# 2027
# Lista de Medicamentos
## (Lista de Medicamentos Cubiertos o "Lista de Medicamentos")

Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP),
Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Select (HMO-POS D-SNP)

40

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

**Lista de medicamentos Aprobados por el HPMS, ID 27156**

**Esta lista de medicamentos se actualizó el 10/15/2026.** Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Wellcare al **1-844-796-6811** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., o visite **go.wellcare.com/WI**.

wellcare® With mhs health wisconsin

Y0020_WCM_7042869_SPA_CV00_C 07012026 Final 40
7165656_WI7WCMFORSPA_M_CV40
10/15/2026 ©Wellcare 2026

**Nota para los miembros existentes:** Esta lista de medicamentos ha experimentado cambios con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía contiene los medicamentos que usted toma.

Cuando en esta Lista de medicamentos (formulario) se menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Wellcare. Cuando se menciona “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP), Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Select (HMO-POS D-SNP).

Este documento incluye una lista de medicamentos de nuestro plan, actualizada el 10/15/2026. Contáctenos para obtener una lista de medicamentos actualizada. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la lista de medicamentos, aparece en las páginas de portada y contraportada.

Generalmente, debe usar farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, la lista de medicamentos, la red de farmacias o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027 y de vez en cuando durante el año.

## ¿Qué es la lista de medicamentos Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP), Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Select (HMO-POS D-SNP)?

En este documento, utilizamos los términos “Lista de Medicamentos” y “Formulario” para referirnos a lo mismo. Una Lista de Medicamentos es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por nuestro plan en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas que se consideran como una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Nuestro plan generalmente cubrirá los medicamentos que se indican en nuestra Lista de Medicamentos, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red del plan y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de Cobertura.

## ¿Puede cambiar la lista de medicamentos?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos en la lista de medicamentos durante el año, cambiarlos a diferentes niveles de distribución de costos o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare para hacer estos cambios. Las actualizaciones de la lista de medicamentos se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí: go.wellcare.com/WI.

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

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos retirar de inmediato un medicamento de nuestra lista de medicamentos si lo reemplazaremos con una versión nueva de ese medicamento con el mismo o menor nivel de distribución de costos y con las mismas o menos restricciones. Cuando añadimos una nueva versión de un medicamento a nuestra lista de medicamentos, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra lista de medicamentos, pero que lo cambiemos a otro nivel de distribución de costos o le agreguemos nuevas restricciones.

  Solo podemos realizar estos cambios inmediatos si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original, que ya estaba en la lista de medicamentos (por ejemplo, agregar un producto biosimilar intercambiable que puede sustituirse por un producto biológico original en una farmacia sin necesidad de una nueva receta).

  Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le informemos por adelantado antes de que se realice un cambio inmediato, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

  Si hacemos este cambio, usted o su profesional que expide recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriéndole el medicamento que se va a cambiar. Para obtener más información, consulte la sección titulada "¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP), Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Select (HMO-POS D-SNP)?"

Algunos de estos 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 el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que debe retirarse por razones de seguridad o eficacia, podemos retirar inmediatamente el medicamento de nuestra lista de medicamentos y, más tarde, notificar a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente están tomando un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca de la lista de medicamentos cuando se agrega un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original cuando se agrega un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, o trasladarlo a un nivel de distribución de costos diferente, o ambas opciones. Podemos realizar modificaciones de acuerdo con las nuevas directrices clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestra lista de medicamentos o les agregamos una autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada para un medicamento, o cambiamos un medicamento a un nivel de distribución de costos más alto; debemos notificar el cambio a los miembros afectados al menos 30 días antes de que el cambio sea efectivo. Alternativamente, cuando un miembro solicita un resurtido del medicamento, puede recibir un suministro de 30 días del medicamento y una notificación del cambio.

  Si hacemos estos otros cambios, usted o su profesional que expide recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. La notificación que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción. Asimismo, puede encontrar información en la siguiente sección titulada "¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP), Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Select (HMO-POS D-SNP)?"

**Cambios que no lo afectarán si está tomando el medicamento en la actualidad.** Generalmente, si está tomando un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos de 2027 que estaba cubierto a comienzos de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2027, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán estando disponibles con la misma distribución de costos y sin nuevas restricciones para los miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá una notificación directa sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, tales cambios lo afectarían, y es importante revisar si en la lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios se ha efectuado algún cambio en los medicamentos.

La lista de medicamentos adjunta está vigente desde el 10/15/2026. Si desea obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de portada y contraportada.

La Lista de Medicamentos se actualizará mensualmente y se publicará en nuestro sitio web. Para obtener una lista de medicamentos impresa actualizada o para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para Miembros a través de nuestra información de contacto en las páginas de portada y contraportada.

## ¿Cómo se utiliza la lista de medicamentos?

Existen dos maneras de encontrar su medicamento dentro de la lista de medicamentos:

### Condición médica

La lista de medicamentos comienza en la página 1. Los medicamentos en esta Lista de Medicamentos están divididos en categorías dependiendo del tipo de afección médica que tratan. Por ejemplo, los medicamentos usados para tratar la condición cardiaca están enumerados bajo la categoría "Cardiovascular, Hipertensión/Lípidos". Si usted sabe para qué sirve su medicamento, mire el nombre de la categoría en la lista que inicia en la página 1. Luego, busque debajo del nombre de la categoría de su medicamento.

### Lista alfabética

Si no está seguro de la categoría, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página INDEX-1. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se indican en el Índice. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento, usted verá el número de página donde podrá encontrar la información de la cobertura. Vaya hacia la página indicada en el índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

## ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico es aprobado por la FDA por tener el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los medicamentos de marca. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para numerosos medicamentos de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, según las leyes estatales.

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

En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan igual de bien que 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 sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos que pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Para obtener información sobre 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.”

## ¿Existen restricciones en mi cobertura?

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

- **Autorización Previa:** Nuestro plan requiere que usted o el profesional que expide recetas obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará tener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.
- **Límites de Cantidad:** En el caso de ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 18 tabletas por receta para rizatriptan 5 mg. Esto puede complementar un suministro regular mensual o trimestral.
- **Terapia Escalonada:** En algunos casos, nuestro plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para dicha afección. Por ejemplo, si un Medicamento A y un Medicamento B tratan su condición médica, es posible que nuestro plan no cubra el Medicamento B, a menos que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no funciona, entonces nuestro plan cubrirá el Medicamento B.

Puede consultar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales en la Lista de Medicamentos que empieza en la página 1. También puede obtener más información acerca de las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea en los que se explica nuestra autorización previa y las restricciones de la terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la lista de medicamentos, aparece en las páginas de portada y contraportada.

Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción a estas restricciones o límites, o que le proporcione una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección "¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP), Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Select (HMO-POS D-SNP)?" en la página X para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## ¿Qué sucede si mi medicamento no está en la lista de medicamentos?

Si su medicamento no está incluido en esta lista de medicamentos (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para Miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si descubre que nuestro plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedir a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que tengan cobertura de nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.
- Puede pedir a nuestro plan que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación cómo solicitar una excepción.

## ¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP), Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Select (HMO-POS D-SNP)?

Puede solicitar que nuestro plan realice una excepción a nuestras normas de cobertura. Existen diversos tipos de excepciones que puede solicitar.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestra Lista de Medicamentos. Si se aprueba, este medicamento se cubrirá a un nivel de distribución de costos predeterminado, y no podría pedirnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel de distribución de costos más bajo.
- Usted puede pedirnos que renunciemos a una restricción de cobertura, incluida la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad para su medicamento. Por ejemplo, en el caso de algunos medicamentos, existe un límite de la cantidad del medicamento que cubre nuestro plan. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que renunciemos al límite y cubramos una cantidad mayor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento de la lista de medicamentos a un nivel de distribución de costos más bajo, a menos que el medicamento esté en el nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, se reduciría la cantidad que debe pagar por su medicamento.

Por lo general, nuestro plan solamente aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en la lista de medicamentos del plan, el medicamento de menor nivel de distribución de costos o la aplicación de la restricción no serían tan eficaces para usted o podrían causarle efectos adversos.

Usted o el profesional que expide recetas deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción a la lista de medicamentos o de nivelación, que incluye una excepción a una restricción de cobertura. ***Cuando usted solicite una excepción, el profesional que expide recetas deberá explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.*** Generalmente, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de apoyo del profesional que expide recetas. Puede solicitar una decisión expedita (rápida) si usted considera, y nosotros aceptamos, que esperar hasta 72 horas para obtener una decisión podría afectar gravemente su salud. Si estamos de acuerdo, o si el profesional que expide recetas solicita una decisión rápida, debemos comunicarle una decisión a más tardar 24 horas después de que recibamos la declaración de apoyo del profesional.

## ¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en la lista de medicamentos o tiene una restricción?

Como miembro nuevo o existente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestra lista de medicamentos. O puede que esté tomando un medicamento que está en nuestra lista de medicamentos, pero tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con el profesional que expide recetas acerca de solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que tenga cobertura o solicitar una excepción a la lista de medicamentos para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan el curso de acción adecuado para usted, podemos cubrir su medicamento en algunos casos durante los primeros 90 días tras convertirse en miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no están en nuestra lista de medicamentos o tienen una restricción de cobertura, cubrimos un suministro temporal de 30 días. Si la receta médica está indicada para menos días, permitiremos resurtidos para proporcionar un suministro del medicamento de hasta 30 días como máximo. Si la cobertura no se aprueba, después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos, o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ha sido miembro de nuestro plan durante más de 90 días, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción a la lista de medicamentos.

Si experimenta un cambio en el nivel de atención (como el alta o la admisión en un centro de cuidado a largo plazo), su médico o farmacia pueden llamar a nuestro Centro de Servicios de Proveedores y solicitar una anulación por única vez. Esta anulación por única vez será un suministro de hasta 30 días (a menos que tenga una receta escrita para menos días).

## Para obtener más información

Para información más detallada sobre la cobertura de los medicamentos recetados de su plan, revise su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas acerca de nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la lista de medicamentos, aparece en las páginas de portada y contraportada.

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

## Lista de medicamentos de nuestro plan

La lista de medicamentos que aparece a continuación proporciona información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al índice que comienza en la página INDEX-1.

La primera columna de la tabla muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej., ELIQUIS), y los medicamentos genéricos aparecen en cursiva y en minúsculas (p. ej., *simvastatin*).

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

- **NT** significa No cubierto por la Parte D: este medicamento recetado, por lo general, no está cubierto en un plan de medicamentos con receta de Medicare. La cantidad que usted paga cuando surte una receta de este medicamento no se contabiliza para el costo total de su medicamento (es decir, la cantidad que usted paga no lo ayuda a calificar para cobertura en caso de catástrofe). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus recetas, no recibirá ayuda adicional para pagar este medicamento.
- **NM** significa que el medicamento no está disponible a través de su beneficio mensual de servicio por correo. Esto se indica en la columna Requisitos/Límites de su lista de medicamentos. Puede recibir más de un mes de suministro de la mayoría de los medicamentos indicados en su lista de medicamentos a través del servicio por correo a un costo compartido reducido. Consulte el Capítulo 5 de su Evidencia de cobertura para obtener más información.
- **PA** significa autorización previa: consulte la página VIII para obtener más información.
- **PA-NS** significa Autorización Previa para Nuevos Tratamientos: Esto quiere decir que, si este medicamento es nuevo para usted, tendrá que obtener nuestra aprobación antes de surtir su receta. Si está tomando este medicamento en el momento de la inscripción, no se le pedirá cumplir con los criterios de aprobación.

- **B/D** significa “cubierto conforme a Medicare B o D”: Este medicamento puede ser elegible para el pago en virtud de Medicare Part B o D. Usted (o su médico) deben obtener nuestra autorización previa a fin de determinar que el medicamento esté cubierto conforme a Medicare Part D para que pueda adquirir el medicamento pertinente. Sin aprobación previa, es posible que no cubramos este medicamento.
- **QL** significa límites de cantidad: consulte la página VIII para obtener más información.
- **LA** significa medicamento de Acceso Limitado. Esta receta puede estar disponible solamente en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a Servicios para Miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., o visite go.wellcare.com/WI.
- **ST** significa terapia escalonada: consulte la página VIII para obtener más información.
- **^** significa que el medicamento puede estar disponible solo para un suministro de hasta 30 días.

## Cantidades de copago/coseguro por nivel de medicamentos

Los medicamentos recetados se agrupan en uno de los seis niveles. Para averiguar en qué nivel se encuentra su medicamento, consulte la columna Nivel de Medicamento de la Lista de Medicamentos que comienza en la página 1. Para obtener información más detallada acerca de los gastos de bolsillo de las recetas, incluido cualquier deducible que pueda aplicarse, consulte su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

- El nivel 1 (Medicamentos Genéricos) incluye los Medicamentos Genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
  - Copago preferido: $0
  - Copago estándar: $15
- El nivel 2 (Medicamentos de Marca Preferidos) incluye Medicamentos de Marca Preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos.

  No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Si la distribución de costos del nivel es inferior a $35, usted pagará el costo más bajo por su insulina.
  - Coseguro preferido: 20%
  - Coseguro estándar: 25%
- El nivel 3 (Medicamentos No Preferidos) incluye los Medicamentos de Marca No Preferidos y los medicamentos genéricos.

  No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Si la distribución de costos del nivel es inferior a $35, usted pagará el costo más bajo por su insulina.
  - Coseguro preferido: 42%
  - Coseguro estándar: 46%

- El nivel 4 (Medicamentos Inyectables) incluye determinados medicamentos que se administran por inyección o se utilizan para prevenir enfermedades (vacunas).
    - Coseguro preferido: 0%
    - Coseguro estándar: 15%
- El nivel 5 (Medicamento de Nivel Especializado) incluye Medicamentos Genéricos y de marca de alto costo. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior.
    - Coseguro preferido: 25%
    - Coseguro estándar: 25%
- El nivel 6 (Medicamentos de Cuidado Seleccionados) incluye medicamentos genéricos o de marca seleccionados utilizados para tratar afecciones específicas.
    - Copago preferido: $0
    - Copago estándar: $0

Consulte su Evidencia de Cobertura o Resumen de Beneficios para conocer sus copagos/coseguros y cantidades correspondientes.

## Índice

**AGENTES DE DIAGNÓSTICO/VARIOS**.....3
**ANTIINFECCIOSOS**..... 6
**CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS**..... 22
**ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y ALERGIA**.....34
**GASTROENTEROLOGÍA**.....40
**INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA**..... 45
**MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNOSUPRESORES**..... 52
**MEDICAMENTOS AUTONÓMICOS/PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIQUIATRÍA**.....70
**MEDICAMENTOS PARA EL OÍDO, LA NARIZ/LA GARGANTA**.....97
**MEDICAMENTOS UROLÓGICOS**..... 98
**MUSCULOESQUELÉTICO/REUMATOLOGÍA**..... 100
**OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA**.....103
**OFTALMOLOGÍA**..... 112
**SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES**.....117
**SUMINISTROS VARIOS**..... 125
**TRATAMIENTOS DERMATOLÓGICOS/TÓPICOS**.....126
**VITAMINAS, MINERALES/ELECTROLITOS**..... 134

