60
<i>ciclopirox</i>	96	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	80	<i>dantrolene sodium</i>	106
<i>ciclopirox olamine</i>	96	COMBIVENT RESPIMAT ...	53	DANYELZA	13
<i>cilostazol</i>	104	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	13	<i>dapsone</i>	97
CIMDUO.....	98	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	13	DAPTACEL	68
<i>cimetidine hcl</i>	57			<i>daptomycin</i>	80
CIMZIA.....	64			DAPTOMYCIN	80
CIMZIA (2 SYRINGE).....	64			<i>darunavir</i>	98
<i>cinacalcet hcl</i>	46			<i>dasatinib</i>	13
CINQAIR	50			<i>dassetta 1/35</i>	85
<i>ciprofloxacin hcl</i>	72, 84				
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	84				
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	72				
<i>citalopram hydrobromide</i>	93				
<i>clarithromycin</i>	82				

<i>dasetta 7/7/7</i>	85	<i>diltiazem hcl er</i>	40	ELIQUIS.....	103
DAURISMO.....	13	<i>diltiazem hcl er beads</i>	40	ELIQUIS DVT/PE STARTER	
<i>deblitane</i>	85	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	40	PACK.....	103
<i>decitabine</i>	14	<i>dilt-xr</i>	40	ELREXFIO.....	14
<i>deferasirox</i>	79	<i>dimethyl fumarate</i>	48	<i>eluryng</i>	86
<i>deferasirox granules</i>	79	<i>dimethyl fumarate starter pack</i>		EMCYT.....	14
DELSTRIGO.....	98	.....	48	EMGALITY.....	31
<i>delyla</i>	85	<i>diphenoxylate-atropine</i>	58	EMGALITY (300 MG DOSE)	
<i>demeclocycline hcl</i>	84	DIPHThERIA-TETANUS		.....	31
DENGVAXIA.....	68	TOXOIDS DT.....	68	<i>emoquette</i>	86
DEPO-SUBQ PROVERA 104		<i>dipyridamole</i>	104	EMSAM.....	94
.....	63	<i>disulfiram</i>	24	<i>emtricitabine</i>	98
DESCOVY.....	98	<i>divalproex sodium</i>	90	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	98
<i>desipramine hcl</i>	93	<i>divalproex sodium er</i>	90	EMTRIVA.....	98
<i>desloratadine</i>	97	<i>dofetilide</i>	39	<i>emzahh</i>	86
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	62	<i>dolishale</i>	86	<i>enalapril maleate</i>	44
<i>desmopressin acetate</i>	62	<i>donepezil hcl</i>	26	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	44
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	85	<i>dorzolamide hcl</i>	71	ENBREL.....	65
<i>desvenlafaxine succinate er</i>	93	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> ..	71	ENBREL MINI.....	64
<i>dexamethasone</i>	61	DOVATO.....	98	ENBREL SURECLICK.....	65
<i>dexamethasone sod phosphate pf</i>		<i>doxazosin mesylate</i>	39	<i>endocet</i>	77
.....	61	<i>doxepin hcl</i>	47, 94	ENGERIX-B.....	68
<i>dexamethasone sodium</i>		<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	14	<i>enilloring</i>	86
<i>phosphate</i>	61, 73	<i>doxy 100</i>	84	<i>enoxaparin sodium</i>	103
<i>dextrose</i>	38	<i>doxycycline hyclate</i>	84	<i>enpresse-28</i>	86
<i>dextrose-sodium chloride</i>	102	<i>doxycycline monohydrate</i>	84	<i>enskyce</i>	86
DIACOMIT.....	90	DRIZALMA SPRINKLE.....	94	<i>entacapone</i>	33
<i>diazepam</i>	25, 90	<i>dronabinol</i>	31	<i>entecavir</i>	101
<i>diazepam intensol</i>	25	<i>droxidopa</i>	39	ENTRESTO.....	41
<i>diazoxide</i>	75	DUAVEE.....	60	<i>enulose</i>	58
<i>diclofenac potassium</i>	76	<i>duloxetine hcl</i>	94	EPCLUSA.....	100
<i>diclofenac sodium</i>	73, 76	DUPIXENT.....	64	EPIDIOLEX.....	90
<i>diclofenac sodium er</i>	76	<i>dutasteride</i>	59	<i>epinastine hcl</i>	74
<i>diclofenac-misoprostol</i>	76	E		<i>epinephrine</i>	40, 41
<i>dicloxacillin sodium</i>	83	<i>econazole nitrate</i>	96	<i>epitol</i>	90
<i>dicyclomine hcl</i>	58	EDURANT.....	98	EPIVIR HBV.....	98
<i>didanosine</i>	98	<i>efavirenz</i>	98	EPKINLY.....	14
DIFICID.....	82	<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	98	<i>eplerenone</i>	45
<i>difluprednate</i>	73	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>		EPRONTIA.....	90
<i>digoxin</i>	40	.....	98	ERBITUX.....	14
<i>dihydroergotamine mesylate</i> ..	30	ELIGARD.....	14	<i>ergoloid mesylates</i>	26
<i>diltiazem hcl</i>	40	<i>elinest</i>	86	ERIVEDGE.....	14

ERLEADA	14	FASENRA PEN	50	<i>fluticasone propionate</i>	55, 74