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| **AGENTES DE DIAGNÓSTICO/VARIOS** | | |
| ***AGENTES VARIOS*** | | |
| *acamprosate oral tablet,delayed release (dr/ec) 333 mg* | 1 | |
| *anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg* | 1 | |
| *carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg* | 5^ | PA |
| *cevimeline oral capsule 30 mg* | 1 | |
| CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG | 3 | PA |
| *d10 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution* | 1 | |
| *d2.5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution* | 3 | |
| *d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution* | 1 | |
| *d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution* | 1 | |
| *deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg* | 3 | PA |
| *deferasirox oral tablet 90 mg* | 1 | PA |
| *deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg* | 3 | PA |
| *deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg* | 5^ | PA |
| *dextrose 10 % and 0.2 % nacl intravenous parenteral solution* | 3 | |
| *dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution* | 1 | |
| *dextrose 5%-0.2 % sod chloride intravenous parenteral solution* | 1 | |
| *disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg* | 1 | |
| *glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram* | 5^ | PA |
| INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML | 5^ | PA; LA |
| *kionex oral suspension 15 gram/60 ml* | 1 | |
| *levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml* | 1 | |
| *levocarnitine oral tablet 330 mg* | 1 | |
| LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM | 2 | |
| *midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg* | 1 | |
| *nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg* | 5^ | PA |
| *pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg* | 1 | |
| PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML | 5^ | PA; LA |
| REVCOVI INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) | 5^ | PA; LA |
| REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG | 5^ | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| *riluzole oral tablet 50 mg* | 1 | |
| *risedronate oral tablet 30 mg* | 1 | QL (30 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *sevelamer carbonate oral tablet 800 mg* | 3 | PA |
| *sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution* | 1 | |
| *sodium chloride irrigation solution 0.9 %* | 1 | |
| *sodium phenylbutyrate oral powder 0.94 gram/gram* | 5^ | PA |
| *sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg* | 5^ | PA |
| *sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram* | 1 | |
| *sodium polystyrene sulfonate oral suspension 15 gram/60 ml* | 1 | |
| *sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml* | 1 | |
| *trientine oral capsule 250 mg* | 5^ | PA |
| WEGOVY ORAL TABLET 1.5 MG, 25 MG, 4 MG, 9 MG | 2 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML | 2 | PA; QL (2 ML per 28 days) |
| WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML | 2 | PA; QL (3 ML per 28 days) |
| ***DISUASIVOS PARA FUMADORES*** | | |
| *bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |
| NICOTROL NS NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/ML | 3 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)* | 1 | |
| *varenicline tartrate oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)* | 1 | |
| **ANTIINFECCIOSOS** | | |
| ***AGENTES ANTIFÚNGICOS*** | | |
| *amphotericin b injection recon soln 50 mg* | 1 | B/D |
| *amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg* | 5^ | B/D |
| *caspofungin intravenous recon soln 50 mg, 70 mg* | 3 | |
| *clotrimazole mucous membrane troche 10 mg* | 1 | |
| CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG | 5^ | PA |
| *fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml* | 3 | PA |
| *fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 400 mg/200 ml* | 1 | PA |
| *fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml* | 1 | |
| *fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg* | 1 | |
| *flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg* | 5^ | PA |
| *griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml* | 3 | |
| *griseofulvin microsize oral tablet 500 mg* | 3 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg* | 3 | |
| *itraconazole oral capsule 100 mg* | 3 | QL (120 EA per 30 days) |
| *ketoconazole oral tablet 200 mg* | 1 | PA |
| *micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg* | 3 | |
| *nystatin oral suspension 100,000 unit/ml* | 1 | |
| *nystatin oral tablet 500,000 unit* | 1 | |
| *posaconazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 100 mg* | 3 | PA; QL (96 EA per 30 days) |
| *terbinafine hcl oral tablet 250 mg* | 1 | |
| *voriconazole intravenous recon soln 200 mg* | 3 | PA |
| *voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)* | 5^ | PA |
| *voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg* | 3 | PA |
| ***AGENTES PARA EL TRACTO URINARIO*** | | |
| *fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram* | 3 | |
| *methenamine hippurate oral tablet 1 gram* | 3 | |
| *nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg* | 3 | |
| *nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 50 mg* | 1 | |
| *nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg* | 3 | |
| *trimethoprim oral tablet 100 mg* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| ***AGENTES RELACIONADOS CON LA SULFANILAMIDA*** | | |
| *sulfadiazine oral tablet 500 mg* | 3 | |
| *sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml* | 1 | |
| *sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg* | 1 | |
| ***ANTIVIRALES*** | | |
| *abacavir oral solution 20 mg/ml* | 1 | |
| *abacavir oral tablet 300 mg* | 1 | |
| *abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg* | 1 | |
| *acyclovir oral capsule 200 mg* | 1 | |
| *acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml* | 3 | |
| *acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg* | 1 | |
| *acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml* | 3 | B/D |
| *adefovir oral tablet 10 mg* | 3 | |
| *amantadine hcl oral capsule 100 mg* | 1 | |
| *amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml* | 1 | |
| *amantadine hcl oral tablet 100 mg* | 1 | |
| APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG | 5^ | |
| *atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg* | 1 | |
| BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML | 3 | |
| BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG | 5^ | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG | 5^ | |
| *darunavir oral tablet 600 mg* | 3 | QL (60 EA per 30 days) |
| *darunavir oral tablet 800 mg* | 3 | QL (30 EA per 30 days) |
| DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG | 5^ | |
| DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG | 5^ | QL (30 EA per 30 days) |
| DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG | 5^ | |
| EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 MG | 3 | |
| *efavirenz oral tablet 600 mg* | 1 | |
| *efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg* | 3 | |
| *efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg* | 5^ | |
| *emtricitabine oral capsule 200 mg* | 1 | |
| *emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 167-250 mg, 200-300 mg* | 3 | QL (30 EA per 30 days) |
| *emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 133-200 mg* | 5^ | QL (30 EA per 30 days) |
| *emtricita-rilpivirine-tenof df oral tablet 200-25-300 mg* | 5^ | |
| EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML | 3 | |
| *entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg* | 1 | |
| *etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg* | 3 | |
| EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG | 5^ | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg* | 1 | |
| *fosamprenavir oral tablet 700 mg* | 3 | |
| GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG | 5^ | |
| IDVYNSO ORAL TABLET 100-0.25 MG | 5^ | |
| INTELENCE ORAL TABLET 25 MG | 2 | |
| ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG | 5^ | |
| ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG | 5^ | |
| ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG | 5^ | |
| ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG | 5^ | |
| ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG | 3 | |
| JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG | 5^ | |
| KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5 ML | 3 | |
| *lamivudine oral solution 10 mg/ml* | 1 | |
| *lamivudine oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg* | 1 | |
| *lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg* | 1 | |
| LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR ORAL TABLET 90-400 MG | 5^ | PA; QL (28 EA per 28 days) |
| LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG | 5^ | PA; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| *lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg* | 1 | |
| *maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg* | 5^ | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml* | 1 | |
| *nevirapine oral tablet 200 mg* | 1 | |
| *nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg* | 1 | |
| NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG | 2 | |
| ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG | 5^ | |
| *oseltamivir oral capsule 30 mg* | 1 | QL (168 EA per 365 days) |
| *oseltamivir oral capsule 45 mg, 75 mg* | 1 | QL (84 EA per 365 days) |
| *oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml* | 1 | QL (1080 ML per 365 days) |
| PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10) | 2 | QL (20 EA per 30 days) |
| PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5) | 2 | QL (11 EA per 30 days) |
| PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG | 5^ | |
| PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG | 5^ | PA; QL (28 EA per 28 days) |
| PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG-MG | 5^ | |
| PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML | 5^ | QL (400 ML per 30 days) |
| PREZISTA ORAL TABLET 150 MG | 3 | QL (240 EA per 30 days) |
| PREZISTA ORAL TABLET 75 MG | 3 | QL (480 EA per 30 days) |
| REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG | 5^ | |
| *ribavirin oral capsule 200 mg* | 1 | |
| *ribavirin oral tablet 200 mg* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *rilpivirine hcl oral tablet 25 mg* | 3 | |
| *rimantadine oral tablet 100 mg* | 3 | |
| *ritonavir oral tablet 100 mg* | 1 | |
| RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG | 5^ | |
| SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML | 5^ | |
| SOFOSBUVIR-VELPATASVIR ORAL TABLET 400-100 MG | 5^ | PA; QL (28 EA per 28 days) |
| STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG | 5^ | |
| SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK), 300 MG (5-TABLET PACK) | 5^ | |
| SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG | 5^ | |
| *tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg* | 1 | |
| TIVICAY ORAL TABLET 50 MG | 5^ | |
| TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG | 5^ | |
| TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG | 5^ | |
| TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG | 3 | |
| *valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg* | 1 | |
| *valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml* | 5^ | |
| *valganciclovir oral tablet 450 mg* | 2 | |
| VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG | 3 | |
| VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) | 5^ | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 250 MG | 5^ | |
| VIREAD ORAL TABLET 200 MG | 2 | |
| VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG | 5^ | PA; QL (28 EA per 28 days) |
| XOFLUZA ORAL TABLET 40 MG, 80 MG | 3 | |
| *zidovudine oral capsule 100 mg* | 1 | |
| *zidovudine oral syrup 10 mg/ml* | 1 | |
| *zidovudine oral tablet 300 mg* | 1 | |
| ***CEFALOSPORINAS*** | | |
| *cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg* | 1 | |
| *cefaclor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml* | 1 | |
| *cefadroxil oral capsule 500 mg* | 1 | |
| *cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml* | 3 | |
| *cefadroxil oral suspension for reconstitution 500 mg/5 ml* | 1 | |
| *cefazolin injection recon soln 1 gram* | 3 | |
| *cefazolin injection recon soln 500 mg* | 1 | |
| *cefazolin intravenous recon soln 10 gram* | 3 | |
| *cefdinir oral capsule 300 mg* | 1 | |
| *cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml* | 1 | |
| *cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram* | 3 | |
| *cefixime oral capsule 400 mg* | 1 | |
| *cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml* | 3 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram* | 1 | |
| *cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml* | 3 | |
| *cefpodoxime oral suspension for reconstitution 50 mg/5 ml* | 1 | |
| *cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg* | 3 | |
| *cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml* | 1 | |
| *cefprozil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml* | 3 | |
| *cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg* | 1 | |
| *ceftaroline fosamil intravenous recon soln 400 mg, 600 mg* | 5^ | |
| *ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram* | 3 | |
| *ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram* | 3 | |
| *ceftriaxone injection recon soln 250 mg, 500 mg* | 1 | |
| *cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg* | 1 | |
| *cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg* | 1 | |
| *cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram* | 1 | |
| *cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml* | 1 | |
| *tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram* | 3 | |
| ***ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS*** | | |
| *azithromycin intravenous recon soln 500 mg* | 3 | |
| *azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml* | 1 | |
| *azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg* | 1 | |
| *clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml* | 1 | |
| *clarithromycin oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml* | 3 | |
| *clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg* | 1 | |
| *clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg* | 1 | |
| *erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg* | 3 | |
| *erythromycin oral tablet,delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg, 500 mg* | 1 | |
| *fidaxomicin oral tablet 200 mg* | 5^ | QL (20 EA per 10 days) |
| ***MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS DIVERSOS*** | | |
| *albendazole oral tablet 200 mg* | 3 | |
| *amikacin injection solution 500 mg/2 ml* | 3 | |
| ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML | 5^ | PA; LA |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml* | 1 | |
| *atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg* | 3 | |
| *atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg* | 1 | |
| *aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram* | 3 | |
| CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML | 5^ | PA; LA; QL (84 ML per 56 days) |
| *chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg* | 3 | |
| *clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg* | 1 | |
| *clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml, 900 mg/50 ml* | 1 | |
| *clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 600 mg/50 ml* | 3 | |
| *clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml), 150 mg/ml* | 1 | |
| COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG | 3 | |
| *colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg* | 3 | QL (30 EA per 10 days) |
| *dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg* | 1 | |
| *daptomycin intravenous recon soln 500 mg* | 3 | |
| *ertapenem injection recon soln 1 gram* | 3 | QL (14 EA per 14 days) |
| *ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml* | 1 | |
| *gentamicin injection solution 40 mg/ml* | 1 | |
| *hydroxychloroquine oral tablet 200 mg* | 1 | |
| *imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg* | 1 | |
| *imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg* | 3 | |
| IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG | 5^ | PA |
| *isoniazid oral solution 50 mg/5 ml* | 1 | |
| *isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg* | 1 | |
| *ivermectin oral tablet 3 mg* | 2 | PA; QL (20 EA per 30 days) |
| *ivermectin oral tablet 6 mg* | 2 | PA; QL (8 EA per 30 days) |
| *linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml* | 3 | |
| *linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml* | 5^ | QL (1800 ML per 30 days) |
| *linezolid oral tablet 600 mg* | 3 | QL (60 EA per 30 days) |
| *mefloquine oral tablet 250 mg* | 1 | |
| *meropenem intravenous recon soln 1 gram* | 2 | QL (30 EA per 10 days) |
| *meropenem intravenous recon soln 500 mg* | 2 | QL (10 EA per 10 days) |
| *metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml* | 1 | |
| *metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg* | 1 | |
| *neomycin oral tablet 500 mg* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *nitazoxanide oral tablet 500 mg* | 5^ | QL (12 EA per 30 days) |
| *pentamidine inhalation recon soln 300 mg* | 1 | B/D; QL (1 EA per 28 days) |
| *pentamidine injection recon soln 300 mg* | 1 | |
| *praziquantel oral tablet 600 mg* | 3 | |
| PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG | 3 | |
| PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE) | 3 | |
| *pyrazinamide oral tablet 500 mg* | 1 | |
| *pyrimethamine oral tablet 25 mg* | 5^ | PA |
| *quinine sulfate oral capsule 324 mg* | 3 | PA |
| *rifabutin oral capsule 150 mg* | 1 | |
| *rifampin intravenous recon soln 600 mg* | 1 | |
| *rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg* | 1 | |
| SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG | 5^ | PA; LA |
| STREPTOMYCIN INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1 GRAM | 5^ | QL (60 EA per 30 days) |
| *tigecycline intravenous recon soln 50 mg* | 3 | |
| *tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg* | 1 | |
| *tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml* | 5^ | PA; QL (280 ML per 28 days) |
| *tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml* | 1 | |
| *vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg* | 3 | QL (20 EA per 10 days) |
| *vancomycin intravenous recon soln 10 gram* | 3 | QL (2 EA per 10 days) |
| *vancomycin intravenous recon soln 500 mg* | 1 | QL (10 EA per 10 days) |
| *vancomycin intravenous recon soln 750 mg* | 3 | QL (27 EA per 10 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *vancomycin oral capsule 125 mg* | 3 | QL (40 EA per 10 days) |
| *vancomycin oral capsule 250 mg* | 3 | QL (80 EA per 10 days) |
| XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG | 2 | PA; QL (9 EA per 30 days) |
| XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG | 2 | PA; QL (90 EA per 30 days) |
| ***PENICILINAS*** | | |
| *amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg* | 1 | |
| *amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml* | 1 | |
| *amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg* | 1 | |
| *amoxicillin oral tablet,chewable 125 mg, 250 mg* | 1 | |
| *amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml* | 1 | |
| *amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg* | 1 | |
| *amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg* | 1 | |
| *ampicillin oral capsule 500 mg* | 1 | |
| *ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 2 gram* | 3 | |
| *ampicillin sodium injection recon soln 10 gram* | 1 | |
| *ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML | 3 | |
| *dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg* | 1 | |
| *nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram* | 1 | |
| *nafcillin injection recon soln 10 gram* | 5^ | |
| *oxacillin injection recon soln 1 gram* | 1 | |
| *oxacillin injection recon soln 10 gram, 2 gram* | 3 | |
| PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS PIGGYBACK 2 MILLION UNIT/50 ML, 3 MILLION UNIT/50 ML | 3 | |
| *penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit* | 3 | |
| *penicillin g sodium injection recon soln 5 million unit* | 1 | |
| *penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml* | 1 | |
| *penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg* | 1 | |
| *piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram* | 3 | |
| ***QUINOLONAS*** | | |
| *ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml* | 1 | |
| *levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml* | 1 | |
| *levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml* | 3 | |
| *levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg* | 1 | |
| *moxifloxacin oral tablet 400 mg* | 1 | |
| *moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml* | 1 | |
| ***TETRACICLINAS*** | | |
| *demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg* | 3 | |
| *doxy-100 intravenous recon soln 100 mg* | 1 | |
| *doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg* | 1 | |
| *doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg* | 1 | |
| *doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg* | 1 | |
| *doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg* | 1 | |
| *doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg* | 1 | |
| *minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg* | 1 | |
| *minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg* | 3 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg* | 3 | |
| **CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS** | | |
| ***AGENTES ANTIARRÍTMICOS*** | | |
| *amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg* | 1 | |
| *disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg* | 3 | |
| *dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg* | 1 | |
| *flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg* | 1 | |
| *mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg* | 3 | |
| MULTAQ ORAL TABLET 400 MG | 3 | |
| *pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg* | 1 | |
| *propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg* | 1 | |
| *propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg* | 1 | |
| *quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg* | 1 | |
| *sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg* | 1 | |
| *sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg* | 1 | |
| ***AGENTES CARDIOVASCULARES DIVERSOS*** | | |
| *digoxin oral solution 50 mcg/ml (0.05 mg/ml)* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg), 62.5 mcg (0.0625 mg)* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |
| FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG | 5^ | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| *ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg* | 3 | QL (60 EA per 30 days) |
| *ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg* | 3 | |
| *sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg* | 2 | QL (180 EA per 30 days) |
| *sacubitril-valsartan oral tablet 49-51 mg, 97-103 mg* | 2 | QL (60 EA per 30 days) |
| VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| ***AGENTES REDUCTORES DE LÍPIDOS/COLESTEROL*** | | |
| *amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| *atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| *cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram* | 1 | |
| *cholestyramine light oral powder in packet 4 gram* | 1 | |
| *colesevelam oral powder in packet 3.75 gram* | 1 | |
| *colesevelam oral tablet 625 mg* | 1 | |
| *colestipol oral packet 5 gram* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *colestipol oral tablet 1 gram* | 1 | |
| *ezetimibe oral tablet 10 mg* | 1 | |
| *ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| *fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg* | 1 | |
| *fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg* | 1 | |
| *fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg* | 1 | |
| *fenofibric acid (choline) oral capsule,delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg* | 1 | |
| *fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg* | 6 | QL (60 EA per 30 days) |
| *fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| *gemfibrozil oral tablet 600 mg* | 1 | |
| *icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram, 1 gram* | 3 | |
| *lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg* | 6 | QL (60 EA per 30 days) |
| NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG | 2 | PA |
| *niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg* | 1 | |
| *pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg* | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML | 2 | PA |
| *pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| *simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| ***NITRATOS*** | | |
| *isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg* | 1 | |
| *isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg* | 1 | |
| *isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg* | 1 | |
| *nitro-bid transdermal ointment 2 %* | 3 | |
| *nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg* | 1 | |
| *nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr* | 1 | |
| ***TRATAMIENTO CONTRA LA HIPERTENSIÓN*** | | |
| *acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg* | 1 | |
| *aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg* | 1 | |
| *amiloride oral tablet 5 mg* | 1 | |
| *amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg* | 1 | |
| *amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg* | 1 | |
| *amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg* | 6 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| *amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| *amlodipine-valsartan-hcthiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| *atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg* | 1 | |
| *atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg* | 1 | |
| *benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg* | 6 | |
| *benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg* | 6 | |
| *betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg* | 1 | |
| *bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg* | 1 | |
| *bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg* | 1 | |
| *bumetanide injection solution 0.25 mg/ml* | 1 | |
| *bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg* | 1 | |
| *candesartan oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg* | 6 | QL (60 EA per 30 days) |
| *candesartan oral tablet 32 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| *candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg* | 6 | QL (60 EA per 30 days) |
| *candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg* | 6 | |
| *cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg* | 1 | |
| *carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg* | 1 | |
| *chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg* | 1 | |
| *clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg* | 1 | |
| *clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr* | 1 | QL (4 EA per 28 days) |
| *diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg* | 1 | |
| *diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg* | 1 | |
| *diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg* | 1 | |
| *diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg* | 1 | |
| *diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg* | 1 | |
| *dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg* | 1 | |
| *doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg* | 1 | |
| EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG | 2 | QL (30 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| *enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg* | 6 | |
| *enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg* | 6 | |
| *eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg* | 1 | |
| *felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg* | 1 | |
| *fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg* | 6 | |
| *fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg* | 6 | |
| *furosemide injection solution 10 mg/ml* | 1 | |
| *furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)* | 1 | |
| *furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg* | 1 | |
| *guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg* | 3 | |
| *hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg* | 1 | |
| *hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg* | 1 | |
| *hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg* | 1 | |
| *indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg* | 1 | |
| *irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| *irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg* | 6 | QL (60 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| *isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg* | 1 | |
| KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| *labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg* | 1 | |
| *lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg* | 6 | |
| *lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg* | 6 | |
| *losartan oral tablet 100 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| *losartan oral tablet 25 mg, 50 mg* | 6 | QL (60 EA per 30 days) |
| *losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| *losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 50-12.5 mg* | 6 | QL (60 EA per 30 days) |
| *matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg* | 1 | |
| *metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg* | 1 | |
| *metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg* | 1 | |
| *metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg* | 1 | |
| *metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg* | 1 | |
| *metyrosine oral capsule 250 mg* | 5^ | PA |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg* | 1 | |
| *moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg* | 6 | |
| *nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg* | 1 | |
| *nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg* | 1 | |
| *nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg* | 1 | |
| *nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg* | 1 | |
| *nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg* | 1 | |
| *nimodipine oral capsule 30 mg* | 1 | |
| *olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| *olmesartan oral tablet 5 mg* | 6 | QL (60 EA per 30 days) |
| *olmesartan-amlodipin-hcthiazid 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* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| *olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| *perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg* | 6 | |
| *pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg* | 1 | |
| *prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg* | 1 | |
| *propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg* | 1 | |
| *propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg* | 1 | |
| *quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg* | 6 | |
| *quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg* | 6 | |
| *ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg* | 6 | |
| *spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg* | 1 | |
| *spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg* | 1 | |
| *telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| *telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| *telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| *telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 80-12.5 mg* | 6 | QL (60 EA per 30 days) |
| *terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg* | 1 | |
| *tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg* | 1 | |
| *timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg* | 1 | |
| *trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg* | 6 | |
| *triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg* | 1 | |
| *triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg* | 1 | |
| *valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg* | 6 | QL (60 EA per 30 days) |
| *valsartan oral tablet 320 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| *valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| *verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg* | 1 | |
| *verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg* | 1 | |
| *verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg* | 1 | |
| *verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg* | 1 | |
| ***TRATAMIENTO PARA LA COAGULACIÓN*** | | |
| *aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg* | 1 | |
| *cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg* | 1 | |
| *clopidogrel oral tablet 75 mg* | 1 | |
| *dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg* | 3 | |
| ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS) | 2 | QL (74 EA per 180 days) |
| ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG | 2 | QL (60 EA per 30 days) |
| ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG | 2 | QL (74 EA per 30 days) |
| ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 0.5 MG | 2 | QL (140 EA per 28 days) |
| ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1.5 MG (0.5 MG X 3) | 2 | QL (420 EA per 28 days) |
| ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG (0.5 MG X 4) | 2 | QL (560 EA per 28 days) |
| ELIQUIS SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.15 MG | 2 | QL (70 EA per 28 days) |
| *eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg, 25 mg* | 5^ | PA; QL (180 EA per 30 days) |
| *eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg, 25 mg* | 5^ | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| *eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg* | 5^ | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| *enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml* | 3 | |
| *heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg* | 1 | |
| *pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg* | 1 | |
| *prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg* | 1 | |
| *rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml* | 1 | |
| *rivaroxaban oral tablet 2.5 mg* | 1 | |
| *ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg* | 2 | |
| *warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg* | 1 | |
| XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9) | 2 | QL (51 EA per 180 days) |
| XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| XARELTO ORAL TABLET 15 MG | 2 | QL (60 EA per 30 days) |
| **ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y ALERGIA** | | |
| ***AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALERGÉNICOS*** | | |
| *cetirizine oral solution 1 mg/ml* | 1 | |
| *cyproheptadine oral tablet 4 mg* | 3 | PA |
| *desloratadine oral tablet 5 mg* | 1 | |
| *epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml* | 1 | Only Epinephrine NDCs starting with 00093 and 49502 are covered; QL (4 EA per 30 days) |
| *hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg* | 3 | PA |

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg* | 3 | PA |
| *levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml* | 1 | |
| *levocetirizine oral tablet 5 mg* | 1 | |
| *promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml* | 3 | PA |
| *promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg* | 3 | PA |
| ***AGENTES PULMONARES*** | | |
| *acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)* | 1 | B/D |
| ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG | 5^ | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION | 2 | QL (12 GM per 30 days) |
| AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION | 2 | QL (32.1 GM per 30 days) |
| *albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation* | 1 | 8.5 gm inhaler; QL (17 GM per 30 days) |
| *albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)* | 1 | 6.7 gm inhaler; QL (13.4 GM per 30 days) |
| *albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)* | 1 | 18 gm inhaler; QL (36 GM per 30 days) |
| *albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml* | 1 | B/D |
| *albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg* | 1 | |
| *ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg* | 5^ | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION | 2 | QL (60 EA per 30 days) |
| *arformoterol inhalation solution for nebulization 15 mcg/2 ml* | 3 | B/D; QL (120 ML per 30 days) |
| ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION | 3 | QL (25.8 GM per 30 days) |
| BEVESPI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 9-4.8 MCG | 2 | QL (10.7 GM per 30 days) |
| *bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg* | 5^ | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE | 2 | QL (60 EA per 30 days) |
| *breyna inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation* | 2 | Breyna is generic for Symbicort; QL (30.9 GM per 30 days) |
| BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-18-4.8 MCG/ACTUATION, 160-9-4.8 MCG/ACTUATION | 2 | QL (10.7 GM per 30 days) |
| *budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml* | 3 | B/D; QL (120 ML per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION | 2 | QL (8 GM per 30 days) |
| *cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml* | 2 | B/D |
| FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML | 5^ | PA; QL (1 ML per 28 days) |
| FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML | 5^ | PA; QL (0.5 ML per 28 days) |
| FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML | 5^ | PA; QL (1 ML per 28 days) |
| *flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)* | 1 | QL (50 ML per 30 days) |
| FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE | 2 | QL (60 EA per 30 days) |
| *fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation* | 1 | QL (16 GM per 30 days) |
| *fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |
| *formoterol fumarate inhalation solution for nebulization 20 mcg/2 ml* | 3 | B/D; QL (120 ML per 30 days) |
| HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT | 5^ | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT | 5^ | PA; LA; QL (20 EA per 30 days) |
| *icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml* | 5^ | PA; QL (27 ML per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| INCRUSE ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5 MCG/ACTUATION | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| *ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %* | 1 | B/D |
| *ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml* | 1 | B/D |
| *levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml* | 1 | B/D |
| *mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation* | 1 | QL (34 GM per 30 days) |
| *montelukast oral granules in packet 4 mg* | 1 | |
| *montelukast oral tablet 10 mg* | 1 | |
| *montelukast oral tablet,chewable 4 mg, 5 mg* | 1 | |
| *nintedanib oral capsule 100 mg, 150 mg* | 5^ | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML | 5^ | PA; LA; QL (3 ML per 28 days) |
| NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG | 5^ | PA; LA; QL (3 EA per 28 days) |
| NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML | 5^ | PA; LA; QL (3 ML per 28 days) |
| NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML | 5^ | PA; LA; QL (0.4 ML per 28 days) |
| OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG | 5^ | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| *pirfenidone oral tablet 267 mg* | 5^ | PA; QL (270 EA per 30 days) |
| *pirfenidone oral tablet 801 mg* | 5^ | PA; QL (90 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML | 5^ | B/D |
| *roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg* | 1 | QL (30 EA per 30 days) |
| SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE | 2 | QL (60 EA per 30 days) |
| *sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg* | 1 | PA; generic for Revatio; QL (90 EA per 30 days) |
| SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION | 3 | QL (4 GM per 30 days) |
| *tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg* | 3 | PA; generic for Adcirca; QL (60 EA per 30 days) |
| *terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg* | 1 | |
| THEO-24 ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG | 3 | |
| *theophylline oral solution 80 mg/15 ml* | 1 | |
| *theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg* | 1 | |
| *theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg* | 1 | |
| TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG | 2 | QL (60 EA per 30 days) |
| TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N) | 5^ | PA; QL (56 EA per 28 days) |
| TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) | 5^ | PA; QL (84 EA per 28 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2) | 5^ | PA; QL (1 EA per 21 days) |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML | 5^ | PA; LA; QL (8 ML per 28 days) |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 75 MG/0.5 ML | 5^ | PA; LA; QL (1 ML per 28 days) |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG | 5^ | PA; LA; QL (8 EA per 28 days) |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML | 5^ | PA; LA; QL (8 ML per 28 days) |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML | 5^ | PA; LA; QL (1 ML per 28 days) |
| *zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg* | 1 | |
| **GASTROENTEROLOGÍA** | | |
| ***AGENTES GASTROINTESTINALES DIVERSOS*** | | |
| *alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg* | 3 | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| *aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 mg* | 1 | B/D |
| *aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)* | 1 | B/D |
| *balsalazide oral capsule 750 mg* | 1 | |
| *betaine oral powder 1 gram/scoop* | 5^ | |
| *budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg* | 1 | |
| *budesonide oral tablet,delayed and ext.release 9 mg* | 5^ | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| *compro rectal suppository 25 mg* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *constulose oral solution 10 gram/15 ml* | 1 | |
| CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000-180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT | 2 | |
| *cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml* | 1 | |
| *dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg* | 1 | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 108 MG/0.68 ML | 5^ | PA; QL (1.36 ML per 28 days) |
| *enulose oral solution 10 gram/15 ml* | 1 | |
| *gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram* | 1 | |
| *gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram* | 1 | |
| *gavilyte-n oral recon soln 420 gram* | 1 | |
| *generlac oral solution 10 gram/15 ml* | 1 | |
| *granisetron hcl oral tablet 1 mg* | 1 | B/D |
| *hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml* | 1 | |
| *hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %* | 1 | |
| *lactulose oral solution 10 gram/15 ml* | 1 | |
| LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| *lubiprostone oral capsule 24 mcg* | 2 | QL (60 EA per 30 days) |
| *lubiprostone oral capsule 8 mcg* | 2 | QL (120 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg* | 1 | PA |
| *mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg* | 1 | |
| *mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram* | 1 | |
| *mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram* | 1 | |
| *mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 800 mg* | 3 | |
| *mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml* | 1 | |
| *mesalamine rectal suppository 1,000 mg* | 1 | |
| *metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml* | 1 | |
| *metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg* | 1 | |
| MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| *nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)* | 3 | QL (30 GM per 30 days) |
| *ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml* | 1 | |
| *ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg* | 1 | |
| *ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg* | 1 | |
| *peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram* | 1 | |
| *peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram* | 1 | |
| PLENVU ORAL POWDER IN PACKET, SEQUENTIAL 140-9-5.2 GRAM | 3 | |
| *prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *prochlorperazine rectal suppository 25 mg* | 1 | |
| *procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %* | 1 | |
| *proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %* | 1 | |
| *proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %* | 1 | |
| *scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days* | 3 | QL (10 EA per 30 days) |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) | 5^ | PA; QL (1.2 ML per 56 days) |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) | 5^ | PA; QL (2.4 ML per 56 days) |
| *sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram, 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)* | 1 | |
| *sulfasalazine oral tablet 500 mg* | 1 | |
| *sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg* | 1 | |
| *ursodiol oral capsule 300 mg* | 2 | |
| *ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg* | 3 | |
| VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG | 3 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| VOWST ORAL CAPSULE 1 X 10EXP6 TO 3 X 10EXP7 CELL | 5^ | PA; LA |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000-105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600-252,600 UNIT | 2 | |
| ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML | 5^ | PA; QL (2 EA per 28 days) |
| ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML | 5^ | PA; QL (2 EA per 28 days) |
| ***ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS*** | | |
| *dicyclomine oral capsule 10 mg* | 3 | PA |
| *dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml* | 3 | PA |
| *dicyclomine oral tablet 20 mg* | 3 | PA |
| *diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml* | 3 | |
| *diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg* | 3 | |
| *glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg* | 1 | |
| *loperamide oral capsule 2 mg* | 1 | |
| ***TRATAMIENTO PARA LAS ÚLCERAS*** | | |
| *bismuth subcit k-metronidz-tcn oral capsule 140-125-125 mg* | 3 | QL (120 EA per 180 days) |
| *dexlansoprazole oral capsule,biphase delayed releas 30 mg, 60 mg* | 1 | QL (30 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 40 mg* | 3 | QL (60 EA per 30 days) |
| *famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)* | 1 | |
| *famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg* | 1 | |
| *lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg, 30 mg* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |
| *misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg* | 1 | |
| *omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |
| *pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |
| *rabeprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |
| *sucralfate oral suspension 100 mg/ml* | 3 | |
| *sucralfate oral tablet 1 gram* | 1 | |
| VOQUEZNA DUAL PAK ORAL COMBO PACK 20 MG (28)- 500 MG (84) | 3 | QL (112 EA per 180 days) |
| VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL COMBO PACK 20-500-500 MG | 3 | QL (112 EA per 180 days) |
| **INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA** | | |
| ***MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS*** | | |
| ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML | 5^ | PA |
| ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG | 5^ | PA |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| BESREMI PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 500 MCG/0.5 ML | 5^ | PA-NS; LA |
| BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML | 5^ | PA-NS; LA |
| BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG | 5^ | PA; QL (14 EA per 28 days) |
| FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML | 5^ | PA |
| LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG | 5^ | PA |
| NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML | 5^ | PA |
| NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML | 5^ | PA |
| OMNITROPE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) | 5^ | PA |
| OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG | 5^ | PA |
| PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML | 5^ | QL (4 ML per 28 days) |
| PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML | 5^ | QL (2 ML per 28 days) |
| RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML | 2 | PA |
| RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML | 5^ | PA |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| ***VACUNAS/MEDICAMENTOS INMUNOLÓGICOS DIVERSOS*** | | |
| ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML | 4 | NM; IRA $0 for age 19 and older |
| ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML | 4 | NM |
| ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML | 4 | NM |
| ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML | 4 | NM |
| AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML | 4 | NM; IRA $0 for age 50 and older only |
| BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG | 4 | NM |
| BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML | 4 | NM |
| BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML | 4 | NM |
| BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML | 4 | NM |
| DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML | 4 | NM |
| ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML | 4 | B/D; NM |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML | 4 | B/D; NM |
| ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML | 4 | B/D; NM |
| GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %) | 5^ | PA; NM |
| GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML | 4 | NM; IRA $0 up to age 45 |
| GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML | 4 | NM; IRA $0 up to age 45 |
| HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML | 4 | NM |
| HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML | 4 | B/D; NM |
| HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML | 4 | NM |
| IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT | 4 | B/D; NM |
| INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML | 4 | NM |
| IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML | 4 | NM |
| IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML | 4 | NM |
| JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5 | 4 | B/D; NM |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML | 4 | NM |
| MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML | 4 | NM |
| MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML | 4 | NM |
| M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML | 4 | NM |
| MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML | 4 | NM; IRA $0 for age 50 and older only |
| PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML | 4 | NM |
| PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML | 4 | NM |
| PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML | 4 | NM |
| PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) INTRAMUSCULAR KIT 0.5 ML | 4 | NM |
| PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML | 4 | NM |
| PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2-3.3CCID50/0.5ML | 4 | NM |
| PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 | 4 | NM |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML | 4 | NM |
| QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML | 4 | NM |
| RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT | 4 | B/D; NM |
| RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML | 4 | B/D; NM |
| RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML | 4 | B/D; NM |
| ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML | 6 | NM |
| ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML | 6 | NM |
| SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML | 4 | NM; A third dose may be considered in post-transplant members (PA required).; QL (2 EA per 720 days) |
| SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML | 4 | NM; A third dose may be considered in post-transplant members (PA required).; QL (1 ML per 720 days) |
| TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML | 4 | NM |
| TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML | 4 | NM |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML | 4 | NM |
| TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML | 4 | NM |
| TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML | 4 | NM |
| TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML | 4 | NM |
| VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML | 4 | NM |
| VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML | 4 | NM |
| VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML | 4 | NM |
| VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT | 6 | NM |
| VIMKUNYA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML | 4 | NM |
| VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT | 6 | NM |
| YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML | 4 | NM |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| **MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNOSUPRESORES** | | |
| ***AGENTES COMPLEMENTARIOS*** | | |
| BOMYNTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) | 5^ | PA-NS |
| BOMYNTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) | 5^ | PA-NS |
| *leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg* | 1 | |
| *mesna oral tablet 400 mg* | 3 | |
| OSENVELT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) | 5^ | PA-NS |
| ***MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNOSUPRESORES*** | | |
| *abiraterone oral tablet 250 mg* | 5^ | PA-NS; QL (120 EA per 30 days) |
| *abirtega oral tablet 250 mg* | 3 | PA-NS; QL (120 EA per 30 days) |
| AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG | 5^ | PA-NS; QL (240 EA per 30 days) |
| ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG | 5^ | PA-NS; QL (60 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23) | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 180 days) |
| *anastrozole oral tablet 1 mg* | 1 | |
| AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG | 5^ | PA-NS; QL (60 EA per 30 days) |
| AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG | 5^ | PA-NS; QL (240 EA per 30 days) |
| AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG | 5^ | PA-NS; QL (66 EA per 28 days) |
| AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| *azathioprine oral tablet 50 mg* | 1 | B/D |
| BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG | 5^ | PA-NS; LA |
| *bexarotene oral capsule 75 mg* | 5^ | PA-NS |
| *bexarotene topical gel 1 %* | 5^ | PA-NS; QL (60 GM per 30 days) |
| *bicalutamide oral tablet 50 mg* | 1 | |
| BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG | 5^ | PA-NS; QL (180 EA per 30 days) |
| BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG | 5^ | PA-NS; QL (330 EA per 30 days) |
| BOSULIF ORAL TABLET 100 MG | 5^ | PA-NS; QL (90 EA per 30 days) |
| BOSULIF ORAL TABLET 500 MG | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| *bosutinib oral tablet 400 mg* | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days) |
| BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1) | 5^ | PA-NS; QL (56 EA per 28 days) |
| COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) | 5^ | PA-NS; QL (112 EA per 28 days) |
| COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) | 5^ | PA-NS; QL (84 EA per 28 days) |
| COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (56 EA per 28 days) |
| COTELLIC ORAL TABLET 20 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (63 EA per 28 days) |
| *cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg* | 1 | B/D |
| CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG | 3 | B/D |
| *cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg* | 1 | B/D |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml* | 1 | B/D |
| *cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg* | 1 | B/D |
| DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG | 5^ | PA-NS; QL (112 EA per 28 days) |
| *dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 80 mg* | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| *dasatinib oral tablet 20 mg* | 5^ | PA-NS; QL (90 EA per 30 days) |
| *dasatinib oral tablet 70 mg* | 5^ | PA-NS; QL (60 EA per 30 days) |
| DAURISMO ORAL TABLET 100 MG | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| DAURISMO ORAL TABLET 25 MG | 5^ | PA-NS; QL (60 EA per 30 days) |
| DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG | 2 | |
| ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG | 2 | PA-NS |
| ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG | 2 | PA-NS |
| ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG | 2 | PA-NS |
| ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH) | 2 | PA-NS |
| ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| ENVARSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG | 3 | B/D |
| ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| ERLEADA ORAL TABLET 240 MG | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| ERLEADA ORAL TABLET 60 MG | 5^ | PA-NS; QL (120 EA per 30 days) |
| *erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg* | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| *erlotinib oral tablet 25 mg* | 5^ | PA-NS; QL (60 EA per 30 days) |
| EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG | 5^ | |
| *everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg* | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| *everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg* | 5^ | PA-NS; QL (150 EA per 30 days) |
| *everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg* | 5^ | PA-NS; QL (90 EA per 30 days) |
| *everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 5 mg* | 5^ | PA-NS; QL (60 EA per 30 days) |
| *everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg* | 2 | B/D |
| *everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg* | 5^ | B/D |
| *exemestane oral tablet 25 mg* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG | 5^ | PA-NS |
| FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG | 3 | PA-NS |
| FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days) |
| FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG | 5^ | PA-NS; QL (84 EA per 28 days) |
| FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG | 5^ | PA-NS; QL (21 EA per 28 days) |
| GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| *gefitinib oral tablet 250 mg* | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| *gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg* | 1 | B/D |
| GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG | 5^ | PA-NS; QL (126 EA per 28 days) |
| GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG | 5^ | PA-NS; QL (84 EA per 28 days) |
| GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG | 5^ | PA-NS; QL (168 EA per 28 days) |
| HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG | 5^ | PA-NS; QL (90 EA per 30 days) |
| *hydroxyurea oral capsule 500 mg* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| HYRNUO ORAL TABLET 10 MG | 5^ | PA-NS; QL (120 EA per 30 days) |
| IBRANCE ORAL CAPSULE 125 MG | 5^ | PA-NS; QL (21 EA per 28 days) |
| IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG | 5^ | PA-NS; QL (21 EA per 28 days) |
| IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG | 5^ | PA-NS; QL (90 EA per 30 days) |
| ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| *imatinib oral tablet 100 mg* | 2 | PA-NS; QL (180 EA per 30 days) |
| *imatinib oral tablet 400 mg* | 5^ | PA-NS; QL (60 EA per 30 days) |
| IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG | 5^ | PA-NS; QL (90 EA per 30 days) |
| IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG | 5^ | PA-NS; QL (28 EA per 28 days) |
| IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML | 5^ | PA-NS; QL (324 ML per 30 days) |
| IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG | 5^ | PA-NS; QL (28 EA per 28 days) |
| IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML | 5^ | PA-NS; QL (280 ML per 28 days) |
| INLURIYO ORAL TABLET 200 MG | 5^ | PA-NS |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| INLYTA ORAL TABLET 1 MG | 5^ | PA-NS; QL (180 EA per 30 days) |
| INLYTA ORAL TABLET 5 MG | 5^ | PA-NS; QL (120 EA per 30 days) |
| INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG | 5^ | PA-NS; QL (5 EA per 28 days) |
| INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG | 5^ | PA-NS; QL (60 EA per 30 days) |
| ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| IWILFIN ORAL TABLET 192 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days) |
| JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG | 5^ | PA-NS; QL (60 EA per 30 days) |
| JAKAFI XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG, 33 MG, 44 MG, 55 MG | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG | 5^ | PA-NS; QL (60 EA per 30 days) |
| JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| JIDEYTRO ORAL TABLET 100 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| JIDEYTRO ORAL TABLET 25 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML | 2 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1) | 5^ | PA-NS; QL (21 EA per 28 days) |
| KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2) | 5^ | PA-NS; QL (42 EA per 28 days) |
| KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3) | 5^ | PA-NS; QL (63 EA per 28 days) |
| KOMZIFTI ORAL CAPSULE 200 MG | 5^ | PA-NS; QL (90 EA per 30 days) |
| KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG | 5^ | PA-NS |
| KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 5 MG, 7.5 MG | 5^ | PA-NS |
| KRAZATI ORAL TABLET 200 MG | 5^ | PA-NS; QL (180 EA per 30 days) |
| *lapatinib oral tablet 250 mg* | 5^ | PA-NS; QL (180 EA per 30 days) |
| LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| *lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg* | 5^ | PA-NS; QL (28 EA per 28 days) |
| LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1) | 5^ | PA-NS; QL (90 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| LENVIMA ORAL CAPSULE 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2) | 5^ | PA-NS; QL (60 EA per 30 days) |
| *letrozole oral tablet 2.5 mg* | 1 | |
| LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG | 5^ | |
| *leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml* | 3 | PA-NS |
| LIFYORLI ORAL CAPSULE 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X3), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X9) | 5^ | PA-NS; LA; QL (18 EA per 28 days) |
| LIFYORLI ORAL CAPSULE 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X2), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X3), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X9) | 5^ | PA-NS; LA; QL (27 EA per 28 days) |
| *lomustine oral capsule 10 mg, 40 mg* | 3 | |
| *lomustine oral capsule 100 mg* | 5^ | |
| LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG | 5^ | PA-NS |
| LORBRENA ORAL TABLET 100 MG | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| LORBRENA ORAL TABLET 25 MG | 5^ | PA-NS; QL (90 EA per 30 days) |
| LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG | 5^ | PA-NS; QL (240 EA per 30 days) |
| LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG | 5^ | PA-NS; QL (120 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG | 5^ | PA-NS; QL (90 EA per 30 days) |
| LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG | 5^ | PA-NS |
| LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG | 5^ | PA-NS; QL (120 EA per 30 days) |
| LYSODREN ORAL TABLET 500 MG | 5^ | |
| LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3) | 5^ | PA-NS; LA; QL (84 EA per 28 days) |
| LYTGOBI ORAL TABLET 16 MG/DAY (4 MG X 4) | 5^ | PA-NS; LA; QL (112 EA per 28 days) |
| LYTGOBI ORAL TABLET 20 MG/DAY (4 MG X 5) | 5^ | PA-NS; LA; QL (140 EA per 28 days) |
| MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG | 5^ | |
| *megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)* | 3 | PA |
| *megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg* | 3 | |
| MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML | 5^ | PA-NS; QL (1260 ML per 30 days) |
| MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG | 5^ | PA-NS; QL (90 EA per 30 days) |
| MEKINIST ORAL TABLET 2 MG | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days) |
| *mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml* | 5^ | |
| *mercaptopurine oral tablet 50 mg* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml* | 1 | B/D |
| *methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml* | 1 | B/D |
| *methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg* | 1 | |
| MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG | 5^ | PA-NS; QL (20 EA per 28 days) |
| *mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg* | 1 | B/D |
| *mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml* | 5^ | B/D |
| *mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg* | 1 | B/D |
| *mycophenolate sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg* | 1 | B/D; mycophenolate sodium = mycophenolic acid |
| *mycophenolic acid dr 180 mg tb* | 1 | B/D |
| *mycophenolic acid dr 360 mg tb* | 1 | B/D |
| NERLYNX ORAL TABLET 40 MG | 5^ | PA-NS; LA |
| *nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg* | 5^ | PA-NS; QL (112 EA per 28 days) |
| *nilotinib hcl oral capsule 50 mg* | 5^ | PA-NS; QL (120 EA per 30 days) |
| *nilutamide oral tablet 150 mg* | 5^ | |
| NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG | 5^ | PA-NS; QL (3 EA per 28 days) |
| NUBEQA ORAL TABLET 300 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| *octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml* | 5^ | PA |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml* | 3 | PA |
| ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG | 5^ | PA-NS; QL (56 EA per 28 days) |
| OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML | 5^ | PA-NS; QL (96 ML per 28 days) |
| OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4) | 5^ | PA-NS; QL (16 EA per 28 days) |
| OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5) | 5^ | PA-NS; QL (20 EA per 28 days) |
| OJEMDA ORAL TABLET 600 MG/WEEK (100 MG X 6) | 5^ | PA-NS; QL (24 EA per 28 days) |
| OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG | 5^ | PA-NS; QL (14 EA per 28 days) |
| ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (30 EA per 28 days) |
| ORSERDU ORAL TABLET 345 MG | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| ORSERDU ORAL TABLET 86 MG | 5^ | PA-NS; QL (90 EA per 30 days) |
| *pazopanib oral tablet 200 mg* | 5^ | PA-NS; QL (120 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days) |
| PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1) | 5^ | PA-NS; QL (28 EA per 28 days) |
| PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) | 5^ | PA-NS; QL (56 EA per 28 days) |
| *pomalidomide oral capsule 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg* | 5^ | PA-NS; QL (21 EA per 28 days) |
| POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days) |
| PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG | 3 | B/D |
| QINLOCK ORAL TABLET 50 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| RETEVMO ORAL TABLET 40 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG | 5^ | PA-NS; QL (120 EA per 30 days) |
| REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG | 5^ | PA-NS; QL (60 EA per 30 days) |
| REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG | 5^ | PA-NS; QL (240 EA per 30 days) |
| REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG | 5^ | PA-NS; QL (60 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (8 EA per 28 days) |
| ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG | 5^ | PA-NS; QL (150 EA per 30 days) |
| ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG | 5^ | PA-NS; QL (90 EA per 30 days) |
| ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG | 5^ | PA-NS; QL (336 EA per 28 days) |
| RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG | 5^ | PA-NS; QL (224 EA per 28 days) |
| SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG | 5^ | PA-NS; QL (120 EA per 30 days) |
| SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG | 5^ | PA-NS; QL (60 EA per 30 days) |
| SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG | 5^ | PA-NS; QL (300 EA per 30 days) |
| SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) | 5^ | PA |
| *sirolimus oral solution 1 mg/ml* | 3 | B/D |
| *sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg* | 1 | B/D |
| SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML | 5^ | |
| *sorafenib oral tablet 200 mg* | 5^ | PA-NS; QL (120 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| STIVARGA ORAL TABLET 40 MG | 5^ | PA-NS; QL (84 EA per 28 days) |
| *sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg* | 5^ | PA-NS; QL (28 EA per 28 days) |
| TABLOID ORAL TABLET 40 MG | 3 | |
| TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG | 5^ | PA-NS |
| *tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg* | 1 | B/D |
| TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG | 5^ | PA-NS; QL (120 EA per 30 days) |
| TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG | 5^ | PA-NS; QL (840 EA per 28 days) |
| TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| *tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg* | 1 | |
| TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG | 5^ | PA-NS; LA |
| THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG | 5^ | PA-NS; QL (112 EA per 28 days) |
| THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG | 5^ | PA-NS; QL (28 EA per 28 days) |
| TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG | 5^ | PA-NS |
| *toremifene oral tablet 60 mg* | 3 | |
| *tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg* | 5^ | |
| TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG | 5^ | PA-NS; QL (64 EA per 28 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| TUKYSA ORAL TABLET 150 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| TUKYSA ORAL TABLET 50 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (300 EA per 30 days) |
| TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG | 5^ | PA-NS; QL (56 EA per 28 days) |
| VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG | 2 | PA-NS; LA; QL (14 EA per 7 days) |
| VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days) |
| VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (7 EA per 7 days) |
| VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (42 EA per 180 days) |
| VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (56 EA per 28 days) |
| VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days) |
| VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML | 5^ | PA-NS; LA; QL (300 ML per 30 days) |
| VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| VONJO ORAL CAPSULE 100 MG | 5^ | PA-NS; QL (120 EA per 30 days) |
| VORANIGO ORAL TABLET 10 MG | 5^ | PA-NS; QL (60 EA per 30 days) |
| VORANIGO ORAL TABLET 40 MG | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| WELIREG ORAL TABLET 40 MG | 5^ | PA-NS; LA |
| XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG | 5^ | PA-NS; QL (60 EA per 30 days) |
| XALKORI ORAL PELLET 150 MG | 5^ | PA-NS; QL (180 EA per 30 days) |
| XALKORI ORAL PELLET 20 MG, 50 MG | 5^ | PA-NS; QL (120 EA per 30 days) |
| XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML | 2 | |
| XERMELO ORAL TABLET 250 MG | 5^ | PA; LA; QL (84 EA per 28 days) |
| XOSPATA ORAL TABLET 40 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (10 MG X 4), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (80 MG X 1), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) | 5^ | PA-NS; LA |
| XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG | 5^ | PA-NS; QL (120 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| XTANDI ORAL TABLET 40 MG | 5^ | PA-NS; QL (120 EA per 30 days) |
| XTANDI ORAL TABLET 80 MG | 5^ | PA-NS; QL (60 EA per 30 days) |
| *yulithira oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg* | 3 | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG | 5^ | PA-NS; QL (224 EA per 28 days) |
| ZENBEXUS ORAL CAPSULE 0.75 MG, 1 MG | 5^ | PA-NS; QL (21 EA per 28 days) |
| ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG | 5^ | PA-NS; QL (120 EA per 30 days) |
| ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG | 5^ | PA-NS; QL (90 EA per 30 days) |
| **MEDICAMENTOS AUTONÓMICOS/PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIQUIATRÍA** | | |
| ***AGENTES ANTIPARKINSONIANOS*** | | |
| *benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg* | 3 | PA |
| *bromocriptine oral capsule 5 mg* | 1 | |
| *bromocriptine oral tablet 2.5 mg* | 1 | |
| *carbidopa oral tablet 25 mg* | 1 | |
| *carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg* | 1 | |
| *carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg* | 1 | |
| *carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg* | 1 | |
| *entacapone oral tablet 200 mg* | 1 | |
| NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR | 3 | |
| *pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg* | 1 | |
| *pramipexole oral tablet extended release 24 hr 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg* | 1 | |
| *rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg* | 1 | |
| *ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg* | 1 | |
| *ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg* | 1 | |
| *selegiline hcl oral capsule 5 mg* | 1 | |
| *selegiline hcl oral tablet 5 mg* | 1 | |
| *trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg* | 2 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| ***ANALGÉSICOS NO OPIOIDES*** | | |
| *buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg* | 1 | |
| *buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg* | 1 | |
| *butorphanol nasal spray,non-aerosol 10 mg/ml* | 1 | QL (10 ML per 28 days) |
| *celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg* | 1 | |
| *diclofenac potassium oral tablet 50 mg* | 1 | |
| *diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg* | 1 | |
| *diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 25 mg, 50 mg, 75 mg* | 1 | |
| *diclofenac sodium topical drops 1.5 %* | 1 | QL (300 ML per 28 days) |
| *diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg* | 1 | |
| *diflunisal oral tablet 500 mg* | 1 | |
| *etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg* | 1 | |
| *etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg* | 1 | |
| *etodolac oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 500 mg, 600 mg* | 1 | |
| *flurbiprofen oral tablet 100 mg* | 1 | |
| *ibu oral tablet 600 mg, 800 mg* | 1 | |
| *ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg* | 1 | |
| JOURNAVX ORAL TABLET 50 MG | 2 | QL (30 EA per 90 days) |
| KLOXXADO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION | 3 | |
| *meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg* | 1 | |
| *nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg* | 1 | |
| *naloxone injection solution 0.4 mg/ml* | 1 | |
| *naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml* | 1 | |
| *naltrexone oral tablet 50 mg* | 1 | |
| *naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg* | 1 | |
| *naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg* | 1 | |
| *naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg* | 1 | |
| *oxaprozin oral tablet 600 mg* | 1 | |
| *piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg* | 1 | |
| *sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg* | 1 | |
| *tramadol oral tablet 50 mg* | 1 | QL (240 EA per 30 days) |
| *tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg* | 1 | QL (240 EA per 30 days) |
| ***ANALGÉSICOS OPIOIDES*** | | |
| *acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml* | 1 | QL (2700 ML per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg* | 1 | QL (360 EA per 30 days) |
| *acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg* | 1 | QL (180 EA per 30 days) |
| *buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg* | 1 | |
| *fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr* | 3 | PA; QL (10 EA per 30 days) |
| *hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml* | 3 | QL (2700 ML per 30 days) |
| *hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg* | 3 | QL (180 EA per 30 days) |
| *hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg* | 3 | QL (240 EA per 30 days) |
| *hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg* | 3 | QL (50 EA per 30 days) |
| *hydromorphone oral liquid 1 mg/ml* | 1 | QL (600 ML per 30 days) |
| *hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg* | 1 | QL (180 EA per 30 days) |
| *methadone oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml* | 1 | PA; QL (450 ML per 30 days) |
| *methadone oral tablet 10 mg, 5 mg* | 1 | PA; QL (90 EA per 30 days) |
| *morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)* | 1 | QL (180 ML per 30 days) |
| *morphine oral solution 10 mg/5 ml (2 mg/ml), 20 mg/5 ml (4 mg/ml)* | 1 | QL (900 ML per 30 days) |
| *morphine oral tablet 15 mg, 30 mg* | 1 | QL (180 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *morphine oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg* | 1 | PA; QL (90 EA per 30 days) |
| *oxycodone oral capsule 5 mg* | 1 | QL (180 EA per 30 days) |
| *oxycodone oral concentrate 20 mg/ml* | 1 | QL (180 ML per 30 days) |
| *oxycodone oral solution 5 mg/5 ml* | 1 | QL (900 ML per 30 days) |
| *oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg* | 1 | QL (180 EA per 30 days) |
| *oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg* | 3 | QL (180 EA per 30 days) |
| *oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg* | 3 | QL (360 EA per 30 days) |
| *oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg* | 3 | QL (240 EA per 30 days) |
| ***ANTICONVULSIVOS*** | | |
| *brivaracetam oral solution 10 mg/ml* | 5^ | QL (600 ML per 30 days) |
| *brivaracetam oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg* | 5^ | QL (60 EA per 30 days) |
| *carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg* | 1 | |
| *carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml* | 1 | |
| *carbamazepine oral tablet 200 mg* | 1 | |
| *carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg* | 1 | |
| *carbamazepine oral tablet,chewable 100 mg* | 1 | |
| *clobazam oral suspension 2.5 mg/ml* | 3 | PA-NS; QL (480 ML per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg* | 3 | PA-NS; QL (60 EA per 30 days) |
| *clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg* | 1 | QL (90 EA per 30 days) |
| *clonazepam oral tablet 2 mg* | 1 | QL (300 EA per 30 days) |
| *clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg* | 1 | QL (90 EA per 30 days) |
| *clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg* | 1 | QL (300 EA per 30 days) |
| DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (360 EA per 30 days) |
| DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days) |
| DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (360 EA per 30 days) |
| DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG | 5^ | PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days) |
| *diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg* | 3 | |
| DILANTIN EXTENDED ORAL CAPSULE 100 MG | 3 | |
| DILANTIN INFATABS ORAL TABLET,CHEWABLE 50 MG | 3 | |
| DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG | 3 | |
| DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION 125 MG/5 ML | 3 | |
| *divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg* | 1 | |
| *divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg* | 1 | |
| EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML | 5^ | PA-NS; LA |
| *eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg* | 3 | QL (60 EA per 30 days) |
| *eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg* | 5^ | QL (60 EA per 30 days) |
| *ethosuximide oral capsule 250 mg* | 1 | |
| *ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml* | 1 | |
| *felbamate oral suspension 600 mg/5 ml* | 3 | |
| *felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg* | 1 | |
| FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML | 5^ | PA-NS; LA; QL (360 ML per 30 days) |
| *gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg* | 1 | QL (270 EA per 30 days) |
| *gabapentin oral capsule 300 mg* | 1 | QL (360 EA per 30 days) |
| *gabapentin oral solution 250 mg/5 ml* | 1 | QL (2160 ML per 30 days) |
| *gabapentin oral tablet 600 mg* | 1 | QL (180 EA per 30 days) |
| *gabapentin oral tablet 800 mg* | 1 | QL (120 EA per 30 days) |
| *gabapentin oral tablet extended release 24 hr 300 mg* | 3 | PA; QL (180 EA per 30 days) |
| *gabapentin oral tablet extended release 24 hr 600 mg* | 3 | PA; QL (90 EA per 30 days) |
| *lacosamide oral solution 10 mg/ml* | 1 | QL (1200 ML per 30 days) |
| *lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |
| *lacosamide oral tablet 50 mg* | 1 | QL (120 EA per 30 days) |
| *lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg* | 1 | |
| *lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg* | 1 | |
| *lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg* | 1 | |
| *levetiracetam oral solution 100 mg/ml* | 1 | |
| *levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg* | 1 | |
| *levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg* | 1 | |
| LEVETIRACETAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG | 3 | |
| *methsuximide oral capsule 300 mg* | 3 | |
| NAYZILAM NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML) | 3 | PA-NS; QL (10 EA per 30 days) |
| *oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)* | 1 | |
| *oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg* | 1 | |
| *perampanel oral suspension 0.5 mg/ml* | 5^ | QL (680 ML per 28 days) |
| *perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg* | 3 | QL (30 EA per 30 days) |
| *phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)* | 3 | PA-NS |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg* | 1 | PA-NS |
| *phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml* | 1 | |
| *phenytoin oral tablet,chewable 50 mg* | 1 | |
| *phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg* | 1 | |
| *pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg* | 3 | QL (90 EA per 30 days) |
| *pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg* | 3 | QL (60 EA per 30 days) |
| *pregabalin oral solution 20 mg/ml* | 3 | QL (900 ML per 30 days) |
| PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG | 3 | |
| *primidone oral tablet 250 mg, 50 mg* | 1 | |
| *roweepra oral tablet 500 mg* | 1 | |
| *rufinamide oral suspension 40 mg/ml* | 5^ | PA-NS; QL (2760 ML per 30 days) |
| *rufinamide oral tablet 200 mg* | 1 | PA-NS; QL (480 EA per 30 days) |
| *rufinamide oral tablet 400 mg* | 5^ | PA-NS; QL (240 EA per 30 days) |
| SUBVENITE ORAL SUSPENSION 10 MG/ML | 5^ | |
| SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG | 5^ | PA-NS; QL (60 EA per 30 days) |
| SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG | 3 | PA-NS; QL (60 EA per 30 days) |
| *tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg* | 1 | |
| *topiramate oral solution 25 mg/ml* | 2 | PA-NS |
| *topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg* | 1 | |
| *valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml* | 1 | |
| *valproic acid oral capsule 250 mg* | 1 | |
| VALTOCO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) | 3 | PA-NS; QL (10 EA per 30 days) |
| *vigabatrin oral powder in packet 500 mg* | 5^ | PA-NS; LA; QL (150 EA per 25 days) |
| *vigabatrin oral tablet 500 mg* | 5^ | PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days) |
| *vigadrone oral powder in packet 500 mg* | 5^ | PA-NS; LA; QL (150 EA per 25 days) |
| *vigadrone oral tablet 500 mg* | 5^ | PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days) |
| XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) | 5^ | QL (56 EA per 28 days) |
| XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG | 5^ | QL (30 EA per 30 days) |
| XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG | 5^ | QL (60 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14) | 3 | QL (28 EA per 180 days) |
| XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) | 5^ | QL (28 EA per 180 days) |
| ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML | 5^ | PA-NS |
| *zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg* | 1 | |
| ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML | 5^ | PA-NS; LA; QL (1100 ML per 30 days) |
| ***MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS*** | | |
| ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML | 5^ | QL (2.4 ML per 56 days) |
| ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML | 5^ | QL (3.2 ML per 56 days) |
| ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG | 5^ | QL (1 EA per 28 days) |
| ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG | 5^ | QL (1 EA per 28 days) |
| *alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg* | 3 | PA; QL (120 EA per 30 days) |
| *alprazolam oral tablet 2 mg* | 3 | PA; QL (150 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg* | 3 | |
| *amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg* | 3 | |
| *aripiprazole oral solution 1 mg/ml* | 3 | QL (900 ML per 30 days) |
| *aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg* | 3 | QL (30 EA per 30 days) |
| *aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg* | 3 | QL (60 EA per 30 days) |
| ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML | 5^ | QL (2.4 ML per 180 days) |
| ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML | 5^ | QL (3.9 ML per 56 days) |
| ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML | 5^ | QL (1.6 ML per 28 days) |
| ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML | 5^ | QL (2.4 ML per 28 days) |
| ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML | 5^ | QL (3.2 ML per 28 days) |
| *armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg* | 1 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| *armodafinil oral tablet 50 mg* | 1 | PA; QL (60 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |
| *atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |
| *atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg* | 1 | QL (30 EA per 30 days) |
| AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG | 3 | ST; QL (60 EA per 30 days) |
| BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| *bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg* | 1 | |
| *bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg* | 1 | QL (90 EA per 30 days) |
| *bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg* | 1 | QL (30 EA per 30 days) |
| *bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |
| *buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg* | 1 | |
| CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG | 5^ | QL (30 EA per 30 days) |
| *chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml* | 3 | |
| *chlorpromazine oral tablet 10 mg, 50 mg* | 1 | |
| *chlorpromazine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg* | 3 | |
| *citalopram oral solution 10 mg/5 ml* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg* | 1 | |
| *clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg* | 3 | PA-NS |
| *clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg* | 3 | PA-NS; QL (180 EA per 30 days) |
| *clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg* | 3 | PA-NS; QL (90 EA per 30 days) |
| *clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg* | 3 | PA-NS; QL (360 EA per 30 days) |
| *clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg* | 1 | |
| *clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg* | 3 | |
| COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG | 5^ | QL (60 EA per 30 days) |
| COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG | 5^ | QL (56 EA per 180 days) |
| *desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg* | 3 | |
| *desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg* | 1 | QL (30 EA per 30 days) |
| *dexmethylphenidate oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg, 5 mg* | 1 | QL (30 EA per 30 days) |
| *dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 15 mg, 5 mg* | 3 | QL (120 EA per 30 days) |
| *dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg* | 1 | QL (180 EA per 30 days) |
| *dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg* | 1 | QL (120 EA per 30 days) |
| *dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg* | 1 | QL (90 EA per 30 days) |
| *dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |
| *dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg* | 1 | QL (30 EA per 30 days) |
| *dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |
| *dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 20 mg* | 1 | QL (90 EA per 30 days) |
| *diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml* | 3 | PA-NS; QL (240 ML per 30 days) |
| *diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)* | 3 | PA-NS; QL (1200 ML per 30 days) |
| *diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg* | 3 | PA-NS; QL (120 EA per 30 days) |
| *doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg* | 3 | |
| *doxepin oral concentrate 10 mg/ml* | 3 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg* | 3 | QL (30 EA per 30 days) |
| DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG | 3 | QL (60 EA per 30 days) |
| *duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |
| EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR | 5^ | QL (30 EA per 30 days) |
| *escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml* | 1 | |
| *escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg* | 1 | |
| EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG | 5^ | ST; QL (30 EA per 30 days) |
| EXXUA ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 18.2 MG (32 TABS) | 5^ | ST; QL (32 EA per 180 days) |
| FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG | 3 | ST; QL (60 EA per 30 days) |
| FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)-4MG(2)-6MG(2) | 3 | ST; QL (8 EA per 180 days) |
| FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2) | 3 | ST; QL (12 EA per 180 days) |
| FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2) | 3 | ST; QL (8 EA per 180 days) |
| FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26) | 2 | QL (28 EA per 180 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| *fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg* | 1 | |
| *fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)* | 1 | |
| *fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml* | 1 | |
| *fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml* | 1 | |
| *fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml* | 1 | |
| *fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml* | 1 | |
| *fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg* | 1 | |
| *fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg* | 1 | |
| *guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 4 mg* | 3 | QL (30 EA per 30 days) |
| *guanfacine oral tablet extended release 24 hr 3 mg* | 3 | QL (60 EA per 30 days) |
| *haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)* | 1 | |
| *haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml* | 1 | |
| *haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml* | 1 | |
| *haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg* | 1 | |
| INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML | 5^ | QL (3.5 ML per 180 days) |
| INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML | 5^ | QL (5 ML per 180 days) |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML | 5^ | QL (0.75 ML per 28 days) |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML | 5^ | QL (1 ML per 28 days) |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML | 5^ | QL (1.5 ML per 28 days) |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML | 2 | QL (0.25 ML per 28 days) |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML | 5^ | QL (0.5 ML per 28 days) |
| INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML | 5^ | QL (0.88 ML per 90 days) |
| INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML | 5^ | QL (1.32 ML per 90 days) |
| INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML | 5^ | QL (1.75 ML per 90 days) |
| INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML | 5^ | QL (2.63 ML per 90 days) |
| *lisdexamfetamine oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg* | 3 | QL (30 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *lisdexamfetamine oral tablet,chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg* | 3 | QL (30 EA per 30 days) |
| *lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg* | 1 | |
| *lithium carbonate oral tablet 300 mg* | 1 | |
| *lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg* | 1 | |
| *lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml* | 1 | |
| *lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml* | 1 | PA; QL (150 ML per 30 days) |
| *lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg* | 1 | PA; QL (150 EA per 30 days) |
| *loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg* | 1 | |
| *lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg* | 3 | QL (30 EA per 30 days) |
| *lurasidone oral tablet 80 mg* | 3 | QL (60 EA per 30 days) |
| LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG | 5^ | QL (30 EA per 30 days) |
| MARPLAN ORAL TABLET 10 MG | 3 | |
| *methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml* | 1 | QL (900 ML per 30 days) |
| *methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5 ml* | 1 | QL (1800 ML per 30 days) |
| *methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg* | 1 | QL (90 EA per 30 days) |
| *methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg* | 1 | QL (90 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 18 mg (bx rating), 27 mg, 36 mg, 54 mg* | 1 | QL (30 EA per 30 days) |
| *methylphenidate hcl oral tablet,chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg* | 1 | QL (180 EA per 30 days) |
| *mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg* | 1 | |
| *mirtazapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg* | 1 | |
| *modafinil oral tablet 100 mg* | 1 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| *modafinil oral tablet 200 mg* | 1 | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| *molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg* | 1 | |
| *nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg* | 3 | |
| *nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg* | 1 | |
| *nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml* | 3 | |
| NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG | 5^ | PA-NS; QL (30 EA per 30 days) |
| *olanzapine intramuscular recon soln 10 mg* | 1 | QL (3 EA per 1 day) |
| *olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |
| *olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg* | 1 | QL (30 EA per 30 days) |
| *olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg* | 3 | QL (60 EA per 30 days) |
| *olanzapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 20 mg, 5 mg* | 3 | QL (30 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| OPIPZA ORAL FILM 10 MG | 3 | QL (90 EA per 30 days) |
| OPIPZA ORAL FILM 2 MG | 3 | QL (30 EA per 30 days) |
| OPIPZA ORAL FILM 5 MG | 3 | QL (180 EA per 30 days) |
| *paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg* | 3 | QL (30 EA per 30 days) |
| *paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg* | 3 | QL (60 EA per 30 days) |
| *paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml* | 3 | QL (900 ML per 30 days) |
| *paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg* | 3 | QL (30 EA per 30 days) |
| *paroxetine hcl oral tablet 30 mg* | 3 | QL (60 EA per 30 days) |
| *paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg* | 3 | QL (60 EA per 30 days) |
| *perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg* | 1 | |
| *phenelzine oral tablet 15 mg* | 1 | |
| *pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg* | 1 | |
| *protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg* | 3 | |
| *quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg* | 1 | |
| QUETIAPINE ORAL TABLET 150 MG | 1 | |
| *quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg* | 1 | QL (30 EA per 30 days) |
| *quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |
| RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML | 3 | ST |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG | 5^ | QL (30 EA per 30 days) |
| *risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml* | 3 | QL (2 EA per 28 days) |
| *risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml* | 5^ | QL (2 EA per 28 days) |
| *risperidone oral solution 1 mg/ml* | 1 | |
| *risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg* | 1 | |
| *risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |
| *risperidone oral tablet,disintegrating 4 mg* | 1 | QL (120 EA per 30 days) |
| SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR | 5^ | QL (30 EA per 30 days) |
| *sertraline oral concentrate 20 mg/ml* | 1 | |
| *sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg* | 1 | |
| *sodium oxybate oral solution 500 mg/ml* | 5^ | PA; LA; QL (540 ML per 30 days) |
| *temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg, 7.5 mg* | 3 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| *thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg* | 1 | |
| *thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *tranylcypromine oral tablet 10 mg* | 1 | |
| *trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg* | 1 | |
| *trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg* | 1 | |
| *trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg* | 3 | |
| TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG | 3 | QL (30 EA per 30 days) |
| *venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg* | 1 | |
| *venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg* | 1 | |
| VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML | 5^ | PA-NS; QL (600 ML per 30 days) |
| *vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg* | 1 | QL (30 EA per 30 days) |
| VRAYLAR ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| *ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |
| *ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)* | 1 | |
| *zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg* | 1 | QL (30 EA per 30 days) |
| ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG | 5^ | PA-NS; QL (28 EA per 365 days) |
| ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG | 5^ | PA-NS; QL (14 EA per 365 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| ***PRODUCTOS DIVERSOS PARA EL TRATAMIENTO NEUROLÓGICO*** | | |
| AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG | 5^ | PA; QL (120 EA per 30 days) |
| AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG | 5^ | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG | 5^ | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG | 5^ | PA; QL (28 EA per 180 days) |
| *dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg* | 1 | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| *dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg* | 3 | PA; QL (56 EA per 28 days) |
| *dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)* | 3 | PA; QL (120 EA per 180 days) |
| *dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg* | 3 | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| *donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg* | 1 | |
| *donepezil oral tablet 23 mg* | 3 | QL (30 EA per 30 days) |
| *donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg* | 1 | |
| *fingolimod oral capsule 0.5 mg* | 5^ | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| *galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg* | 1 | QL (30 EA per 30 days) |
| *galantamine oral solution 4 mg/ml* | 1 | QL (200 ML per 30 days) |
| *galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml* | 5^ | PA; QL (30 ML per 30 days) |
| *glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml* | 5^ | PA; QL (12 ML per 28 days) |
| *glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml* | 5^ | PA; QL (30 ML per 30 days) |
| *glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml* | 5^ | PA; QL (12 ML per 28 days) |
| INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) | 5^ | PA; LA; QL (28 EA per 180 days) |
| INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG | 5^ | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| LEQEMBI IQLIK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 360 MG/1.8 ML | 5^ | PA |
| *memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg* | 1 | PA |
| *memantine oral solution 2 mg/ml* | 1 | PA |
| *memantine oral tablet 10 mg, 5 mg* | 1 | PA |
| NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG | 2 | |
| NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG | 2 | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| *rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |
| *rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour* | 1 | QL (30 EA per 30 days) |
| *teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg* | 5^ | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| *tetrabenazine oral tablet 12.5 mg* | 3 | PA; QL (240 EA per 30 days) |
| *tetrabenazine oral tablet 25 mg* | 5^ | PA; QL (120 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| ***RELAJANTES MUSCULARES/TRATAMIENTO ANTIESPASMÓDICO*** | | |
| *baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg* | 1 | |
| *cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg* | 3 | PA |
| *dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg* | 1 | |
| *pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg* | 1 | |
| *tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg* | 1 | |
| ***TRATAMIENTO PARA LA MIGRAÑA/CEFALEA EN BROTES*** | | |
| AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML | 2 | PA; QL (1 ML per 30 days) |
| *dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)* | 3 | QL (8 ML per 28 days) |
| EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML | 2 | PA; QL (2 ML per 30 days) |
| EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML | 2 | PA; QL (2 ML per 30 days) |
| *ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg* | 1 | QL (40 EA per 28 days) |
| *naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg* | 1 | QL (18 EA per 28 days) |
| NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG | 2 | PA; QL (16 EA per 30 days) |
| *rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg* | 1 | QL (12 EA per 28 days) |
| *rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg* | 1 | QL (12 EA per 28 days) |
| *sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation* | 1 | QL (18 EA per 28 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg* | 1 | QL (18 EA per 28 days) |
| *sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml* | 1 | QL (8 ML per 28 days) |
| *sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml* | 1 | QL (8 ML per 28 days) |
| *zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg* | 1 | QL (18 EA per 28 days) |
| *zolmitriptan oral tablet,disintegrating 2.5 mg, 5 mg* | 1 | QL (18 EA per 28 days) |
| **MEDICAMENTOS PARA EL OÍDO, LA NARIZ/LA GARGANTA** | | |
| ***AGENTES VARIOS*** | | |
| *azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)* | 1 | QL (60 ML per 30 days) |
| *chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %* | 1 | |
| *ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)* | 1 | QL (30 ML per 28 days) |
| *ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)* | 1 | QL (30 ML per 20 days) |
| *kourzeq dental paste 0.1 %* | 2 | |
| *olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %* | 1 | |
| *periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %* | 1 | |
| *triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %* | 2 | |