<i>erlotinib hcl</i>	14	<i>febuxostat</i>	30	<i>fluticasone propionate hfa</i>	52
<i>errin</i>	86	<i>felbamate</i>	90	<i>fluticasone-salmeterol</i>	52
<i>ertapenem sodium</i>	81	<i>felodipine er</i>	42	<i>fluvastatin sodium</i>	43
<i>erythromycin</i>	56, 72	<i>femynor</i>	86	<i>fluvastatin sodium er</i>	43
<i>erythromycin base</i>	82	<i>fenofibrate</i>	43	<i>fluvoxamine maleate</i>	94
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ..	82	<i>fenofibrate micronized</i>	43	<i>fluvoxamine maleate er</i>	94
<i>escitalopram oxalate</i>	94	<i>fentanyl</i>	77	<i>fondaparinux sodium</i>	103
<i>esomeprazole magnesium</i>	57	<i>fentanyl citrate</i>	77	<i>fosamprenavir calcium</i>	98
<i>estarylla</i>	86	<i>fesoterodine fumarate er</i>	59	<i>fosfomycin tromethamine</i>	80
<i>estradiol</i>	60, 61	FETZIMA	94	<i>fosinopril sodium</i>	44
<i>estradiol-norethindrone acet</i> ..	61	FETZIMA TITRATION	94	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	44
ESTROGEL	61	FIASP	28	<i>fosphenytoin sodium</i>	90
<i>eszopiclone</i>	47	FIASP FLEXTOUCH	28	FOTIVDA	14
<i>ethambutol hcl</i>	97	FIASP PENFILL	28	FRUZAQLA	15
<i>ethosuximide</i>	90	<i>finasteride</i>	59	<i>fulvestrant</i>	15
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> ..	86	<i>finngolimod hcl</i>	48	<i>furosemide</i>	44
<i>etodolac</i>	76	FINTEPLA	90	FUZEON	98
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	86	FIRMAGON	14	FYARRO	15
ETOPOPHOS	14	FIRMAGON (240 MG DOSE)	14	FYCOMPA	90, 91
<i>etoposide</i>	14	.....	14	G	
<i>etravirine</i>	98	<i>flavoxate hcl</i>	59	<i>gabapentin</i>	91
EUCRISA	55	<i>flecainide acetate</i>	39	<i>galantamine hydrobromide</i>	26
<i>everolimus</i>	14, 65	<i>floxuridine</i>	14	<i>galantamine hydrobromide er</i>	26
EVOTAZ	98	<i>fluconazole</i>	96	<i>gallifrey</i>	63
EXEL COMFORT POINT PEN		<i>fluconazole in sodium chloride</i>	96	GAMUNEX-C	65
NEEDLE	102	.....	96	GARDASIL 9	68
<i>exemestane</i>	14	<i>flucytosine</i>	96	GAVILYTE-C	58
EXKIVITY	14	<i>fludrocortisone acetate</i>	61	<i>gavilyte-g</i>	59
EXTENCILLINE	83	<i>flunisolide</i>	73	<i>gavilyte-n with flavor pack</i>	59
EYSUVIS	73	<i>fluocinolone acetonide</i>	55, 73	GAVRETO	15
<i>ezetimibe</i>	43	<i>fluocinolone acetonide scalp</i> ..	55	<i>gefitinib</i>	15
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	43	<i>fluocinonide</i>	55	<i>gemfibrozil</i>	43
F		<i>fluorometholone</i>	74	<i>generlac</i>	58
<i>falmina</i>	86	<i>fluorouracil</i>	14, 56	<i>gengraf</i>	65
<i>famciclovir</i>	101	<i>fluoxetine hcl</i>	94	GENTAK	72
<i>famotidine</i>	57	<i>fluphenazine decanoate</i>	35	<i>gentamicin sulfate</i>	56, 72, 79
FANAPT	35	<i>fluphenazine hcl</i>	35	GENVOYA	99
FANAPT TITRATION PACK		<i>flurbiprofen</i>	76	GILOTRIF	15
.....	35	FLURBIPROFEN	76	<i>glatiramer acetate</i>	48
FARXIGA	26	<i>flurbiprofen sodium</i>	74	<i>glatopa</i>	48
FASENRA	50	FLUTAMIDE	14	GLEOSTINE	15

<i>glimepiride</i>	30	HUMIRA-PED<40KG	<i>imipramine hcl</i>	94
<i>glipizide</i>	30	CROHNS STARTER	<i>imiquimod</i>	56
<i>glipizide er</i>	30	HUMIRA-PED>/=40KG	IMJUDO	16
<i>glipizide-metformin hcl</i>	30	CROHNS START	IMOVAX RABIES	69
GLOBAL ALCOHOL PREP		HUMIRA-PED>/=40KG UC	IMPAVIDO	32
EASE.....	102	STARTER	<i>incassia</i>	86
<i>glucagon emergency</i>	75	HUMIRA-PS/UV/ADOL HS	INCRELEX	62
<i>glyburide</i>	30	STARTER	<i>indapamide</i>	44
<i>glyburide micronized</i>	30	HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT	<i>indomethacin</i>	76
<i>glyburide-metformin</i>	30	STARTER	INFANRIX	69
<i>glycopyrrolate</i>	26, 58	HUMULIN R U-500	<i>infliximab</i>	66
<i>glydo</i>	78	(CONCENTRATED)	INGREZZA	48, 49
GLYXAMBI	26	HUMULIN R U-500	INLYTA	16
<i>griseofulvin microsize</i>	96	KWIKPEN.....	INQOVI.....	16
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	96	<i>hydralazine hcl</i>	INREBIC	16
<i>guanfacine hcl</i>	39	<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>insulin asp prot & asp flexpen</i> 28	
<i>guanfacine hcl er</i>	48	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> .77	INSULIN ASPART	29