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| ***CORTICOIDE/ANTIBIÓTICO ÓTICO*** | | |
| *ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %* | 3 | QL (7.5 ML per 7 days) |
| *neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%* | 1 | |
| *neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%* | 1 | |
| ***PREPARACIONES ÓTICAS DIVERSAS*** | | |
| *acetic acid otic (ear) solution 2 %* | 1 | |
| *fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %* | 1 | |
| *ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %* | 1 | |
| **MEDICAMENTOS UROLÓGICOS** | | |
| ***ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS*** | | |
| *mirabegron oral tablet extended release 24 hr 25 mg, 50 mg* | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| *oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml* | 1 | QL (600 ML per 30 days) |
| *oxybutynin chloride oral tablet 5 mg* | 1 | QL (120 EA per 30 days) |
| *oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg* | 3 | QL (60 EA per 30 days) |
| *oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 5 mg* | 3 | QL (30 EA per 30 days) |
| *solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg* | 3 | QL (30 EA per 30 days) |
| *tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg* | 3 | QL (30 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg* | 3 | QL (60 EA per 30 days) |
| *trospium oral capsule,extended release 24hr 60 mg* | 3 | QL (30 EA per 30 days) |
| *trospium oral tablet 20 mg* | 3 | QL (60 EA per 30 days) |
| ***MEDICAMENTOS UROLÓGICOS DIVERSOS*** | | |
| *bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg* | 1 | |
| CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG | 3 | PA; LA |
| ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG | 3 | |
| *potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)* | 1 | |
| *sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg* | 1 | NT; QL (6 EA per 30 days) |
| *tadalafil oral tablet 2.5 mg* | 3 | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| *tadalafil oral tablet 5 mg* | 3 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| *vardenafil oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg* | 1 | NT; QL (6 EA per 30 days) |
| ***TRATAMIENTO PARA LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (BPH)*** | | |
| *alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg* | 1 | |
| *dutasteride oral capsule 0.5 mg* | 1 | |
| *dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg* | 1 | |
| *finasteride oral tablet 5 mg* | 1 | |
| *tamsulosin oral capsule 0.4 mg* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| **MUSCULOESQUELÉTICO/REUMATOLOGÍA** | | |
| ***OTROS MEDICAMENTOS REUMATOLÓGICOS*** | | |
| ADALIMUMAB-AATY SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML | 5^ | PA; QL (4 EA per 28 days) |
| ADALIMUMAB-AATY SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML | 5^ | PA; QL (2 EA per 28 days) |
| ADALIMUMAB-AATY SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML | 5^ | PA; QL (2 EA per 28 days) |
| ADALIMUMAB-AATY SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML | 5^ | PA; QL (4 EA per 28 days) |
| ADALIMUMAB-AATY(CF) AI CROHNS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML | 5^ | PA; QL (3 EA per 180 days) |
| ADALIMUMAB-ADBM SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML | 5^ | PA; QL (4 EA per 28 days) |
| ADALIMUMAB-ADBM SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML | 5^ | PA; QL (4 EA per 28 days) |
| AVTOZMA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML | 5^ | PA; QL (3.6 ML per 28 days) |
| AVTOZMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML | 5^ | PA; QL (3.6 ML per 28 days) |
| BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML | 5^ | PA; QL (8 ML per 28 days) |
| BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML | 5^ | PA; QL (8 ML per 28 days) |