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 75		<i>hydrocortisone</i>	INSULIN ASPART FLEXPEN	
GVOKE KIT	75	.....	.....	28
GVOKE PFS	75	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	INSULIN ASPART PENFILL	
H		<i>hydrocortisone valerate</i>.....	.....	29
HAEGARDA	104	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	<i>insulin aspart prot & aspart</i> ...29	
<i>hailey 24 fe</i>	86	<i>hydromorphone hcl</i>	INTELENCE	99
<i>hailey fe 1.5/30</i>	86	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	INTRON A	101
<i>hailey fe 1/20</i>	86	<i>hydroxyurea</i>	<i>introvale</i>	86
<i>halobetasol propionate</i>	55	<i>hydroxyzine hcl</i>	INVEGA HAFYERA.....	35
<i>haloette</i>	86	<i>hydroxyzine pamoate</i>	INVEGA SUSTENNA	35
<i>haloperidol</i>	35	I	INVEGA TRINZA	36
<i>haloperidol decanoate</i>	35	<i>ibandronate sodium</i>	INVELTYS.....	74
<i>haloperidol lactate</i>	35	<i>ibu</i>	IPOL	69
HARVONI	100, 101	<i>ibuprofen</i>	<i>ipratropium bromide</i>	53, 74
HAVRIX	68	<i>icatibant acetate</i>	<i>ipratropium-albuterol</i>	53
<i>heather</i>	86	<i>iclevia</i>	<i>irbesartan</i>	41
<i>heparin sodium (porcine)</i>	104	ICLUSIG	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	
HEPLISAV-B.....	68	<i>icosapent ethyl</i>.....	.....	41
HERCEPTIN HYLECTA	15	IDHIFA	ISENTRESS	99
HERZUMA	15	<i>ifosfamide</i>	ISENTRESS HD	99
HIBERIX.....	69	ILEVRO	<i>isibloom</i>	86
HUMIRA (2 PEN)	65	<i>imatinib mesylate</i>	<i>isoniazid</i>	97
HUMIRA (2 SYRINGE).....	65	IMBRUVICA	<i>isosorbide dinitrate</i>	45
HUMIRA-CD/UC/HS		IMDELLTRA	<i>isosorbide mononitrate</i>	45
STARTER	65	<i>imipenem-cilastatin</i>	<i>isosorbide mononitrate er</i>	45

<i>itraconazole</i>	96	<i>kionex</i>	58	LAZCLUZE	16
<i>ivabradine hcl</i>	41	KISQALI (200 MG DOSE) ...	16	<i>leflunomide</i>	66
<i>ivermectin</i>	32	KISQALI (400 MG DOSE) ...	16	<i>lenalidomide</i>	16
IWILFIN.....	16	KISQALI (600 MG DOSE) ...	16	LENTOCILIN	83
IXCHIQ.....	69	KISQALI FEMARA (200 MG		LENVIMA (10 MG DAILY	
IXIARO.....	69	DOSE)	16	DOSE)	17
J		KISQALI FEMARA (400 MG		LENVIMA (12 MG DAILY	
JAKAFI	16	DOSE)	16	DOSE)	17
<i>jantoven</i>	104	KISQALI FEMARA (600 MG		LENVIMA (14 MG DAILY	
JANUMET	26	DOSE)	16	DOSE)	17
JANUMET XR.....	26	KLISYRI	56	LENVIMA (18 MG DAILY	
JANUVIA.....	26	<i>klor-con m10</i>	102	DOSE)	17
JARDIANCE.....	26	<i>klor-con m15</i>	102	LENVIMA (20 MG DAILY	
<i>javygtor</i>	105	<i>klor-con m20</i>	102	DOSE)	17
JAYPIRCA.....	16	KLOXXADO	24	LENVIMA (24 MG DAILY	
JEMPERLI	16	KOSELUGO	16	DOSE)	17
<i>jencycla</i>	86	KRAZATI	16	LENVIMA (4 MG DAILY	
JENTADUETO	27	<i>kurvelo</i>	86	DOSE)	17
JENTADUETO XR.....	27	KYLEENA	87	LENVIMA (8 MG DAILY	
<i>jolessa</i>	86	KYNMOBI.....	33	DOSE)	17
<i>juleber</i>	86	KYNMOBI TITRATION KIT		<i>lessina</i>	87
JULUCA.....	99	.....	33	<i>letrozole</i>	17
<i>junel 1.5/30</i>	86	L		<i>leucovorin calcium</i>	75
<i>junel 1/20</i>	86	<i>labetalol hcl</i>	39	LEUKERAN.....	17
<i>junel fe 1.5/30</i>	86	<i>lacosamide</i>	91	<i>leuprolide acetate</i>	17
<i>junel fe 1/20</i>	86	LACTATED RINGERS.....	102	LEUPROLIDE ACETATE (3	
<i>junel fe 24</i>	86	<i>lactulose</i>	58	MONTH)	17
JYLAMVO.....	16	<i>lamivudine</i>	99	<i>levalbuterol hcl</i>	53
JYNNEOS	69	<i>lamivudine-zidovudine</i>	99	<i>levalbuterol tartrate</i>	53
K		<i>lamotrigine</i>	91	<i>levetiracetam</i>	91
KALYDECO	50	LANREOTIDE ACETATE ...	62	<i>levetiracetam er</i>	91
<i>kariva</i>	86	<i>lansoprazole</i>	57	<i>levobunolol hcl</i>	71
<i>kelnor 1/35</i>	86	LANTUS	29	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	97
<i>kelnor 1/50</i>	86	LANTUS SOLOSTAR.....	29	<i>levofloxacin</i>	72, 84
KERENDIA	45	<i>lapatinib ditosylate</i>	16	<i>levofloxacin in d5w</i>	84
KESIMPTA	49	<i>larin 1.5/30</i>	87	<i>levonest</i>	87
<i>ketoconazole</i>	96	<i>larin 1/20</i>	87	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	87
<i>ketorolac tromethamine</i>	74, 76	<i>larin 24 fe</i>	87	<i>levonorgest-eth estradiol-iron</i>	87
KEYTRUDA	16	<i>larin fe 1.5/30</i>	87	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> ..	87