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML) | 5^ | PA; QL (8 ML per 28 days) |
| ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML | 5^ | PA; QL (8 ML per 28 days) |
| ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) | 5^ | PA; QL (8 ML per 28 days) |
| ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) | 5^ | PA; QL (8 ML per 28 days) |
| *leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg* | 1 | QL (30 EA per 30 days) |
| *milnacipran oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg* | 2 | QL (60 EA per 30 days) |
| OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG | 5^ | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47) | 5^ | PA; QL (55 EA per 180 days) |
| OTEZLA XR INITIATION ORAL TABLET AND TABLET ER DOSE PACK 10-20-30-75 MG | 5^ | PA; QL (41 EA per 180 days) |
| OTEZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 75 MG | 5^ | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| *penicillamine oral tablet 250 mg* | 5^ | PA |
| RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML | 5^ | PA; QL (360 ML per 30 days) |
| RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG | 5^ | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG | 5^ | PA; QL (84 EA per 180 days) |
| *tofacitinib oral solution 1 mg/ml* | 5^ | PA; QL (480 ML per 30 days) |
| *tofacitinib oral tablet 10 mg, 5 mg* | 5^ | PA; QL (60 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *tofacitinib oral tablet extended release 24 hr 11 mg, 22 mg* | 5^ | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML | 5^ | PA; QL (3.6 ML per 28 days) |
| TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML | 5^ | PA; QL (3.6 ML per 28 days) |
| ***TRATAMIENTO PARA LA GOTA*** | | |
| *allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg* | 1 | |
| *colchicine oral capsule 0.6 mg* | 3 | QL (120 EA per 30 days) |
| *colchicine oral tablet 0.6 mg* | 3 | QL (120 EA per 30 days) |
| *febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg* | 1 | |
| *probenecid oral tablet 500 mg* | 1 | |
| *probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg* | 1 | |
| ***TRATAMIENTO PARA LA OSTEOPOROSIS*** | | |
| *alendronate oral solution 70 mg/75 ml* | 1 | QL (300 ML per 28 days) |
| *alendronate oral tablet 10 mg* | 1 | QL (30 EA per 30 days) |
| *alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg* | 1 | QL (4 EA per 28 days) |
| BONSITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML) | 5^ | PA; QL (2.24 ML per 28 days) |
| CONEXXENCE SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML | 3 | QL (1 ML per 180 days) |
| *ibandronate oral tablet 150 mg* | 1 | QL (1 EA per 30 days) |
| *raloxifene oral tablet 60 mg* | 1 | |
| *risedronate oral tablet 150 mg* | 1 | QL (1 EA per 30 days) |
| *risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)* | 1 | QL (4 EA per 28 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *risedronate oral tablet 5 mg* | 1 | QL (30 EA per 30 days) |
| *risedronate oral tablet,delayed release (dr/ec) 35 mg* | 1 | QL (4 EA per 28 days) |
| STOBOCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML | 3 | QL (1 ML per 180 days) |
| *teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)* | 5^ | PA; Only Teriparatide NDC 47781065289 is covered; QL (2.24 ML per 28 days) |
| **OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA** | | |
| ***ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS*** | | |
| *altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg* | 1 | |
| *alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg* | 1 | |
| *apri oral tablet 0.15-0.03 mg* | 1 | |
| *aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg* | 1 | |
| *ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)* | 1 | |
| *aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg* | 1 | |
| *aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg* | 1 | |
| *azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5* | 1 | |
| *balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg* | 1 | |
| *blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)* | 1 | |
| *blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)* | 1 | |

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg* | 1 | |
| *camrese lo oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)* | 1 | |
| *cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg* | 1 | |
| *cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg* | 1 | |
| *dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)* | 1 | |
| *drospirenone-e.estradiol-lm.fa oral tablet 3-0.02-0.451 mg (24) (4)* | 1 | |
| *drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg* | 1 | |
| *enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg* | 1 | |
| *estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg* | 1 | |
| *falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg* | 1 | |
| *feirza oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)* | 1 | |
| *finzala oral tablet,chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)* | 1 | |
| *galbriela oral tablet,chewable 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)* | 1 | |
| *hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)* | 1 | |
| *hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)* | 1 | |
| *iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)* | 1 | |
| *introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg* | 1 | |
| *jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)* | 1 | |
| *jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg* | 1 | |
| *juleber oral tablet 0.15-0.03 mg* | 1 | |
| *junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg* | 1 | |
| *junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg* | 1 | |
| *junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)* | 1 | |
| *junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)* | 1 | |
| *junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)* | 1 | |
| *kaitlib fe oral tablet,chewable 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)* | 1 | |
| *kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5* | 1 | |
| *kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg* | 1 | |
| *kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg* | 1 | |
| *l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)* | 1 | |
| *larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg* | 1 | |
| *larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg* | 1 | |
| *larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)* | 1 | |
| *lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg* | 1 | |
| *levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)* | 1 | |
| *levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 90-20 mcg (28)* | 1 | |
| *levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)* | 1 | |
| *levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)* | 1 | |
| *lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)* | 1 | |
| *loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg* | 1 | |
| *luizza oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg* | 1 | |
| *marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg* | 1 | |
| *mibelas 24 fe oral tablet,chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)* | 1 | |
| *microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg* | 1 | |
| *microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg* | 1 | |
| *microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)* | 1 | |
| *mili oral tablet 0.25-0.035 mg* | 1 | |
| *necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg* | 1 | |
| *nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg* | 1 | |
| *norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg* | 1 | |
| *norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet,chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)* | 1 | |
| *norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg, 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28), 0.25-0.035 mg* | 1 | |
| *nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg* | 1 | |
| *nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)* | 1 | |
| *nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg* | 1 | |
| *nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg* | 1 | |
| *nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg* | 1 | |
| *nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg* | 1 | |
| *pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5* | 1 | |
| *portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg* | 1 | |
| *reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *rivelsa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg* | 1 | |
| *rosyrah oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg* | 1 | |
| *setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)* | 1 | |
| *sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg* | 1 | |
| *syeda oral tablet 3-0.03 mg* | 1 | |
| *tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)* | 1 | |
| *tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)* | 1 | |
| *tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)* | 1 | |
| *tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)* | 1 | |
| *tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)* | 1 | |
| *tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg* | 1 | |
| *tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg* | 1 | |
| *tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)* | 1 | |
| *tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg* | 1 | |
| *tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)* | 1 | |
| *turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg* | 1 | |
| *valtya oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg* | 1 | |
| *velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg* | 1 | |
| *vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg* | 1 | |
| *vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg* | 1 | |
| *viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5* | 1 | |
| *vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg* | 1 | |
| *vylibra oral tablet 0.25-0.035 mg* | 1 | |
| *wymzya fe oral tablet,chewable 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7)* | 1 | |
| *xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)* | 1 | |
| *xelria fe oral tablet,chewable 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7)* | 1 | |
| *zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg* | 1 | |
| ***ESTRÓGENOS/PROGESTERONA*** | | |
| *abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg* | 3 | |
| *abigale oral tablet 1-0.5 mg* | 3 | |
| *camila oral tablet 0.35 mg* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *deblitane oral tablet 0.35 mg* | 1 | |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML | 2 | |
| *dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr* | 3 | QL (8 EA per 28 days) |
| *errin oral tablet 0.35 mg* | 1 | |
| *estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg* | 1 | |
| *estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr* | 3 | QL (8 EA per 28 days) |
| *estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr* | 3 | QL (4 EA per 28 days) |
| *estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)* | 3 | |
| *estradiol vaginal tablet 10 mcg* | 1 | |
| *estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml* | 1 | |
| *estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg* | 3 | |
| *fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg* | 3 | |
| *gallifrey oral tablet 5 mg* | 1 | |
| *heather oral tablet 0.35 mg* | 1 | |
| *incassia oral tablet 0.35 mg* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg* | 3 | |
| *lyleq oral tablet 0.35 mg* | 1 | |
| *lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr* | 3 | QL (8 EA per 28 days) |
| *lyza oral tablet 0.35 mg* | 1 | |
| *medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml* | 1 | |
| *medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml* | 1 | |
| *medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg* | 1 | |
| *meleya oral tablet 0.35 mg* | 1 | |
| *mimvey oral tablet 1-0.5 mg* | 3 | |
| *nora-be oral tablet 0.35 mg* | 1 | |
| *norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg* | 1 | |
| *norethindrone acetate oral tablet 5 mg* | 1 | |
| *norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg* | 3 | |
| *orquidea oral tablet 0.35 mg* | 1 | |
| PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM | 2 | |
| *progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg* | 1 | |
| *sharobel oral tablet 0.35 mg* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *yuvafem vaginal tablet 10 mcg* | 1 | |
| ***PRODUCTOS DE OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA DIVERSOS*** | | |
| *clindamycin phosphate vaginal cream 2 %* | 3 | |
| *eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr* | 1 | |
| *enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr* | 1 | |
| *etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr* | 1 | |
| LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG | 2 | |
| *metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)* | 1 | |
| NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG | 2 | |
| *norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr* | 1 | |
| *terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %* | 1 | |
| *terconazole vaginal suppository 80 mg* | 3 | |
| *tranexamic acid oral tablet 650 mg* | 1 | |
| *xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr* | 1 | |
| *zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr* | 1 | |
| **OFTALMOLOGÍA** | | |
| ***ANTIBIÓTICOS*** | | |
| *bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %* | 1 | |
| *erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)* | 1 | |
| *gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %* | 1 | |
| *gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %* | 1 | |
| *moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %* | 1 | |
| NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % | 3 | |
| *neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g* | 1 | |
| *neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml* | 1 | |
| *ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %* | 1 | |
| *polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml* | 1 | |
| *tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %* | 1 | |
| ***ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS*** | | |
| *bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %, 0.09 %* | 3 | |
| *diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %* | 1 | |
| *flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %* | 1 | |
| *ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %, 0.5 %* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 % | 2 | |
| ***ANTIVIRALES*** | | |
| *trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %* | 1 | |
| ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 % | 3 | |
| ***BLOQUEADORES BETA*** | | |
| *betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %* | 1 | |
| *carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %* | 1 | |
| *levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %* | 1 | |
| *timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %* | 1 | |
| *timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %* | 1 | |
| ***COMBINACIONES DE ESTEROIDES Y ANTIBIÓTICOS*** | | |
| *neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%* | 1 | |
| *neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %* | 1 | |
| *neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %* | 1 | |
| *neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml* | 1 | |
| TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 % | 2 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %* | 3 | |
| ***ESTEROIDES*** | | |
| *dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %* | 3 | |
| *difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %* | 3 | |
| *fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %* | 1 | |
| *loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %* | 3 | |
| *prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %* | 1 | |
| *prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %* | 3 | |
| ***MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA*** | | |
| *acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg* | 1 | |
| *acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg* | 1 | |
| *methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg* | 1 | |
| ***OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA*** | | |
| *bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.01 %* | 2 | |
| *brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %* | 1 | |
| COMBIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-0.5 % | 2 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %* | 1 | |
| *dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml* | 1 | |
| *latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %* | 1 | |
| RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 % | 2 | |
| ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 % | 2 | |
| *travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %* | 1 | |
| VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 % | 3 | |
| ***PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS DIVERSOS*** | | |
| *atropine ophthalmic (eye) drops 1 %* | 1 | |
| *azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %* | 1 | |
| *cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %* | 1 | |
| *cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %* | 2 | QL (60 EA per 30 days) |
| CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 % | 5^ | PA |
| *pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %* | 1 | |
| *sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %* | 1 | |
| *sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)* | 1 | |
| XDEMVY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 % | 5^ | PA; QL (10 ML per 42 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| ***SIMPATICOMIMÉTICOS*** | | |
| ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 % | 2 | |
| *apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %* | 3 | |
| *brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %, 0.2 %* | 1 | |
| **SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES** | | |
| ***AGENTES ANTITIROIDEOS*** | | |
| *methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg* | 1 | |
| *propylthiouracil oral tablet 50 mg* | 1 | |
| ***HORMONAS DE LA TIROIDE*** | | |
| *levothyroxine 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* | 1 | |
| *levoxyl oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg* | 1 | |
| *liomny oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg* | 1 | |
| *liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg* | 1 | |
| SYNTHROID 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 | 2 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *unithroid 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* | 1 | |
| ***HORMONAS SUPRARRENALES*** | | |
| *dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml* | 1 | |
| *dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg* | 1 | |
| *fludrocortisone oral tablet 0.1 mg* | 1 | |
| *hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg* | 1 | |
| *methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg* | 1 | B/D |
| *methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg* | 1 | |
| *prednisolone oral solution 15 mg/5 ml* | 1 | |
| *prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)* | 1 | |
| *prednisone intensol oral concentrate 5 mg/ml* | 3 | |
| *prednisone oral solution 5 mg/5 ml* | 3 | |
| *prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg* | 1 | |
| *prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)* | 1 | |
| TARPEYO ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 4 MG | 5^ | PA; QL (120 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| ***HORMONAS VARIAS*** | | |
| *cabergoline oral tablet 0.5 mg* | 1 | |
| *calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation* | 1 | |
| *calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg* | 1 | |
| *calcitriol oral solution 1 mcg/ml* | 1 | |
| *cinacalcet oral tablet 30 mg* | 1 | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| *cinacalcet oral tablet 60 mg* | 3 | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| *cinacalcet oral tablet 90 mg* | 3 | PA; QL (120 EA per 30 days) |
| *danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg* | 1 | |
| *desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)* | 1 | |
| *desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg* | 1 | |
| *doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg* | 1 | |
| *mifepristone oral tablet 300 mg* | 5^ | PA |
| *paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg* | 1 | |
| *sapropterin oral powder in packet 100 mg* | 5^ | PA |
| SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG | 5^ | PA |
| *testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)* | 1 | |
| *testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml* | 1 | |
| *testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)* | 1 | PA; QL (300 GM per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)* | 1 | PA; QL (150 GM per 30 days) |
| *testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)* | 1 | PA; QL (300 GM per 30 days) |
| *tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablet 15 mg, 30 mg* | 5^ | PA |
| *tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg* | 5^ | PA |
| ***TRATAMIENTO PARA LA DIABETES*** | | |
| *acarbose oral tablet 100 mg* | 6 | QL (90 EA per 30 days) |
| *acarbose oral tablet 25 mg* | 6 | QL (360 EA per 30 days) |
| *acarbose oral tablet 50 mg* | 6 | QL (180 EA per 30 days) |
| *alcohol pads topical pads, medicated* | 1 | |
| *dapagliflozin oral tablet 10 mg, 5 mg* | 1 | QL (30 EA per 30 days) |
| *dapagliflozin-metformin oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 10-1,000 mg, 10-500 mg* | 1 | QL (30 EA per 30 days) |
| *dapagliflozin-metformin oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 5-1,000 mg, 5-500 mg* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |
| *diazoxide oral suspension 50 mg/ml* | 5^ | |
| FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG | 2 | ST; QL (30 EA per 30 days) |
| *glimepiride oral tablet 1 mg* | 6 | QL (240 EA per 30 days) |
| *glimepiride oral tablet 2 mg* | 6 | QL (120 EA per 30 days) |
| *glimepiride oral tablet 4 mg* | 6 | QL (60 EA per 30 days) |
| *glipizide oral tablet 10 mg* | 6 | QL (120 EA per 30 days) |
| *glipizide oral tablet 5 mg* | 6 | QL (240 EA per 30 days) |
| *glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg* | 6 | QL (60 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg* | 6 | QL (240 EA per 30 days) |
| *glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg* | 6 | QL (120 EA per 30 days) |
| *glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg* | 6 | QL (240 EA per 30 days) |
| *glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg* | 6 | QL (120 EA per 30 days) |
| GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML | 2 | |
| GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML | 2 | |
| GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML | 2 | |
| HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML) | 2 | |
| INSULIN GLARGINE U-300 CONC SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML), 300 UNIT/ML (3 ML) | 2 | |
| INSULIN GLARGINE-YFGN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) | 2 | |
| INSULIN GLARGINE-YFGN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML | 2 | |
| JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG | 2 | QL (30 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| KIRSTY PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) | 2 | |
| KIRSTY SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML | 2 | |
| LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) | 2 | |
| LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML | 2 | |
| *liraglutide subcutaneous pen injector 0.6 mg/0.1 ml (18 mg/3 ml)* | 2 | PA; QL (9 ML per 30 days) |
| MERILOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) | 2 | |
| MERILOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML | 2 | |
| *metformin er 1,000 mg osm-tab* | 1 | generic of Fortamet; QL (60 EA per 30 days) |
| *metformin er 500 mg osmotic tb* | 1 | generic of Fortamet; QL (120 EA per 30 days) |
| *metformin oral tablet 1,000 mg* | 6 | QL (75 EA per 30 days) |
| *metformin oral tablet 500 mg* | 6 | QL (150 EA per 30 days) |
| *metformin oral tablet 850 mg* | 6 | QL (90 EA per 30 days) |
| *metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg* | 6 | generic for Glucophage XR; QL (120 EA per 30 days) |
| *metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg* | 6 | generic for Glucophage XR; QL (60 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *metformin oral tablet extended release 24hr 1,000 mg* | 1 | (osmotic) generic of Fortamet; QL (60 EA per 30 days) |
| *metformin oral tablet extended release 24hr 500 mg* | 1 | (osmotic) generic of Fortamet; QL (120 EA per 30 days) |
| MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML | 4 | PA; QL (2 ML per 28 days) |
| *nateglinide oral tablet 120 mg* | 6 | QL (90 EA per 30 days) |
| *nateglinide oral tablet 60 mg* | 6 | QL (180 EA per 30 days) |
| NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30) | 2 | |
| NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) | 2 | |
| NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) | 2 | |
| NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML | 2 | |
| NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) | 2 | |
| NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML | 2 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30) | 2 | |
| NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) | 2 | |
| OZEMPIC ORAL TABLET 1.5 MG, 4 MG, 9 MG | 2 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) | 2 | PA; QL (3 ML per 28 days) |
| *pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| *pioglitazone-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg* | 6 | QL (30 EA per 30 days) |
| *pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg* | 6 | QL (90 EA per 30 days) |
| *repaglinide oral tablet 0.5 mg* | 6 | QL (960 EA per 30 days) |
| *repaglinide oral tablet 1 mg* | 6 | QL (480 EA per 30 days) |
| *repaglinide oral tablet 2 mg* | 6 | QL (240 EA per 30 days) |
| *saxagliptin oral tablet 2.5 mg, 5 mg* | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| *saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg* | 2 | QL (60 EA per 30 days) |
| *saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 5-1,000 mg, 5-500 mg* | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| *sitagliptin phos-metformin oral tablet 50-1,000 mg, 50-500 mg* | 2 | QL (60 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 100-1,000 mg* | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| *sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 50-1,000 mg, 50-500 mg* | 2 | QL (60 EA per 30 days) |
| SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML | 2 | QL (15 ML per 25 days) |
| SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG | 2 | QL (60 EA per 30 days) |
| SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG | 2 | QL (60 EA per 30 days) |
| TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG | 2 | QL (60 EA per 30 days) |
| TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML | 2 | PA; QL (2 ML per 28 days) |
| XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG | 2 | QL (60 EA per 30 days) |
| **SUMINISTROS VARIOS** | | |
| ***SUMINISTROS VARIOS*** | | |
| ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | 1 | |
| GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " | 2 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE | 1 | BD or Embecta preferred |
| PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" | 1 | BD or Embecta preferred |
| **TRATAMIENTOS DERMATOLÓGICOS/TÓPICOS** | | |
| ***ANTIBACTERIANOS TÓPICOS*** | | |
| *gentamicin topical cream 0.1 %* | 1 | QL (60 GM per 30 days) |
| *gentamicin topical ointment 0.1 %* | 3 | QL (60 GM per 30 days) |
| *mupirocin topical ointment 2 %* | 1 | QL (44 GM per 30 days) |
| *sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %* | 3 | |
| ***ANTIFÚNGICOS TÓPICOS*** | | |
| *ciclopirox topical cream 0.77 %* | 1 | QL (90 GM per 28 days) |
| *ciclopirox topical gel 0.77 %* | 1 | QL (100 GM per 28 days) |
| *ciclopirox topical suspension 0.77 %* | 3 | QL (60 ML per 28 days) |
| *clotrimazole topical cream 1 %* | 1 | QL (45 GM per 28 days) |
| *clotrimazole topical solution 1 %* | 1 | QL (30 ML per 28 days) |
| *clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %* | 3 | QL (45 GM per 28 days) |
| *clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %* | 3 | QL (60 ML per 28 days) |
| *ketoconazole topical cream 2 %* | 1 | QL (60 GM per 28 days) |
| *ketoconazole topical shampoo 2 %* | 1 | QL (120 ML per 28 days) |
| *naftifine topical cream 1 %* | 3 | QL (90 GM per 28 days) |