KIMMTRAK.....	16	<i>larin fe 1/20</i>	87	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	87
KINERET.....	66	<i>larissia</i>	87	<i>levora 0.15/30 (28)</i>	87
KINRIX	69	<i>latanoprost</i>	71	<i>levothyroxine sodium</i>	60

LEXIVA.....	99	LUNSUMIO.....	17	MAYZENT STARTER PACK	
<i>l-glutamine</i>	75	LUPRON DEPOT (1-MONTH)		.....	49
LIBERVANT.....	91	.....	17, 62	<i>meclizine hcl</i>	31
<i>lidocaine</i>	78	LUPRON DEPOT (3-MONTH)		<i>medroxyprogesterone acetate</i>	63
<i>lidocaine hcl</i>	78	.....	17, 62	<i>mefloquine hcl</i>	32
<i>lidocaine hcl (pf)</i>	78	LUPRON DEPOT (4-MONTH)		<i>megestrol acetate</i>	18, 63
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>		.....	18	MEKINIST.....	18
.....	78	LUPRON DEPOT (6-MONTH)		MEKTOVI.....	18
<i>lidocaine viscous hcl</i>	78	.....	18	<i>meloxicam</i>	77
<i>lidocaine-prilocaine</i>	78	LUPRON DEPOT-PED (3-		<i>memantine hcl</i>	26
<i>lidocan</i>	78	MONTH).....	62	<i>memantine hcl er</i>	26
LILETTA (52 MG).....	87	LUPRON DEPOT-PED (6-		MENACTRA.....	69
<i>lillow</i>	87	MONTH).....	62	MENQUADFI.....	69
<i>linezolid</i>	80	<i>lurasidone hcl</i>	36	MENVEO.....	69
LINZESS.....	58	<i>lutera</i>	87	<i>mercaptopurine</i>	18
<i>liothyronine sodium</i>	60	LYBALVI.....	36	<i>meropenem</i>	81
<i>lisinopril</i>	45	<i>lyleq</i>	87	<i>mesalamine</i>	46
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	45	LYNPARZA.....	18	<i>mesalamine er</i>	46
<i>lithium</i>	49	LYSODREN.....	18	MESNEX.....	75
<i>lithium carbonate</i>	49	LYTGOBI (12 MG DAILY		<i>metformin hcl</i>	27
LITHIUM CARBONATE.....	49	DOSE).....	18	<i>metformin hcl er</i>	27
<i>lithium carbonate er</i>	49	LYTGOBI (16 MG DAILY		<i>methadone hcl</i>	77
LIVTENCITY.....	101	DOSE).....	18	<i>methazolamide</i>	71
LOKELMA.....	58	LYTGOBI (20 MG DAILY		<i>methenamine hippurate</i>	80
LONSURF.....	17	DOSE).....	18	<i>methimazole</i>	60
<i>loperamide hcl</i>	58	<i>lyza</i>	87	<i>methocarbamol</i>	106
<i>lopinavir-ritonavir</i>	99	M		<i>methotrexate sodium</i>	18
LOQTORZI.....	17	<i>magnesium sulfate</i>	102	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	18
<i>lorazepam</i>	25	<i>malathion</i>	57	<i>methoxsalen rapid</i>	56
<i>lorazepam intensol</i>	25	<i>maraviroc</i>	99	<i>methsuximide</i>	91
LORBRENA.....	17	MARGENZA.....	18	<i>methylphenidate hcl</i>	49
<i>losartan potassium</i>	41	<i>marlissa</i>	87	<i>methylprednisolone</i>	61
<i>losartan potassium-hctz</i>	41	MARPLAN.....	94	<i>methylprednisolone acetate</i>	61
LOTEMAX.....	74	MATULANE.....	18	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	
LOTEMAX SM.....	74	MAVENCLAD (10 TABS).....	49	.....	61
<i>loteprednol etabonate</i>	74	MAVENCLAD (4 TABS).....	49	<i>metoclopramide hcl</i>	58
<i>lovastatin</i>	43	MAVENCLAD (5 TABS).....	49	<i>metolazone</i>	44
<i>low-ogestrel</i>	87	MAVENCLAD (6 TABS).....	49	<i>metoprolol succinate er</i>	39
<i>loxapine succinate</i>	36	MAVENCLAD (7 TABS).....	49	<i>metoprolol tartrate</i>	39
<i>lubiprostone</i>	58	MAVENCLAD (8 TABS).....	49	<i>metronidazole</i>	56, 79, 80
LUMAKRAS.....	17	MAVENCLAD (9 TABS).....	49	<i>metyrosine</i>	41
LUMIGAN.....	71	MAYZENT.....	49	<i>micalofungin sodium</i>	96

MICONAZOLE 3	96
<i>microgestin 1.5/30</i>	87
<i>microgestin 1/20</i>	87
<i>microgestin 24 fe</i>	87
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	87
<i>microgestin fe 1/20</i>	87
<i>midodrine hcl</i>	39
<i>mifepristone</i>	27
<i>mili</i>	87
<i>mimvey</i>	61
<i>minitran</i>	45
<i>minocycline hcl</i>	85
<i>minoxidil</i>	45
MIRENA (52 MG).....	87
<i>mirtazapine</i>	94
<i>misoprostol</i>	57
<i>mitoxantrone hcl</i>	18
M-M-R II.....	69
<i>modafinil</i>	47
<i>moexipril hcl</i>	45
<i>molindone hcl</i>	36
<i>mometasone furoate</i>	55, 74
<i>mono-linyah</i>	87
<i>montelukast sodium</i>	52
MORPHINE SULFATE	78
<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	77
<i>morphine sulfate er</i>	78
MOUNJARO.....	27
MOVANTIK.....	58
<i>moxifloxacin hcl</i>	72, 84
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL.....	84
MRESVIA.....	69
MULTAQ.....	39
<i>mupirocin</i>	56
MVASI.....	18