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *naftifine topical cream 2 %* | 3 | QL (60 GM per 28 days) |
| *naftifine topical gel 2 %* | 3 | QL (60 GM per 28 days) |
| *nyamyc topical powder 100,000 unit/gram* | 1 | QL (120 GM per 30 days) |
| *nystatin topical cream 100,000 unit/gram* | 1 | QL (30 GM per 28 days) |
| *nystatin topical ointment 100,000 unit/gram* | 1 | QL (30 GM per 28 days) |
| *nystatin topical powder 100,000 unit/gram* | 1 | QL (120 GM per 30 days) |
| *nystop topical powder 100,000 unit/gram* | 1 | QL (120 GM per 30 days) |
| ***CORTICOESTEROIDES TÓPICOS*** | | |
| *ala-cort topical cream 1 %* | 1 | |
| *alclometasone topical cream 0.05 %* | 3 | QL (120 GM per 30 days) |
| *alclometasone topical ointment 0.05 %* | 3 | QL (120 GM per 30 days) |
| *betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %* | 1 | QL (135 GM per 30 days) |
| *betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %* | 1 | QL (120 ML per 30 days) |
| *betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %* | 3 | QL (135 GM per 30 days) |
| *betamethasone valerate topical cream 0.1 %* | 1 | QL (135 GM per 30 days) |
| *betamethasone valerate topical lotion 0.1 %* | 3 | QL (120 ML per 30 days) |
| *betamethasone valerate topical ointment 0.1 %* | 1 | QL (135 GM per 30 days) |
| *betamethasone, augmented topical cream 0.05 %* | 1 | QL (150 GM per 30 days) |
| *betamethasone, augmented topical gel 0.05 %* | 1 | QL (150 GM per 30 days) |

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %* | 1 | QL (120 ML per 30 days) |
| *betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %* | 1 | QL (150 GM per 30 days) |
| *clobetasol scalp solution 0.05 %* | 3 | QL (100 ML per 28 days) |
| *clobetasol topical cream 0.05 %* | 3 | QL (120 GM per 28 days) |
| *clobetasol topical gel 0.05 %* | 3 | QL (120 GM per 28 days) |
| *clobetasol topical ointment 0.05 %* | 3 | QL (120 GM per 28 days) |
| *clobetasol topical shampoo 0.05 %* | 3 | QL (236 ML per 28 days) |
| *clobetasol-emollient topical cream 0.05 %* | 3 | QL (120 GM per 28 days) |
| *clodan topical shampoo 0.05 %* | 3 | QL (236 ML per 28 days) |
| *desonide topical cream 0.05 %* | 1 | QL (120 GM per 30 days) |
| *desonide topical lotion 0.05 %* | 3 | QL (118 ML per 30 days) |
| *desonide topical ointment 0.05 %* | 1 | QL (120 GM per 30 days) |
| *fluocinolone and shower cap scalp oil 0.01 %* | 1 | QL (118.28 ML per 30 days) |
| *fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %* | 3 | QL (120 GM per 30 days) |
| *fluocinolone topical ointment 0.025 %* | 3 | QL (120 GM per 30 days) |
| *fluocinolone topical solution 0.01 %* | 1 | QL (120 ML per 30 days) |
| *fluocinonide topical cream 0.05 %* | 3 | QL (120 GM per 30 days) |
| *fluocinonide topical gel 0.05 %* | 3 | QL (120 GM per 30 days) |
| *fluocinonide topical ointment 0.05 %* | 1 | QL (120 GM per 30 days) |
| *fluocinonide topical solution 0.05 %* | 1 | QL (120 ML per 30 days) |
| *fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %* | 3 | QL (120 GM per 30 days) |
| *fluticasone propionate topical cream 0.05 %* | 1 | |
| *halobetasol propionate topical cream 0.05 %* | 1 | QL (100 GM per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *halobetasol propionate topical ointment 0.05 %* | 3 | QL (100 GM per 30 days) |
| *hydrocortisone topical cream 1 %* | 1 | |
| *hydrocortisone topical lotion 2.5 %* | 1 | |
| *hydrocortisone topical ointment 2.5 %* | 1 | |
| *mometasone topical cream 0.1 %* | 1 | |
| *mometasone topical ointment 0.1 %* | 1 | |
| *mometasone topical solution 0.1 %* | 1 | |
| *triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %* | 1 | |
| *triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %* | 1 | |
| *triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %* | 1 | |
| *triderm topical cream 0.5 %* | 1 | |
| ***ESCABICIDAS TÓPICOS/PEDICULICIDAS*** | | |
| *malathion topical lotion 0.5 %* | 1 | |
| *permethrin topical cream 5 %* | 1 | QL (60 GM per 30 days) |
| ***MEDICAMENTOS ANTIPSORIÁSICOS/ANTISEBORREICOS*** | | |
| *acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg* | 3 | |
| *calcipotriene scalp solution 0.005 %* | 3 | QL (120 ML per 30 days) |
| *calcipotriene topical ointment 0.005 %* | 3 | QL (120 GM per 30 days) |
| COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML | 5^ | PA; QL (10 ML per 28 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML | 5^ | PA; QL (10 ML per 28 days) |
| COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML | 5^ | PA; QL (2.5 ML per 28 days) |
| COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML | 5^ | PA; QL (10 ML per 28 days) |
| *selenium sulfide topical lotion 2.5 %* | 1 | |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML | 5^ | PA; QL (6 ML per 365 days) |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML | 5^ | PA; QL (6 ML per 365 days) |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 55 MG/0.37 ML | 5^ | PA; QL (0.74 ML per 84 days) |
| STEQEYMA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML | 2 | PA; QL (0.5 ML per 28 days) |
| STEQEYMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML | 2 | PA; QL (0.5 ML per 28 days) |
| STEQEYMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML | 5^ | PA; QL (1 ML per 28 days) |
| TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML | 5^ | PA; QL (2 ML per 28 days) |
| TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML | 5^ | PA; QL (12 ML per 180 days) |
| TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML | 5^ | PA; QL (2 ML per 28 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML | 5^ | PA; QL (2 ML per 28 days) |
| USTEKINUMAB-TTWE SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML | 2 | PA; QL (0.5 ML per 28 days) |
| USTEKINUMAB-TTWE SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML | 2 | PA; QL (0.5 ML per 28 days) |
| USTEKINUMAB-TTWE SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML | 5^ | PA; QL (1 ML per 28 days) |
| ***PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS DIVERSOS*** | | |
| *ammonium lactate topical cream 12 %* | 1 | |
| *ammonium lactate topical lotion 12 %* | 1 | |
| DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML | 5^ | PA; QL (4.56 ML per 28 days) |
| DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML | 5^ | PA; QL (8 ML per 28 days) |
| DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML | 5^ | PA; QL (4.56 ML per 28 days) |
| DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML | 5^ | PA; QL (8 ML per 28 days) |
| EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 % | 3 | PA; QL (120 GM per 30 days) |
| *fluorouracil topical cream 5 %* | 1 | QL (40 GM per 30 days) |
| *fluorouracil topical solution 2 %, 5 %* | 1 | QL (10 ML per 30 days) |
| *imiquimod topical cream in packet 5 %* | 1 | QL (24 EA per 28 days) |
| *lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %* | 1 | |
| *lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)* | 3 | QL (50 ML per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %* | 3 | PA; QL (90 EA per 30 days) |
| *lidocaine topical ointment 5 %* | 1 | QL (50 GM per 30 days) |
| *lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %* | 1 | QL (30 GM per 30 days) |
| *lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %* | 3 | PA; QL (90 EA per 30 days) |
| PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 % | 5^ | PA-NS; QL (60 GM per 30 days) |
| *pimecrolimus topical cream 1 %* | 3 | QL (100 GM per 30 days) |
| *podofilox topical solution 0.5 %* | 3 | QL (7 ML per 28 days) |
| SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM | 3 | QL (180 GM per 30 days) |
| *silver sulfadiazine topical cream 1 %* | 1 | |
| *ssd topical cream 1 %* | 1 | |
| *tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %* | 3 | QL (100 GM per 30 days) |
| *tridacaine ii topical adhesive patch,medicated 5 %* | 3 | PA; QL (90 EA per 30 days) |
| VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 % | 5^ | PA-NS; QL (60 GM per 30 days) |
| ***TRATAMIENTO CONTRA EL ACNÉ*** | | |
| *accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg* | 1 | |
| *adapalene topical cream 0.1 %* | 3 | QL (45 GM per 30 days) |
| *adapalene topical gel 0.3 %* | 3 | QL (45 GM per 30 days) |
| *amnesteem oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg* | 1 | |
| *azelaic acid topical gel 15 %* | 3 | QL (50 GM per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *claravis oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg* | 1 | |
| *clindamycin phosphate topical gel 1 %* | 3 | QL (120 GM per 30 days) |
| *clindamycin phosphate topical gel, once daily 1 %* | 3 | QL (75 ML per 30 days) |
| *clindamycin phosphate topical lotion 1 %* | 3 | QL (120 ML per 30 days) |
| *clindamycin phosphate topical solution 1 %* | 1 | QL (120 ML per 30 days) |
| *clindamycin phosphate topical swab 1 %* | 1 | QL (60 EA per 30 days) |
| *clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 %(1 % base) -5 %* | 1 | QL (45 GM per 30 days) |
| *clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %* | 1 | QL (50 GM per 30 days) |
| *ery pads topical swab 2 %* | 3 | QL (60 EA per 30 days) |
| *erythromycin with ethanol topical solution 2 %* | 1 | QL (60 ML per 30 days) |
| *erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %* | 1 | QL (46.6 GM per 30 days) |
| *isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg* | 3 | |
| *metronidazole topical cream 0.75 %* | 3 | QL (45 GM per 30 days) |
| *metronidazole topical gel 0.75 %* | 3 | QL (45 GM per 30 days) |
| *metronidazole topical lotion 0.75 %* | 3 | QL (59 ML per 30 days) |
| *neuac topical gel 1.2 %(1 % base) -5 %* | 1 | QL (45 GM per 30 days) |
| *tazarotene topical cream 0.1 %* | 2 | PA; QL (60 GM per 30 days) |
| *tazarotene topical gel 0.05 %, 0.1 %* | 3 | PA; QL (100 GM per 30 days) |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *tretinoin microspheres topical gel 0.04 %, 0.1 %* | 3 | PA; QL (50 GM per 30 days) |
| *tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %* | 3 | PA; QL (45 GM per 30 days) |
| *tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %* | 3 | PA; QL (45 GM per 30 days) |
| *trilitas topical gel 0.1 %* | 3 | PA; QL (90 GM per 30 days) |
| *zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg* | 1 | |
| **VITAMINAS, MINERALES/ELECTROLITOS** | | |
| ***ELECTROLITOS*** | | |
| *calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg* | 2 | PA |
| *calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg* | 2 | PA |
| *klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq* | 1 | |
| *klor-con 8 oral tablet extended release 8 meq* | 1 | |
| *klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq* | 1 | |
| *klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq* | 1 | |
| *klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq* | 1 | |
| *klor-con oral packet 20 meq* | 1 | |
| *magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)* | 3 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| *magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)* | 3 | |
| *potassium chlorid-d5-0.45%nacl intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l, 40 meq/l* | 1 | |
| *potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l* | 1 | |
| *potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)* | 1 | |
| *potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq* | 1 | |
| *potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml* | 1 | |
| *potassium chloride oral packet 20 meq* | 1 | |
| *potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq* | 1 | |
| *potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq* | 1 | |
| *potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l* | 1 | |
| *sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %* | 1 | |
| *sodium chloride 3 % hypertonic intravenous parenteral solution 3 %* | 1 | |
| *sodium chloride 5 % hypertonic intravenous parenteral solution 5 %* | 1 | |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requisito/Límites |
|---|---|---|
| ***PRODUCTOS NUTRICIONALES DIVERSOS*** | | |
| *electrolyte-a intravenous parenteral solution* | 1 | |
| PLENAMINE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 % | 3 | B/D |
| *premasol 10 % intravenous parenteral solution 10 %* | 3 | B/D |
| *travasol 10 % intravenous parenteral solution 10 %* | 3 | B/D |
| TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 % | 3 | B/D |
| ***VITAMINAS/MINERALES*** | | |
| *cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution* | 1 | NT |
| *fluoride (sodium) oral tablet 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)* | 1 | |
| *folic acid oral tablet 1 mg* | 1 | NT |
| *prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg* | 1 | |
| *vitamin d2 oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)* | 1 | NT |

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. 10/15/2026

**Índice de Medicamentos**


*abacavir* ..... 8
*abacavir-lamivudine* ..... 8
*abigale* ..... 109
*abigale lo* ..... 109
ABILIFY ASIMTUFII ..... 81
ABILIFY MAINTENA ..... 81
*abiraterone* ..... 52
*abirtega* ..... 52
ABRYSVO (PF) ..... 47
*acamprosate* ..... 3
*acarbose* ..... 120
*accutane* ..... 132
*acebutolol* ..... 25
*acetaminophen-codeine* ..... 73, 74
*acetazolamide* ..... 115
*acetic acid* ..... 98
*acetylcysteine* ..... 35
*acitretin* ..... 129
ACTHIB (PF) ..... 47
ACTIMMUNE ..... 45
*acyclovir* ..... 8
*acyclovir sodium* ..... 8
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) .. 47
ADALIMUMAB-AATY .. 100
ADALIMUMAB-AATY(CF) AI CROHNS .. 100
ADALIMUMAB-ADBM . 100
*adapalene* ..... 132
*adefovir* ..... 8
ADEMPAS ..... 35
ADVAIR HFA ..... 35
AIMOVIG AUTOINJECTOR ..... 96
AIRSUPRA ..... 35
AKEEGA ..... 52
*ala-cort* ..... 127
*albendazole* ..... 15
*albuterol sulfate* ..... 35, 36
*alclometasone* ..... 127
*alcohol pads* ..... 120
ALECENSA ..... 52
*alendronate* ..... 102
*alfuzosin* ..... 99
*aliskiren* ..... 25
*allopurinol* ..... 102
*alosetron* ..... 40
ALPHAGAN P ..... 117
*alprazolam* ..... 81
*altavera (28)* ..... 103
ALUNBRIG ..... 52, 53
*alyacen 1/35 (28)* ..... 103
*amantadine hcl* ..... 8
*ambrisentan* ..... 36
*amikacin* ..... 15
*amiloride* ..... 25
*amiloride-hydrochlorothiazide* ..... 25
*amiodarone* ..... 22
*amitriptyline* ..... 82
*amlodipine* ..... 25
*amlodipine-atorvastatin* ..... 23
*amlodipine-benazepril* .. 25
*amlodipine-olmesartan* ..... 26
*amlodipine-valsartan* ... 26
*amlodipine-valsartan-hcthiazid* ..... 26
*ammonium lactate* ..... 131
*amnesteem* ..... 132
*amoxapine* ..... 82
*amoxicillin* ..... 19
*amoxicillin-pot clavulanate* ..... 19
*amphotericin b* ..... 6
*amphotericin b liposome* ..... 6
*ampicillin* ..... 19
*ampicillin sodium* ..... 19
*ampicillin-sulbactam* .... 19
*anagrelide* ..... 3
*anastrozole* ..... 53
ANORO ELLIPTA ..... 36
*apraclonidine* ..... 117
*aprepitant* ..... 40
*apri* ..... 103
APTIVUS ..... 8
*aranelle (28)* ..... 103
ARCALYST ..... 45
AREXVY (PF) ..... 47
*arformoterol* ..... 36
ARIKAYCE ..... 15
*aripiprazole* ..... 82
ARISTADA ..... 82
ARISTADA INITIO ..... 82
*armodafinil* ..... 82
ARNUITY ELLIPTA ..... 36
*asenapine maleate* ..... 83
*ashlyna* ..... 103
*aspirin-dipyridamole* .... 32
ASSURE ID INSULIN SAFETY ..... 125
*atazanavir* ..... 8