<i>mycophenolate mofetil</i>	66
<i>mycophenolate mofetil hcl</i>	66
<i>mycophenolate sodium</i>	66
MYRBETRIQ	59

N	
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	59
<i>nabumetone</i>	77
<i>nafcillin sodium</i>	83
<i>naloxone hcl</i>	24
<i>naltrexone hcl</i>	24
<i>naproxen</i>	77
<i>naratriptan hcl</i>	31
NATACYN	72
<i>nateglinide</i>	27
NATPARA.....	46
NAYZILAM.....	91
<i>nebivolol hcl</i>	39
<i>nefazodone hcl</i>	94
<i>neomycin sulfate</i>	79
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	72
<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	72
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	72
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	72, 73
<i>neo-polycin</i>	73
<i>neo-polycin hc</i>	73
NERLYNX.....	18
<i>neuac</i>	56
NEULASTA ONPRO	104
<i>nevirapine</i>	99
<i>nevirapine er</i>	99
NEXLETOL.....	43
NEXLIZET.....	43
NEXPLANON.....	88
NIACIN (ANTHYPERLIPIDEMIC)	43
<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	43
NIACOR.....	43
NICOTROL NS.....	25
<i>nifedipine er</i>	42
<i>nifedipine er osmotic release</i> ..	42
<i>nilutamide</i>	18
NINLARO.....	18

<i>nitazoxanide</i>	32
<i>nitisinone</i>	105
<i>nitrofurantoin</i>	80
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ..	80
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	80
<i>nitroglycerin</i>	45, 75
NIVESTYM	104
NORDITROPIN FLEXPPO ..	62
<i>norelgestromin-eth estradiol</i> ..	88
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	88
<i>norethindrone</i>	88
<i>norethindrone acetate</i>	63
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	88
<i>norgestimate-eth estradiol</i>	88
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	88
<i>norlyda</i>	88
<i>norlyroc</i>	88
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	88
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	88
<i>nortrel 7/7/7</i>	88
<i>nortriptyline hcl</i>	94
NORVIR.....	99
NOVOLIN 70/30.....	29
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN ..	29
NOVOLIN N.....	29
NOVOLIN N FLEXPEN	29
NOVOLIN R.....	29
NOVOLIN R FLEXPEN.....	29
NUBEQA	18
NUCALA	51
NULOJIX	66
NUPLAZID	36
NURTEC	31
<i>nyamyc</i>	96
<i>nylia 1/35</i>	88
<i>nylia 7/7/7</i>	88
<i>nymyo</i>	88
<i>nystatin</i>	96, 97
<i>nystatin-triamcinolone</i>	97
<i>nystop</i>	97
NYVEPRIA	105

O		
OCREVUS	49	
<i>octreotide acetate</i>	62	
ODEFSEY	99	
ODOMZO	18	
OFEV	51	
<i>ofloxacin</i>	73	
OGIVRI	19	
OGSIVEO	19	
OJEMDA	19	
OJJAARA	19	
<i>olanzapine</i>	36	
<i>olmesartan medoxomil</i>	41	
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	41	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	41	
<i>olopatadine hcl</i>	74	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	43	
<i>omeprazole</i>	57	
<i>ondansetron</i>	32	
<i>ondansetron hcl</i>	31, 32	
ONTRUZANT	19	
ONUREG	19	
OPDIVO	19	
OPDUALAG	19	
OPSUMIT	75	
ORENCIA	66	
ORENCIA CLICKJECT	66	
ORFADIN	105	
ORGOVYX	62	
ORLISSA	62	
ORKAMBI	51	
ORSERDU	19	
<i>oseltamivir phosphate</i>	101	
OTEZLA	66	
<i>oxandrolone</i>	60	
<i>oxcarbazepine</i>	91	
<i>oxybutynin chloride</i>	59	
<i>oxybutynin chloride er</i>	59	
<i>oxycodone hcl</i>	78	
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	78	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	27	
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	27	
OZEMPIC (2 MG/DOSE)	27	
P		
<i>pacerone</i>	39	
PACLITAXEL PROTEIN- BOUND PART	19	
<i>paliperidone er</i>	36	
PANRETIN	56	
<i>pantoprazole sodium</i>	57	
<i>paricalcitol</i>	46	
<i>paromomycin sulfate</i>	32	
<i>paroxetine hcl</i>	95	
<i>paroxetine hcl er</i>	95	
PAXLOVID (150/100)	101	
PAXLOVID (300/100)	101	
<i>pazopanib hcl</i>	19	
PEDIARIX	69	
PEDVAX HIB	69	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	59	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	59	
PEGASYS	101	
PEMAZYRE	19	
<i>pemetrexed disodium</i>	19	
PEMETREXED DISODIUM	19	
<i>pemetrexed ditromethamine</i>	19	
PEMRYDI RTU	19	
PENBRAYA	69	
<i>penicillamine</i>	79	
<i>penicillin g potassium</i>	83	
<i>penicillin g procaine</i>	83	
<i>penicillin v potassium</i>	83	
PENTACEL	69	
<i>pentamidine isethionate</i>	32	
<i>pentoxifylline er</i>	104	
<i>perindopril erbumine</i>	45	
<i>periogard</i>	54	
<i>permethrin</i>	57	
<i>perphenazine</i>	36	
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	95	
PERSERIS	36	
<i>phenelzine sulfate</i>	95	
<i>phenobarbital</i>	91	
<i>phenytoin</i>	91	
<i>phenytoin sodium</i>	92	
<i>phenytoin sodium extended</i>	91	
PIFELTRO	99	
<i>pilocarpine hcl</i>	54, 71	
<i>pimecrolimus</i>	55	
<i>pimozide</i>	36	
<i>pimtreea</i>	88	
<i>pioglitazone hcl</i>	27	
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	27	
<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	84	
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	20	
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	20	
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	20	
<i>pirfenidone</i>	51	
<i>pirmella 1/35</i>	88	
<i>pirmella 7/7/7</i>	88	
<i>pitavastatin calcium</i>	43	
PLEGRIDY	50	
PLEGRIDY STARTER PACK	50	
<i>plenamine</i>	38	
<i>podofilox</i>	56	
<i>polycin</i>	73	
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	73	
POMALYST	20	
<i>portia-28</i>	88	
<i>posaconazole</i>	97	
<i>potassium chloride</i>	102, 103	
<i>potassium chloride crys er</i>	102	
<i>potassium chloride er</i>	102	
<i>potassium citrate er</i>	103	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	33	
<i>prasugrel hcl</i>	104	
<i>pravastatin sodium</i>	43	
<i>praziquantel</i>	32	
<i>prazosin hcl</i>	39	

<i>prednisolone</i>	61	<i>propylthiouracil</i>	60	RETROVIR	99
<i>prednisolone acetate</i>	74	PROQUAD.....	69	REXULTI.....	37
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	61	<i>protriptyline hcl</i>	95	REYATAZ	99
<i>prednisone</i>	62	PULMOZYME.....	105	REZLIDHIA.....	20
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE.....	102	PURIXAN	20	REZUROCK.....	66
<i>pregabalin</i>	92	<i>pyrazinamide</i>	97	RHOPRESSA.....	71
PREHEVBRIO.....	69	<i>pyridostigmine bromide</i>	75	RIABNI	20
PREMARIN	61	<i>pyrimethamine</i>	33	<i>ribavirin</i>	101
PREMPHASE	61	Q		<i>rifabutin</i>	97
PREMPRO	61	QC ALCOHOL	102	<i>rifampin</i>	97
PRENATAL.....	106	QINLOCK.....	20	<i>riluzole</i>	50
<i>prevalite</i>	43	QUADRACEL	70	RINVOQ.....	67
<i>previfem</i>	88	<i>quetiapine fumarate</i>	37	RINVOQ LQ	67
PREVYMIS.....	101	<i>quetiapine fumarate er</i>	37	<i>risperidone</i>	37
PREZCOBIX.....	99	<i>quinapril hcl</i>	45	<i>risperidone microspheres er</i> ...37	
PREZISTA	99	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> 45		<i>ritonavir</i>	99
PRIFTIN.....	97	<i>quinidine sulfate</i>	39	RITUXAN HYCELA.....	20
PRIMAQUINE PHOSPHATE	32	<i>quinine sulfate</i>	33	<i>rivastigmine</i>	26
<i>primidone</i>	92	QULIPTA	31	<i>rivastigmine tartrate</i>	26
PRIORIX.....	69	R		<i>rizatriptan benzoate</i>	31
<i>probenecid</i>	30	<i>ra isopropyl alcohol wipes</i> ...	102	ROCKLATAN	71
PROCALAMINE.....	38	RABAVERT	70	<i>roflumilast</i>	51
<i>prochlorperazine</i>	32	<i>rabeprazole sodium</i>	57	<i>ropinirole hcl</i>	33
<i>prochlorperazine edisylate</i>	32	<i>raloxifene hcl</i>	61	<i>ropinirole hcl er</i>	33
<i>prochlorperazine maleate</i>	32	<i>ramelteon</i>	47	<i>rosadan</i>	56
PROCTOFOAM HC	55	<i>ramipril</i>	45	<i>rosuvastatin calcium</i>	43
<i>procto-med hc</i>	55	<i>ranolazine er</i>	41	ROTARIX	70
<i>proctosol hc</i>	55	<i>rasagiline mesylate</i>	33	ROTATEQ	70
<i>proctozone-hc</i>	55	RASUVO.....	66	ROZLYTREK	20
<i>progesterone</i>	63	RAYALDEE	46	RUBRACA.....	20
PROGRAF	66	<i>reclipsen</i>	88	<i>rufinamide</i>	92
PROLIA	46	RECOMBIVAX HB.....	70	RUKOBIA	99
PROMACTA.....	105	RELENZA DISKHALER	101	RUXIENCE.....	20
<i>promethazine hcl</i>	32	RELI-ON INSULIN SYRINGE	102	RYBELSUS.....	27
<i>promethegan</i>	32	<i>repaglinide</i>	27	RYBREVANT.....	20
<i>propafenone hcl</i>	39	REPATHA.....	43	RYDAPT	20
<i>propafenone hcl er</i>	39	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	43	RYTELO	20
<i>propranolol hcl</i>	40	REPATHA SURECLICK	43	S	
<i>propranolol hcl er</i>	40	RETACRIT	105	SANDIMMUNE.....	67