10/15/2026

*atenolol* ..... 26
*atenolol-chlorthalidone* ..... 26
*atomoxetine* ..... 83
*atorvastatin* ..... 23
*atovaquone* ..... 16
*atovaquone-proguanil* .. 16
*atropine* ..... 116
ATROVENT HFA ..... 36
*aubra eq* ..... 103
AUGTYRO ..... 53
AUSTEDO ..... 94
AUSTEDO XR ..... 94
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) .. 94
AUVELITY ..... 83
*aviane* ..... 103
AVMAPKI-FAKZYNJA ..... 53
AVTOZMA ..... 100
AVTOZMA AUTOINJECTOR ..... 100
AYVAKIT ..... 53
*azathioprine* ..... 53
*azelaic acid* ..... 132
*azelastine* ..... 97, 116
*azithromycin* ..... 15
*aztreonam* ..... 16
*azurette (28)* ..... 103
*bacitracin-polymyxin b* ..... 112
*baclofen* ..... 96
*balsalazide* ..... 40
BALVERSA ..... 53
*balziva (28)* ..... 103
BARACLUDE ..... 8
BCG VACCINE, LIVE (PF) ..... 47
BELSOMRA ..... 83
*benazepril* ..... 26
*benazepril-hydrochlorothiazide* ..... 26
BENLYSTA ..... 100
*benztropine* ..... 70
BESREMI ..... 46
BESREMI PEN ..... 46
*betaine* ..... 40
*betamethasone dipropionate* ..... 127
*betamethasone valerate* ..... 127
*betamethasone, augmented* ..... 127, 128
BETASERON ..... 46
*betaxolol* ..... 26, 114
*bethanechol chloride* .... 99
BEVESPI AEROSPHERE .. 36
*bexarotene* ..... 53
BEXSERO ..... 47
*bicalutamide* ..... 53
BICILLIN L-A ..... 20
BIKTARVY ..... 8
*bimatoprost* ..... 115
*bismuth subcit k-metronidz-tcn* ..... 44
*bisoprolol fumarate* ..... 26
*bisoprolol-hydrochlorothiazide* ..... 26
*blisovi 24 fe* ..... 103
*blisovi fe 1.5/30 (28)* ... 103
BOMYNTRA ..... 52
BONSITY ..... 102
BOOSTRIX TDAP ..... 47
*bosentan* ..... 36
BOSULIF ..... 53
*bosutinib* ..... 53
BRAFTOVI ..... 54
BREO ELLIPTA ..... 36
*breyna* ..... 36
BREZTRI AEROSPHERE .. 36
*briellyn* ..... 104
*brimonidine* ..... 117
*brinzolamide* ..... 115
*brivaracetam* ..... 75
*bromfenac* ..... 113
*bromocriptine* ..... 70
BRUKINSA ..... 54
*budesonide* ..... 36, 40
*bumetanide* ..... 26
*buprenorphine hcl* ..... 74
*buprenorphine-naloxone* ..... 72
*bupropion hcl* ..... 83
*bupropion hcl (smoking deter)* ..... 5
*buspirone* ..... 83
*butorphanol* ..... 72
*cabergoline* ..... 119
CABOMETYX ..... 54
*calcipotriene* ..... 129
*calcitonin (salmon)* ..... 119
*calcitriol* ..... 119
*calcium acetate(phosphat bind)* ..... 134
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) . 54
*camila* ..... 109

*camrese lo* ..... 104
*candesartan* .....26
*candesartan-hydrochlorothiazid* ..... 26
CAPLYTA ..... 83
CAPRELSA ..... 54
*captopril* ..... 27
*carbamazepine* .....75
*carbidopa* ..... 70
*carbidopa-levodopa* 70, 71
*carbidopa-levodopa-entacapone* .....71
*carglumic acid* ..... 3
*carteolol* ..... 114
*cartia xt* ..... 27
*carvedilol* ..... 27
*caspofungin* .....6
CAYSTON ..... 16
*cefaclor* .....13
*cefadroxil* .....13
*cefazolin* ..... 13
*cefdinir* .....13
*cefepime* .....13
*cefixime* ..... 13
*cefoxitin* .....14
*cefpodoxime* .....14
*cefprozil* .....14
*ceftaroline fosamil* .....14
*ceftazidime* .....14
*ceftriaxone* ..... 14
*cefuroxime axetil* .....14
*cefuroxime sodium* ..... 14
*celecoxib* .....72
*cephalexin* ..... 14, 15
*cetirizine* ..... 34
*cevimeline* .....3
CHEMET .....3
*chlorhexidine gluconate* .....97
*chloroquine phosphate* .16
*chlorpromazine* .....83
*chlorthalidone* ..... 27
*cholestyramine (with sugar)* ..... 23
*cholestyramine light* .....23
*ciclopirox* ..... 126
*cilostazol* .....32
CIMDUO ..... 9
*cinacalcet* ..... 119
*ciprofloxacin hcl* ....20, 113
*ciprofloxacin in 5 % dextrose* .....21
*ciprofloxacin-dexamethasone* .....98
*citalopram* ..... 83, 84
*claravis* ..... 133
*clarithromycin* ..... 15
*clindamycin hcl* .....16
*clindamycin in 5 % dextrose* .....16
*clindamycin phosphate* ..... 16, 112, 133
*clindamycin-benzoyl peroxide* .....133
*clobazam* ..... 75, 76
*clobetasol* ..... 128
*clobetasol-emollient* ...128
*clodan* .....128
*clomipramine* ..... 84
*clonazepam* ..... 76
*clonidine* ..... 27
*clonidine hcl* .....27
*clopidogrel* .....32
*clorazepate dipotassium* ..... 84
*clotrimazole* .....6, 126
*clotrimazole-betamethasone* ..... 126
*clozapine* ..... 84
COARTEM ..... 16
COBENFY ..... 84
COBENFY STARTER PACK ..... 84
*colchicine* .....102
*colesevelam* .....23
*colestipol* ..... 23, 24
*colistin (colistimethate na)* ..... 16
COMBIGAN .....115
COMBIVENT RESPIMAT .....37
COMETRIQ .....54
*compro* ..... 40
CONEXXENCE .....102
*constulose* .....41
COPIKTRA ..... 54
COSENTYX .....130
COSENTYX (2 SYRINGES) .....129
COSENTYX PEN (2 PENS) ..... 130
COSENTYX UNOREADY PEN ..... 130
COTELLIC ..... 54
CREON ..... 41
CRESEMBA .....6
*cromolyn* .....37, 41, 116
*cryselle (28)* ..... 104

*cyanocobalamin (vitamin b-12)* ..... 136
*cyclobenzaprine* ..... 96
*cyclophosphamide* ..... 54
CYCLOPHOSPHAMIDE ... 54
*cyclosporine* ..... 55, 116
*cyclosporine modified* ..... 54, 55
*cyproheptadine* ..... 34
*cyred eq* ..... 104
CYSTAGON ..... 99
CYSTARAN ..... 116
*d10 %-0.45 % sodium chloride* ..... 3
*d2.5 %-0.45 % sodium chloride* ..... 3
*d5 % and 0.9 % sodium chloride* ..... 3
*d5 %-0.45 % sodium chloride* ..... 3
*dabigatran etexilate* ..... 32
*dalfampridine* ..... 94
*danazol* ..... 119
*dantrolene* ..... 96
DANZITEN ..... 55
*dapagliflozin* ..... 120
*dapagliflozin-metformin* ..... 120
*dapsone* ..... 16
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) ..... 47
*daptomycin* ..... 16
*darunavir* ..... 9
*dasatinib* ..... 55
DAURISMO ..... 55
*deblitane* ..... 110
*deferasirox* ..... 3
DELSTRIGO ..... 9
*demeclocycline* ..... 21
DEPO-SUBQ PROVERA 104 ..... 110
DESCOVY ..... 9
*desipramine* ..... 84
*desloratadine* ..... 34
*desmopressin* ..... 119
*desonide* ..... 128
*desvenlafaxine succinate* ..... 84
*dexamethasone* ..... 118
*dexamethasone sodium phosphate* ..... 115
*dexlansoprazole* ..... 44
*dexmethylphenidate* ..... 84
*dextroamphetamine sulfate* ..... 85
*dextroamphetamine-amphetamine* ..... 85
*dextrose 10 % and 0.2 % nacl* ..... 3
*dextrose 10 % in water (d10w)* ..... 3
*dextrose 5 % in water (d5w)* ..... 4
*dextrose 5%-0.2 % sod chloride* ..... 4
DIACOMIT ..... 76
*diazepam* ..... 76, 85
*diazepam intensol* ..... 85
*diazoxide* ..... 120
*diclofenac potassium* ..... 72
*diclofenac sodium* ..... 72, 113
*diclofenac-misoprostol* ..... 72
*dicloxacillin* ..... 20
*dicyclomine* ..... 44
*diflunisal* ..... 72
*difluprednate* ..... 115
*digoxin* ..... 22, 23
*dihydroergotamine* ..... 96
DILANTIN ..... 76
DILANTIN EXTENDED ..... 76
DILANTIN INFATABS ..... 76
DILANTIN-125 ..... 76
*diltiazem hcl* ..... 27
*dilt-xr* ..... 27
*dimethyl fumarate* ..... 94
*diphenoxylate-atropine* ..... 44
*dipyridamole* ..... 33
*disopyramide phosphate* ..... 22
*disulfiram* ..... 4
*divalproex* ..... 76, 77
*dofetilide* ..... 22
*dolishale* ..... 104
*donepezil* ..... 94
*dorzolamide* ..... 116
*dorzolamide-timolol* ... 116
*dotti* ..... 110
DOVATO ..... 9
*doxazosin* ..... 27
*doxepin* ..... 85, 86
*doxercalciferol* ..... 119
*doxy-100* ..... 21
*doxycycline hyclate* ..... 21
*doxycycline monohydrate* ..... 21
DRIZALMA SPRINKLE ..... 86
*dronabinol* ..... 41

*drospirenone-e.estradiol-lm.fa* ..... 104
*drospirenone-ethinyl estradiol* ..... 104
DROXIA ..... 55
*duloxetine* ..... 86
DUPIXENT PEN ..... 131
DUPIXENT SYRINGE .... 131
*dutasteride* ..... 99
*dutasteride-tamsulosin* 99
EDARBI ..... 27
EDARBYCLOR ..... 28
EDURANT PED ..... 9
*efavirenz* ..... 9
*efavirenz-emtricitabin-tenofov* ..... 9
*efavirenz-lamivu-tenofov disop* ..... 9
*electrolyte-a* ..... 136
ELIGARD ..... 55
ELIGARD (3 MONTH) .... 55
ELIGARD (4 MONTH) .... 55
ELIGARD (6 MONTH) .... 55
ELIQUIS ..... 33
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ..... 33
ELIQUIS SPRINKLE ..... 33
ELMIRON ..... 99
*eltrombopag olamine* ... 33
*eluryng* ..... 112
EMGALITY PEN ..... 96
EMGALITY SYRINGE ..... 96
EMSAM ..... 86
*emtricitabine* ..... 9
*emtricitabine-tenofovir (tdf)* ..... 9
*emtricita-rilpivirine-tenof df* ..... 9
EMTRIVA ..... 9
*enalapril maleate* ..... 28
*enalapril-hydrochlorothiazide* ..... 28
ENBREL ..... 101
ENBREL MINI ..... 101
ENBREL SURECLICK ..... 101
ENGERIX-B (PF) ..... 47, 48
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) ..... 48
*enilloring* ..... 112
*enoxaparin* ..... 33
ENSACOVE ..... 55
*enskyce* ..... 104
*entacapone* ..... 71
*entecavir* ..... 9
ENTYVIO PEN ..... 41
*enulose* ..... 41
ENVARSUS XR ..... 56
EPIDIOLEX ..... 77
*epinephrine* ..... 34
*eplerenone* ..... 28
*ergotamine-caffeine* ..... 96
ERIVEDGE ..... 56
ERLEADA ..... 56
*erlotinib* ..... 56
*errin* ..... 110
*ertapenem* ..... 16
*ery pads* ..... 133
*erythromycin* ..... 15, 113
*erythromycin with ethanol* ..... 133
*erythromycin-benzoyl peroxide* ..... 133
*escitalopram oxalate* .... 86
*eslicarbazepine* ..... 77
*esomeprazole magnesium* ..... 45
*estarylla* ..... 104
*estradiol* ..... 110
*estradiol valerate* ..... 110
*estradiol-norethindrone acet* ..... 110
*ethambutol* ..... 16
*ethosuximide* ..... 77
*etodolac* ..... 72
*etonogestrel-ethinyl estradiol* ..... 112
*etravirine* ..... 9
EUCRISA ..... 131
EULEXIN ..... 56
*everolimus (antineoplastic)* ..... 56
*everolimus (immunosuppressive)* ... 56
EVOTAZ ..... 9
*exemestane* ..... 56
EXXUA ..... 86
*ezetimibe* ..... 24
*ezetimibe-simvastatin* .. 24
*falmina (28)* ..... 104
*famciclovir* ..... 10
*famotidine* ..... 45
FANAPT ..... 86
FANAPT TITRATION PACK A ..... 86
FANAPT TITRATION PACK B ..... 86
FANAPT TITRATION PACK C ..... 86

FARXIGA..... 120
FASENRA.....37
FASENRA PEN..... 37
*febuxostat*..... 102
*feirza*.....104
*felbamate*..... 77
*felodipine*.....28
*fenofibrate*.....24
*fenofibrate micronized*. 24
*fenofibrate nanocrystallized*..... 24
*fenofibric acid (choline)*.....24
*fentanyl*..... 74
FETZIMA..... 86, 87
*fidaxomicin*.....15
FILSPARI.....23
*finasteride*..... 99
*fingolimod*..... 94
FINTEPLA..... 77
*finzala*.....104
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE.....57
*flecainide*..... 22
*fluconazole*..... 6
*fluconazole in nacl (iso-osm)*.....6
*flucytosine*..... 6
*fludrocortisone*..... 118
*flunisolide*..... 37
*fluocinolone*.....128
*fluocinolone acetonide oil*.....98
*fluocinolone and shower cap*..... 128
*fluocinonide*.....128
*fluocinonide-emollient*128
*fluoride (sodium)*..... 136
*fluorometholone*.....115
*fluorouracil*..... 131
*fluoxetine*.....87
*fluphenazine decanoate*.....87
*fluphenazine hcl*..... 87
*flurbiprofen*..... 72
*flurbiprofen sodium*....113
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL. 37
*fluticasone propionate*.....37, 128
*fluticasone propion-salmeterol*..... 37
*fluvastatin*..... 24
*fluvoxamine*.....87
*folic acid*..... 136
*formoterol fumarate*.... 37
*fosamprenavir*..... 10
*fosfomycin tromethamine*..... 7
*fosinopril*.....28
*fosinopril-hydrochlorothiazide*.....28
FOTIVDA..... 57
FRUZAQLA..... 57
FULPHILA.....46
*furosemide*..... 28
*fyavolv*.....110
*gabapentin*..... 77
*galantamine*..... 94
*galbriela*..... 104
*gallifrey*..... 110
GAMUNEX-C.....48
GARDASIL 9 (PF)..... 48
*gatifloxacin*.....113
GAUZE PAD.....125
*gavilyte-c*.....41
*gavilyte-g*.....41
*gavilyte-n*.....41
GAVRETO.....57
*gefitinib*..... 57
*gemfibrozil*.....24
*generlac*.....41
*gengraf*.....57
*gentamicin*....17, 113, 126
*gentamicin in nacl (iso-osm)*.....17
GENVOYA..... 10
GILOTRIF.....57
*glatiramer*.....95
*glatopa*.....95
*glimepiride*..... 120
*glipizide*..... 120, 121
*glipizide-metformin*.... 121
*glutamine (sickle cell)*.....4
*glycopyrrolate*..... 44
GLYXAMBI.....121
GOMEKLI..... 57
*granisetron hcl*..... 41
*griseofulvin microsize*.....6
*griseofulvin ultramicrosize*.....7
*guanfacine*.....28, 87
GVOKE..... 121
GVOKE HYPOPEN 2-PACK..... 121
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....121
HAEGARDA..... 37

*hailey 24 fe* ..... 104
*hailey fe 1/20 (28)* ..... 104
*halobetasol propionate* ..... 128, 129
*haloperidol* ..... 87
*haloperidol decanoate* . 87
*haloperidol lactate* ..... 87
HAVRIX (PF) ..... 48
*heather* ..... 110
*heparin (porcine)* ..... 33
HEPLISAV-B (PF) ..... 48
HERNEXEOS ..... 57
HIBERIX (PF) ..... 48
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN ..... 121
*hydralazine* ..... 28
*hydrochlorothiazide* ..... 28
*hydrocodone-acetaminophen* ..... 74
*hydrocodone-ibuprofen* ..... 74
*hydrocortisone* ..... 41, 118, 129
*hydromorphone* ..... 74
*hydroxychloroquine* ..... 17
*hydroxyurea* ..... 57
*hydroxyzine hcl* ..... 34
*hydroxyzine pamoate* ... 35
HYRNUO ..... 58
*ibandronate* ..... 102
IBRANCE ..... 58
IBTROZI ..... 58
*ibu* ..... 72
*ibuprofen* ..... 72, 73
*icatibant* ..... 37
*iclevia* ..... 104
ICLUSIG ..... 58
*icosapent ethyl* ..... 24
IDHIFA ..... 58
IDVYNSO ..... 10
*imatinib* ..... 58
IMBRUVICA ..... 58
*imipenem-cilastatin* ..... 17
*imipramine hcl* ..... 88
*imiquimod* ..... 131
IMKELDI ..... 58
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) ..... 48
IMPAVIDO ..... 17
*incassia* ..... 110
INCRELEX ..... 4
INCRUSE ELLIPTA ..... 38
*indapamide* ..... 28
INFANRIX (DTAP) (PF) ... 48
INGREZZA ..... 95
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ..... 95
INLURIYO ..... 58
INLYTA ..... 59
INQOVI ..... 59
INREBIC ..... 59
INSULIN GLARGINE U-300 CONC ..... 121
INSULIN GLARGINE-YFGN ..... 121
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 ..... 126
INTELENCE ..... 10
*introvale* ..... 104
INVEGA HAFYERA ..... 88
INVEGA SUSTENNA ..... 88
INVEGA TRINZA ..... 88
IPOL ..... 48
*ipratropium bromide* ..... 38, 97
*ipratropium-albuterol* ... 38
*irbesartan* ..... 28
*irbesartan-hydrochlorothiazide* 28, 29
ISENTRESS ..... 10
ISENTRESS HD ..... 10
*isibloom* ..... 105
*isoniazid* ..... 17
*isosorbide dinitrate* ..... 25
*isosorbide mononitrate* ..... 25
*isotretinoin* ..... 133
*isradipine* ..... 29
ITOVEBI ..... 59
*itraconazole* ..... 7
*ivabradine* ..... 23
*ivermectin* ..... 17
IWILFIN ..... 59
IXIARO (PF) ..... 48
*jaimiess* ..... 105
JAKAFI ..... 59
JAKAFI XR ..... 59
*jantoven* ..... 34
JANUVIA ..... 121
JARDIANCE ..... 122
*jasmiel (28)* ..... 105
JAYPIRCA ..... 59
JIDEYTRO ..... 59
*jinteli* ..... 111
JOURNAVX ..... 73
*juleber* ..... 105
JULUCA ..... 10
*junel 1.5/30 (21)* ..... 105

*junel 1/20 (21)*.....105
*junel fe 1.5/30 (28)*.....105
*junel fe 1/20 (28)*.....105
*junel fe 24*.....105
JYLAMVO..... 59
JYNNEOS (PF).....48
*kaitlib fe*.....105
KALETRA..... 10
*kariva (28)*..... 105
*kelnor 1/35 (28)*.....105
KERENDIA..... 29
*ketoconazole*..... 7, 126
*ketorolac*..... 113
KINRIX (PF).....49
*kionex*..... 4
KIRSTY.....122
KIRSTY PEN..... 122
KISQALI..... 60
*klor-con*..... 134
*klor-con 10*.....134
*klor-con 8*.....134
*klor-con m10*..... 134
*klor-con m15*..... 134
*klor-con m20*..... 134
KLOXXADO.....73
KOMZIFTI.....60
KOSELUGO.....60
*kourzeq*.....97
KRAZATI.....60
*kurvelo (28)*..... 105
*l norgest/e.estradiol-e.estrad*..... 105
*labetalol*..... 29
*lacosamide*..... 77
*lactulose*..... 41
*lamivudine*.....10
*lamivudine-zidovudine*. 10
*lamotrigine*.....77, 78
*lansoprazole*..... 45
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN..... 122
LANTUS U-100 INSULIN..... 122
*lapatinib*..... 60
*larin 1.5/30 (21)*..... 105
*larin 1/20 (21)*..... 105
*larin fe 1.5/30 (28)*..... 105
*larin fe 1/20 (28)*..... 106
*latanoprost*.....116
LAZCLUZE.....60
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR.....10
*leflunomide*.....101
*lenalidomide*.....60
LENVIMA.....60, 61
LEQEMBI IQLIK..... 95
*lessina*.....106
*letrozole*.....61
*leucovorin calcium*.....52
LEUKERAN..... 61
LEUKINE.....46
*leuprolide*.....61
*levalbuterol hcl*.....38
*levetiracetam*..... 78
LEVETIRACETAM.....78
*levobunolol*.....114
*levocarnitine*.....4
*levocarnitine (with sugar)*..... 4
*levocetirizine*..... 35
*levofloxacin*..... 21
*levofloxacin in d5w*.....21
*levonest (28)*.....106
*levonorgestrel-ethinyl estrad*..... 106
*levonorg-eth estrad triphasic*.....106
*levothyroxine*.....117
*levoxyl*.....117
*lidocaine*..... 132
*lidocaine hcl*.....131
*lidocaine-prilocaine*.... 132
*lidocan iii*..... 132
LIFYORLI.....61
LILETTA..... 112
*linezolid*..... 17
*linezolid in dextrose 5%*.....17
LINZESS.....41
*liomny*.....117
*liothyronine*..... 117
*liraglutide*..... 122
*lisdexamfetamine*... 88, 89
*lisinopril*..... 29
*lisinopril-hydrochlorothiazide*.....29
*lithium carbonate*.....89
*lithium citrate*.....89
LIVTENCITY..... 10
*lojaimiess*.....106
LOKELMA.....4
*lomustine*.....61
LONSURF..... 61
*loperamide*..... 44
*lopinavir-ritonavir*.....10
*lorazepam*.....89
*lorazepam intensol*.....89
LORBRENA.....61