		RETEVMO.....	20	SANTYL	56
				<i>sapropterin dihydrochloride</i> .105	
				SAVELLA	50

SAVELLA TITRATION PACK	50	<i>spironolactone-hctz</i>	44	TAFINLAR	21
SCSEMBLIX.....	20	SPRAVATO (56 MG DOSE) 95		<i>tafluprost (pf)</i>	71
<i>scopolamine</i>	32	SPRAVATO (84 MG DOSE) 95		TAGRISSE.....	21
SECUADO.....	37	<i>sprintec 28</i>	88	TALVEY	21
<i>selegiline hcl</i>	33	SPRITAM.....	92	TALZENNA.....	21
<i>selenium sulfide</i>	56	SPRYCEL	21	<i>tamoxifen citrate</i>	21
SELZENTRY	99, 100	<i>sps</i>	58	<i>tamsulosin hcl</i>	59
SEMGLEE (YFGN).....	29	<i>sronyx</i>	88	<i>tarina 24 fe</i>	88
SEREVENT DISKUS	53	<i>ssd</i>	56	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	88
SEROSTIM	63	<i>stavudine</i>	100	TASIGNA.....	21
<i>sertraline hcl</i>	95	STELARA.....	67	TAVNEOS	67
<i>setlakin</i>	88	STIOLTO RESPIMAT.....	53	<i>tazarotene</i>	57
SEZABY	92	STIVARGA.....	21	<i>tazicef</i>	82
<i>sharobel</i>	88	STRENSIQ.....	105	TAZICEF.....	82
SHINGRIX.....	70	<i>streptomycin sulfate</i>	79	<i>taztia xt</i>	40
SIGNIFOR	63	STRIBILD	100	TAZVERIK	21
<i>sildenafil citrate</i>	75	STRIVERDI RESPIMAT	53	TDVAX	70
<i>silver sulfadiazine</i>	56	<i>subvenite</i>	92	TECVAYLI	21
SIMBRINZA.....	71	<i>sucralfate</i>	58	TEFLARO	82
<i>simliya</i>	88	<i>sulfacetamide sodium</i>	73	TEGLUTIK	50
<i>simvastatin</i>	43	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	73	<i>telmisartan</i>	42
<i>sirolimus</i>	67	<i>sulfadiazine</i>	84	<i>telmisartan-hctz</i>	42
SIRTURO.....	97	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>		<i>temazepam</i>	25
SKYLA.....	88	.....	84	TEMIXYS	100
SKYRIZI	67	<i>sulfasalazine</i>	46	TENIVAC.....	70
SKYRIZI (150 MG DOSE)....	67	<i>sulindac</i>	77	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	
SKYRIZI PEN.....	67	<i>sumatriptan</i>	31	.....	100
<i>sodium chloride</i>	103	<i>sumatriptan succinate</i>	31	TEPMETKO.....	21
<i>sodium oxybate</i>	47	<i>sumatriptan succinate refill</i>	31	<i>terazosin hcl</i>	59
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .58		<i>sunitinib malate</i>	21	<i>terbinafine hcl</i>	97
<i>solifenacin succinate</i>	59	SUNLENCA.....	100	<i>terconazole</i>	79
SOLQUA	29	SUTAB.....	59	TERIPARATIDE	46
SOLTAMOX.....	20	SYMPAZAN.....	92	<i>testosterone</i>	60
SOMATULINE DEPOT	63	SYMTUZA.....	100	<i>testosterone cypionate</i>	60
SOMAVERT.....	63	SYNJARDY	28	<i>testosterone enanthate</i>	60
<i>sorafenib tosylate</i>	21	SYNJARDY XR.....	28	<i>tetrabenazine</i>	50
<i>sorine</i>	40	SYNRIBO	21	<i>tetracycline hcl</i>	85
<i>sotalol hcl</i>	40	T		TEVIMBRA	21
<i>sotalol hcl (af)</i>	40	TABLOID	21	THALOMID.....	75
SPIRIVA RESPIMAT	53	TABRECTA.....	21	<i>theophylline</i>	53
<i>spironolactone</i>	44	<i>tacrolimus</i>	55, 67	<i>theophylline er</i>	53
		<i>tadalafil</i>	75	<i>thioridazine hcl</i>	37

<i>thiothixene</i>	37	TRELEGY ELLIPTA.....	54	TRUQAP	22
<i>tiadylt er</i>	40	TRELSTAR MIXJECT	22	TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE)	22
<i>tiagabine hcl</i>	92	TREMFYA	67	TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE)	22
TIBSOVO.....	21	TRESIBA	29	TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE)	22
TICE BCG.....	21	TRESIBA FLEXTOUCH.....	29	TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE)	22
TICOVAC	70	<i>tretinoin</i>	22, 57	TRUXIMA	22
TIGECYCLINE	85	<i>tri femynor</i>	89	TUKYSA	22
<i>tilia fe</i>	89	<i>triamcinolone acetonide</i> ..	54, 55, 62	TURALIO.....	22
<i>timolol maleate</i>	40, 72	<i>triamterene-hctz</i>	44	<i>turqoz</i>	89
<i>tinidazole</i>	33	<i>triazolam</i>	25	TWINRIX.....	70
<i>tiotropium bromide monohydrate</i>	53	<i>trientine hcl</i>	79	TYBOST.....	75
TIVDAK.....	21	<i>tri-estarylla</i>	89	TYMLOS.....	47
TIVICAY	100	<i>trifluoperazine hcl</i>	37	TYPHIM VI.....	70
TIVICAY PD	100	<i>trifluridine</i>	73	U	
<i>tizanidine hcl</i>	106	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	33	UBRELVY	31
TOBI PODHALER	79	TRIJARDY XR	28	ULTICARE INSULIN SYRINGE.....	102
<i>tobramycin</i>	73, 79	<i>tri-legest fe</i>	89	UPTRAVI.....	76
<i>tobramycin pak</i>	79	<i>tri-linyah</i>	89	UPTRAVI TITRATION	76
<i>tobramycin sulfate</i>	79	<i>tri-lo-estarylla</i>	89	<i>ursodiol</i>	58
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	73	<i>tri-lo-marzia</i>	89	URSODIOL.....	58
<i>tolterodine tartrate</i>	59	<i>tri-lo-mili</i>	89	UZEDY.....	37
<i>tolterodine tartrate er</i>	59	<i>tri-lo-sprintec</i>	89	V	
<i>topiramate</i>	92	<i>trimethobenzamide hcl</i>	32	<i>valacyclovir hcl</i>	101
<i>toposar</i>	21	<i>trimethoprim</i>	80	VALCHLOR	56
<i>toremifene citrate</i>	21	<i>tri-mili</i>	89	<i>valganciclovir hcl</i>	102
<i>torpenz</i>	21	<i>trimipramine maleate</i>	95	<i>valproate sodium</i>	92
<i>torse mide</i>	44	TRINTELLIX.....	95	<i>valproic acid</i>	92
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	29	<i>tri-nymyo</i>	89	<i>valsartan</i>	42
TOUJEO SOLOSTAR	29	<i>tri-previfem</i>	89	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	42
TRADJENTA.....	28	<i>tri-sprintec</i>	89	VALTOCO 10 MG DOSE.....	92
<i>tramadol hcl</i>	78	TRIUMEQ.....	100	VALTOCO 15 MG DOSE.....	92
TRAMADOL HCL	78	TRIUMEQ PD.....	100	VALTOCO 20 MG DOSE.....	92
<i>tramadol-acetaminophen</i>	78	<i>trivora (28)</i>	89	VALTOCO 5 MG DOSE.....	92
<i>trandolapril</i>	45	<i>tri-vylibra</i>	89	<i>vancomycin hcl</i>	80
<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	45	<i>tri-vylibra lo</i>	89	VANCOMYCIN HCL.....	80
<i>tranexamic acid</i>	103	TRIZIVIR.....	100	VANFLYTA.....	22
<i>tranylcypromine sulfate</i>	95	TROGARZO	100		
<i>travoprost (bak free)</i>	72	<i>trospium chloride</i>	60		
TRAZIMERA.....	22	<i>trospium chloride er</i>	60		
<i>trazodone hcl</i>	95	TRULICITY	28		
TRECTOR.....	97	TRUMENBA.....	70		

VAQTA.....	70	<i>vylibra</i>	89	XPOVIO (80 MG TWICE	
<i>varenicline tartrate</i>	25	VYZULTA	72	WEEKLY).....	23
VARENICLINE TARTRATE25		W		XTANDI.....	23
<i>varenicline tartrate (starter)</i> ..	25	<i>warfarin sodium</i>	104	<i>xulane</i>	89
VARIVAX	71	WELIREG	23	XULTOPHY.....	30
VAXCHORA	71	WINREVAIR	51	XYOSTED	60
VEGZELMA.....	22	<i>wixela inhub</i>	52	Y	
VELTASSA	58	X		YERVOY	23
VEMLIDY	100	XALKORI.....	23	YF-VAX.....	71
VENCLEXTA.....	22	XARELTO	104	YONSA	23
VENCLEXTA STARTING		XARELTO STARTER PACK		<i>yuvafem</i>	61
PACK.....	22	.....	104	Z	
<i>venlafaxine hcl</i>	95	XATMEP.....	23	<i>zafemy</i>	89
<i>venlafaxine hcl er</i>	95	XCOPRI	93	<i>zafirlukast</i>	52
VEOZAH	75	XCOPRI (250 MG DAILY		<i>zaleplon</i>	47
<i>verapamil hcl</i>	40	DOSE)	93	ZEGALOGUE.....	75
<i>verapamil hcl er</i>	40	XCOPRI (350 MG DAILY		ZEJULA	23
VERQUVO	41	DOSE)	93	ZELBORAF	23
VERSACLOZ	38	XDEMVY	73	<i>zenatane</i>	56
VERZENIO.....	22	XELJANZ	67	ZENPEP	105
<i>vienna</i>	89	XELJANZ XR.....	67	<i>zidovudine</i>	100
<i>vigabatrin</i>	92	XERMELO.....	58	<i>ziprasidone hcl</i>	38
<i>vigadrone</i>	92	XGEVA	47	<i>ziprasidone mesylate</i>	38
<i>vigpoder</i>	92	XIFAXAN	80	ZIRABEV	23
<i>vilazodone hcl</i>	95	XIGDUO XR.....	28	ZIRGAN.....	73
<i>vinorelbine tartrate</i>	22	XIIDRA.....	74	ZOLADDEX.....	24
<i>viorele</i>	89	XOLAIR.....	51	ZOLINZA.....	24
VIRACEPT	100	XOSPATA.....	23	<i>zolpidem tartrate</i>	47
VIREAD.....	100	XPOVIO (100 MG ONCE		<i>zolpidem tartrate er</i>	47
VITRAKVI.....	22	WEEKLY).....	23	ZONISADE	93
VIZIMPRO.....	22	XPOVIO (40 MG ONCE		<i>zonisamide</i>	93
VOCABRIA.....	100	WEEKLY).....	23	<i>zovia 1/35 (28)</i>	89
<i>volnea</i>	89	XPOVIO (40 MG TWICE		ZTALMY	93
VONJO.....	23	WEEKLY).....	23	ZTLIDO.....	78
VORANIGO.....	23	XPOVIO (60 MG ONCE		ZURZUVAE.....	95
<i>voriconazole</i>	97	WEEKLY).....	23	ZYDELIG.....	24
VORICONAZOLE.....	97	XPOVIO (60 MG TWICE		ZYKADIA.....	24
VOSEVI.....	101	WEEKLY).....	23	ZYLET	73
VOWST.....	75	XPOVIO (80 MG ONCE		ZYNLONTA	24
VRAYLAR.....	38	WEEKLY).....	23	ZYNYZ.....	24
VUMERITY.....	50			ZYPREXA RELPREVV	38

Este Formulario se actualizó el 2024/10/23. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Texas Independence Health Plan Servicios para los miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), 24 horas al día, siete días a la semana, o visite www.txindependencehealthplan.com.