*loryna (28)* ..... 106
*losartan* ..... 29
*losartan-hydrochlorothiazide* ..... 29
*loteprednol etabonate* 115
*lovastatin* ..... 24
*loxapine succinate* ..... 89
*lubiprostone* ..... 41
*luizza* ..... 106
LUMAKRAS ..... 61, 62
LUPRON DEPOT ..... 62
*lurasidone* ..... 89
LYBALVI ..... 89
*lyleq* ..... 111
*lyllana* ..... 111
LYNPARZA ..... 62
LYSODREN ..... 62
LYTGOBI ..... 62
*lyza* ..... 111
*magnesium sulfate* ..... 134, 135
*malathion* ..... 129
*maraviroc* ..... 10
*marlissa (28)* ..... 106
MARPLAN ..... 89
MATULANE ..... 62
*matzim la* ..... 29
*meclizine* ..... 42
*medroxyprogesterone* 111
*mefloquine* ..... 17
*megestrol* ..... 62
MEKINIST ..... 62
MEKTOVI ..... 62
*meleya* ..... 111
*meloxicam* ..... 73
*memantine* ..... 95
MENQUADFI (PF) ..... 49
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) ..... 49
*mercaptopurine* ..... 62
MERILOG ..... 122
MERILOG SOLOSTAR .. 122
*meropenem* ..... 17
*mesalamine* ..... 42
*mesna* ..... 52
*metformin* ..... 122, 123
*methadone* ..... 74
*methazolamide* ..... 115
*methenamine hippurate* ..... 7
*methimazole* ..... 117
*methotrexate sodium* ... 63
*methotrexate sodium (pf)* ..... 63
*methsuximide* ..... 78
*methylphenidate hcl* ..... 89, 90
*methylprednisolone* .... 118
*metoclopramide hcl* ..... 42
*metolazone* ..... 29
*metoprolol succinate* .... 29
*metoprolol ta-hydrochlorothiaz* ..... 29
*metoprolol tartrate* ..... 29
*metronidazole* ..... 17, 112, 133
*metronidazole in nacl (iso-os)* ..... 17
*metyrosine* ..... 29
*mexiletine* ..... 22
*mibelas 24 fe* ..... 106
*micafungin* ..... 7
*microgestin 1.5/30 (21)* ..... 106
*microgestin 1/20 (21)* . 106
*microgestin fe 1.5/30 (28)* ..... 106
*microgestin fe 1/20 (28)* ..... 107
*midodrine* ..... 4
*mifepristone* ..... 119
*mili* ..... 107
*milnacipran* ..... 101
*mimvey* ..... 111
*minocycline* ..... 21
*minoxidil* ..... 30
*mirabegron* ..... 98
*mirtazapine* ..... 90
*misoprostol* ..... 45
M-M-R II (PF) ..... 49
*modafinil* ..... 90
MODEYSO ..... 63
*moexipril* ..... 30
*molindone* ..... 90
*mometasone* ..... 38, 129
*montelukast* ..... 38
*morphine* ..... 74, 75
*morphine concentrate* .. 74
MOUNJARO ..... 123
MOVANTIK ..... 42
*moxifloxacin* ..... 21, 113
*moxifloxacin-sod.chloride(iso)* ..... 21
MRESVIA (PF) ..... 49
MULTAQ ..... 22
*mupirocin* ..... 126
*mycophenolate mofetil* 63

*mycophenolate sodium* ..... 63
*nabumetone* ..... 73
*nadolol* ..... 30
*nafcillin* ..... 20
*naftifine* ..... 126, 127
*naloxone* ..... 73
*naltrexone* ..... 73
NAMZARIC ..... 95
*naproxen* ..... 73
*naproxen sodium* ..... 73
*naratriptan* ..... 96
NATACYN ..... 113
*nateglinide* ..... 123
NAYZILAM ..... 78
*nebivolol* ..... 30
*necon 0.5/35 (28)* ..... 107
*nefazodone* ..... 90
*neomycin* ..... 17
*neomycin-bacitracin-poly-hc* ..... 114
*neomycin-bacitracin-polymyxin* ..... 113
*neomycin-polymyxin b-dexameth* ..... 114
*neomycin-polymyxin-gramicidin* ..... 113
*neomycin-polymyxin-hc* ..... 98, 114
NERLYNX ..... 63
*neuac* ..... 133
NEUPRO ..... 71
*nevirapine* ..... 11
NEXLETOL ..... 24
NEXPLANON ..... 112
*niacin* ..... 24
*nicardipine* ..... 30
NICOTROL NS ..... 5
*nifedipine* ..... 30
*nikki (28)* ..... 107
*nilotinib hcl* ..... 63
*nilutamide* ..... 63
*nimodipine* ..... 30
NINLARO ..... 63
*nintedanib* ..... 38
*nitazoxanide* ..... 18
*nitisinone* ..... 4
*nitro-bid* ..... 25
*nitrofurantoin macrocrystal* ..... 7
*nitrofurantoin monohyd/m-cryst* ..... 7
*nitroglycerin* ..... 25, 42
NIVESTYM ..... 46
*nora-be* ..... 111
*norelgestromin-ethin.estradiol* ..... 112
*norethindrone (contraceptive)* ..... 111
*norethindrone acetate* 111
*norethindrone ac-eth estradiol* ..... 107, 111
*norethindrone-e.estradiol-iron* ..... 107
*norgestimate-ethinyl estradiol* ..... 107
*nortrel 0.5/35 (28)* ..... 107
*nortrel 1/35 (21)* ..... 107
*nortrel 1/35 (28)* ..... 107
*nortrel 7/7/7 (28)* ..... 107
*nortriptyline* ..... 90
NORVIR ..... 11
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN ..... 123
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 ..... 123
NOVOLIN N FLEXPEN .. 123
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN ..... 123
NOVOLIN R FLEXPEN .. 123
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN ..... 123
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN ..... 124
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 ..... 124
NUBEQA ..... 63
NUCALA ..... 38
NUEDEXTA ..... 95
NUPLAZID ..... 90
NURTEC ODT ..... 96
*nyamyc* ..... 127
*nylia 1/35 (28)* ..... 107
*nylia 7/7/7 (28)* ..... 107
*nystatin* ..... 7, 127
*nystop* ..... 127
*octreotide acetate* .. 63, 64
ODEFSEY ..... 11
ODOMZO ..... 64
OFEV ..... 38
*ofloxacin* ..... 98, 113
OGSIVEO ..... 64
OJEMDA ..... 64
OJJAARA ..... 64
*olanzapine* ..... 90
*olmesartan* ..... 30
*olmesartan-amlodipin-hcthiazid* ..... 30

*olmesartan-hydrochlorothiazide* ..... 30
*olopatadine* ..... 97
*omeprazole* ..... 45
OMNITROPE ..... 46
*ondansetron* ..... 42
*ondansetron hcl* ..... 42
ONUREG ..... 64
OPIPZA ..... 91
ORGOVYX ..... 64
*orquidea* ..... 111
ORSERDU ..... 64
*oseltamivir* ..... 11
OSENVELT ..... 52
OTEZLA ..... 101
OTEZLA STARTER ..... 101
OTEZLA XR ..... 101
OTEZLA XR INITIATION 101
*oxacillin* ..... 20
*oxaprozin* ..... 73
*oxcarbazepine* ..... 78
*oxybutynin chloride* ..... 98
*oxycodone* ..... 75
*oxycodone-acetaminophen* ..... 75
OZEMPIC ..... 124
*pacerone* ..... 22
*paliperidone* ..... 91
PANRETIN ..... 132
*pantoprazole* ..... 45
*paricalcitol* ..... 119
*paroxetine hcl* ..... 91
PAXLOVID ..... 11
*pazopanib* ..... 64
PEDIARIX (PF) ..... 49
PEDVAX HIB (PF) ..... 49
*peg 3350-electrolytes* ... 42
PEGASYS ..... 46
*peg-electrolyte soln* ..... 42
PEMAZYRE ..... 65
PEN NEEDLE, DIABETIC ..... 126
PENBRAYA (PF) ..... 49
*penicillamine* ..... 101
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE ..... 20
*penicillin g potassium* ... 20
*penicillin g sodium* ..... 20
*penicillin v potassium* ... 20
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) ..... 49
PENTACEL (PF) ..... 49
*pentamidine* ..... 18
*pentoxifylline* ..... 34
*perampanel* ..... 78
*perindopril erbumine* .... 30
*periogard* ..... 97
*permethrin* ..... 129
*perphenazine* ..... 91
*phenelzine* ..... 91
*phenobarbital* ..... 78, 79
*phenytoin* ..... 79
*phenytoin sodium extended* ..... 79
PIFELTRO ..... 11
*pilocarpine hcl* ..... 4, 116
*pimecrolimus* ..... 132
*pimozide* ..... 91
*pimtrea (28)* ..... 107
*pindolol* ..... 30
*pioglitazone* ..... 124
*pioglitazone-glimepiride* ..... 124
*pioglitazone-metformin* ..... 124
*piperacillin-tazobactam* ..... 20
PIQRAY ..... 65
*pirfenidone* ..... 38
*piroxicam* ..... 73
*pitavastatin calcium* ..... 24
PLENAMINE ..... 136
PLENVU ..... 42
*podofilox* ..... 132
*polymyxin b sulf-trimethoprim* ..... 113
*pomalidomide* ..... 65
POMALYST ..... 65
*portia 28* ..... 107
*posaconazole* ..... 7
*potassium chlorid-d5-0.45%nacl* ..... 135
*potassium chloride* ..... 135
*potassium chloride in 0.9%nacl* ..... 135
*potassium chloride-0.45 % nacl* ..... 135
*potassium citrate* ..... 99
PRALUENT PEN ..... 24
*pramipexole* ..... 71
*prasugrel hcl* ..... 34
*pravastatin* ..... 24
*praziquantel* ..... 18
*prazosin* ..... 30
*prednisolone* ..... 118
*prednisolone acetate* .. 115

*prednisolone sodium phosphate* ..... 115, 118
*prednisone* ..... 118
*prednisone intensol* ..... 118
*pregabalin* ..... 79
PREMARIN ..... 111
*premasol 10 %* ..... 136
*prenatal vitamin plus low iron* ..... 136
PREVYMIS ..... 11
PREZCOBIX ..... 11
PREZISTA ..... 11
PRIFTIN ..... 18
PRIMAQUINE ..... 18
PRIMIDONE ..... 79
*primidone* ..... 79
PRIORIX (PF) ..... 49
*probenecid* ..... 102
*probenecid-colchicine* ..... 102
*prochlorperazine* ..... 43
*prochlorperazine maleate* ..... 42
*procto-med hc* ..... 43
*proctosol hc* ..... 43
*proctozone-hc* ..... 43
*progesterone micronized* ..... 111
PROGRAF ..... 65
PROLASTIN-C ..... 4
PROLENSA ..... 114
*promethazine* ..... 35
*propafenone* ..... 22
*propranolol* ..... 30, 31
*propylthiouracil* ..... 117
PROQUAD (PF) ..... 49
*protriptyline* ..... 91
PULMOZYME ..... 39
*pyrazinamide* ..... 18
*pyridostigmine bromide* ..... 96
*pyrimethamine* ..... 18
QINLOCK ..... 65
QUADRACEL (PF) ..... 50
*quetiapine* ..... 91
QUETIAPINE ..... 91
*quinapril* ..... 31
*quinapril-hydrochlorothiazide* ..... 31
*quinidine sulfate* ..... 22
*quinine sulfate* ..... 18
RABAVERT (PF) ..... 50
*rabeprazole* ..... 45
RALDESY ..... 91
*raloxifene* ..... 102
*ramipril* ..... 31
*ranolazine* ..... 23
*rasagiline* ..... 71
*reclipsen (28)* ..... 107
RECOMBIVAX HB (PF) ..... 50
*repaglinide* ..... 124
RETACRIT ..... 46
RETEVMO ..... 65
REVCOVI ..... 4
REVUFORJ ..... 65
REXULTI ..... 92
REYATAZ ..... 11
REZDIFFRA ..... 4
REZLIDHIA ..... 65
RHOPRESSA ..... 116
*ribavirin* ..... 11
*rifabutin* ..... 18
*rifampin* ..... 18
*rilpivirine hcl* ..... 12
*riluzole* ..... 4
*rimantadine* ..... 12
RINVOQ ..... 101
RINVOQ LQ ..... 101
*risedronate* ..... 4, 102, 103
*risperidone* ..... 92
*risperidone microspheres* ..... 92
*ritonavir* ..... 12
*rivaroxaban* ..... 34
*rivastigmine* ..... 95
*rivastigmine tartrate* ..... 95
*rivelsa* ..... 108
*rizatriptan* ..... 96
ROCKLATAN ..... 116
*roflumilast* ..... 39
ROMVIMZA ..... 66
*ropinirole* ..... 71
*rosuvastatin* ..... 25
*rosyrah* ..... 108
ROTARIX ..... 50
ROTATEQ VACCINE ..... 50
*roweepra* ..... 79
ROZLYTREK ..... 66
RUBRACA ..... 66
*rufinamide* ..... 79
RUKOBIA ..... 12
RYDAPT ..... 66
*sacubitril-valsartan* ..... 23
SANTYL ..... 132
*sapropterin* ..... 119
*saxagliptin* ..... 124
*saxagliptin-metformin* 124
SCEMBLIX ..... 66
*scopolamine base* ..... 43

SECUADO.....92
*selegiline hcl*..... 71
*selenium sulfide*.....130
SELZENTRY.....12
SEREVENT DISKUS..... 39
*sertraline*..... 92
*setlakin*..... 108
*sevelamer carbonate*.....5
*sharobel*.....111
SHINGRIX (PF).....50
SIGNIFOR..... 66
*sildenafil*..... 99
*sildenafil (pulm.hypertension)*..... 39
*silver sulfadiazine*..... 132
*simvastatin*.....25
*sirolimus*..... 66
SIRTURO..... 18
*sitagliptin phos-metformin*.....124, 125
SKYRIZI.....43, 130
*sodium chloride*..... 5
*sodium chloride 0.45 %* .....135
*sodium chloride 0.9 %*.... 5
*sodium chloride 3 % hypertonic*..... 135
*sodium chloride 5 % hypertonic*..... 135
*sodium oxybate*.....92
*sodium phenylbutyrate*.. 5
*sodium polystyrene sulfonate*.....5
*sodium,potassium,mag sulfates*..... 43
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR.....12
*solifenacin*..... 98
SOLIQUA 100/33..... 125
SOLTAMOX..... 66
SOMAVERT..... 119
*sorafenib*..... 66
*sotalol*.....22
*sotalol af*.....22
SPIRIVA RESPIMAT..... 39
*spironolactone*.....31
*spironolacton-hydrochlorothiaz*..... 31
*sprintec (28)*..... 108
*sps (with sorbitol)*.....5
*ssd*..... 132
STEQEYMA.....130
STIVARGA..... 67
STOBOCLO.....103
STREPTOMYCIN..... 18
STRIBILD..... 12
SUBVENITE..... 79
*sucralfate*.....45
*sulfacetamide sodium* 116
*sulfacetamide sodium (acne)*.....126
*sulfacetamide-prednisolone*.....116
*sulfadiazine*..... 8
*sulfamethoxazole-trimethoprim*.....8
*sulfasalazine*.....43
*sulindac*..... 73
*sumatriptan*.....96
*sumatriptan succinate*..97
*sunitinib malate*.....67
SUNLENCA..... 12
*syeda*..... 108
SYMPAZAN..... 79
SYMTUZA.....12
SYNJARDY..... 125
SYNJARDY XR..... 125
SYNTHROID.....117
TABLOID..... 67
TABRECTA.....67
*tacrolimus*.....67, 132
*tadalafil*..... 99
*tadalafil (pulm. hypertension)*..... 39
TAFINLAR.....67
TAGRISSO..... 67
TALZENNA..... 67
*tamoxifen*..... 67
*tamsulosin*.....99
*tarina 24 fe*.....108
*tarina fe 1-20 eq (28)*..108
TARPEYO.....118
*tazarotene*..... 133
*tazicef*.....15
*telmisartan*.....31
*telmisartan-amlodipine*.....31
*telmisartan-hydrochlorothiazid*..... 31
*temazepam*..... 92
TENIVAC (PF)..... 50
*tenofovir disoproxil fumarate*..... 12
TEPMETKO.....67
*terazosin*.....31
*terbinafine hcl*..... 7
*terbutaline*.....39

*terconazole* ..... 112
*teriflunomide* ..... 95
*teriparatide* ..... 103
*testosterone* ..... 119, 120
*testosterone cypionate* ..... 119
*testosterone enanthate* ..... 119
*tetrabenazine* ..... 95
*tetracycline* ..... 22
THALOMID ..... 67
THEO-24 ..... 39
*theophylline* ..... 39
*thioridazine* ..... 92
*thiothixene* ..... 92
*tiadylt er* ..... 31
*tiagabine* ..... 79
TIBSOVO ..... 67
*ticagrelor* ..... 34
TICOVAC ..... 51
*tigecycline* ..... 18
*tilia fe* ..... 108
*timolol maleate* ..... 31, 114
*tinidazole* ..... 18
TIVICAY ..... 12
TIVICAY PD ..... 12
*tizanidine* ..... 96
TOBRADEX ..... 114
*tobramycin* ..... 113
*tobramycin in 0.225 % nacl* ..... 18
*tobramycin sulfate* ..... 18
*tobramycin-dexamethasone* ..... 115
*tofacitinib* ..... 101, 102
*tolterodine* ..... 98, 99
*tolvaptan* ..... 120
*tolvaptan (polycys kidney dis)* ..... 120
*topiramate* ..... 80
*toremifene* ..... 67
*torsemide* ..... 32
TRADJENTA ..... 125
*tramadol* ..... 73
*tramadol-acetaminophen* ..... 73
*trandolapril* ..... 32
*tranexamic acid* ..... 112
*tranylcypromine* ..... 93
*travasol 10 %* ..... 136
*travoprost* ..... 116
*trazodone* ..... 93
TRELEGY ELLIPTA ..... 39
TREMFYA ..... 131
TREMFYA ONE-PRESS ..... 130
TREMFYA PEN ..... 130
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) ..... 130
*tretinoin* ..... 134
*tretinoin (antineoplastic)* ..... 67
*tretinoin microspheres* 134
*triamcinolone acetonide* ..... 97, 129
*triamterene-hydrochlorothiazid* ..... 32
*tridacaine ii* ..... 132
*triderm* ..... 129
*trientine* ..... 5
*tri-estarylla* ..... 108
*trifluoperazine* ..... 93
*trifluridine* ..... 114
*trihexyphenidyl* ..... 71
TRIJARDY XR ..... 125
TRIKAFTA ..... 39
*tri-legest fe* ..... 108
*trilitas* ..... 134
*tri-lo-estarylla* ..... 108
*tri-lo-sprintec* ..... 108
*trimethoprim* ..... 7
*tri-mili* ..... 108
*trimipramine* ..... 93
TRINTELLIX ..... 93
*tri-sprintec (28)* ..... 108
TRIUMEQ ..... 12
TRIUMEQ PD ..... 12
*tri-vylibra* ..... 109
*tri-vylibra lo* ..... 109
TROPHAMINE 10 % ..... 136
*trospium* ..... 99
TRULICITY ..... 125
TRUMENBA ..... 51
TRUQAP ..... 67
TUKYSA ..... 68
TURALIO ..... 68
*turqoz (28)* ..... 109
TWINRIX (PF) ..... 51
TYENNE ..... 102
TYENNE AUTOINJECTOR ..... 102
TYPHIM VI ..... 51
*unithroid* ..... 118
*ursodiol* ..... 43
USTEKINUMAB-TTWE ..... 131
*valacyclovir* ..... 12
VALCHLOR ..... 132
*valganciclovir* ..... 12
*valproic acid* ..... 80

*valproic acid (as sodium salt)* ..... 80
*valsartan* ..... 32
*valsartan-hydrochlorothiazide* ..... 32
VALTOCO ..... 80
*valtya* ..... 109
*vancomycin* ..... 18, 19
VANFLYTA ..... 68
VAQTA (PF) ..... 51
*vardenafil* ..... 99
*varenicline tartrate* ..... 6
VARIVAX (PF) ..... 51
VAXCHORA VACCINE ..... 51
*velivet triphasic regimen (28)* ..... 109
VELSIPITY ..... 43
VENCLEXTA ..... 68
VENCLEXTA STARTING PACK ..... 68
*venlafaxine* ..... 93
*verapamil* ..... 32
VERQUVO ..... 23
VERSACLOZ ..... 93
VERZENIO ..... 68
*vestura (28)* ..... 109
*vienva* ..... 109
*vigabatrin* ..... 80
*vigadrone* ..... 80
*vilazodone* ..... 93
VIMKUNYA (PF) ..... 51
*viorele (28)* ..... 109
VIRACEPT ..... 12
VIREAD ..... 12, 13
*vitamin d2* ..... 136
VITRAKVI ..... 68
VIVOTIF ..... 51
VIZIMPRO ..... 68
VONJO ..... 69
VOQUEZNA DUAL PAK ..... 45
VOQUEZNA TRIPLE PAK ..... 45
VORANIGO ..... 69
*voriconazole* ..... 7
VOSEVI ..... 13
VOWST ..... 43
VRAYLAR ..... 93
*vyfemla (28)* ..... 109
*vylibra* ..... 109
VYZULTA ..... 116
*warfarin* ..... 34
WEGOVY ..... 5
WELIREG ..... 69
WINREVAIR ..... 40
*wymzya fe* ..... 109
XALKORI ..... 69
*xarah fe* ..... 109
XARELTO ..... 34
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ..... 34
XATMEP ..... 69
XCOPRI ..... 80
XCOPRI MAINTENANCE PACK ..... 80
XCOPRI TITRATION PACK ..... 81
XDEMVY ..... 116
*xelria fe* ..... 109
XERMELO ..... 69
XIFAXAN ..... 19
XIGDUO XR ..... 125
XOFLUZA ..... 13
XOLAIR ..... 40
XOSPATA ..... 69
XPOVIO ..... 69
XTANDI ..... 69, 70
*xulane* ..... 112
YF-VAX (PF) ..... 51
*yulithira* ..... 70
*yuvafem* ..... 112
*zafemy* ..... 112
*zafirlukast* ..... 40
ZEJULA ..... 70
ZELBORAF ..... 70
*zenatane* ..... 134
ZENBEXUS ..... 70
ZENPEP ..... 44
*zidovudine* ..... 13
*ziprasidone hcl* ..... 93
*ziprasidone mesylate* ..... 93
ZIRGAN ..... 114
ZOLINZA ..... 70
*zolmitriptan* ..... 97
*zolpidem* ..... 93
ZONISADE ..... 81
*zonisamide* ..... 81
*zovia 1-35 (28)* ..... 109
ZTALMY ..... 81
ZURZUVAE ..... 93
ZYKADIA ..... 70
ZYMFENTRA ..... 44

# Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

Language assistance services are available to you for free. This includes oral interpretation, sign language, and written translation, auxiliary aids and services, and other formats such as large print, Braille, audio, electronic, and printed materials.

Do you need language help? Call 1-844-796-6811 (TTY 711).

## Español

Los servicios de asistencia lingüística se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Esto incluye interpretación oral, lengua de señas, traducción por escrito, ayudas y servicios auxiliares y otros formatos como letra grande, braille, audio y materiales digitales e impresos. Para obtener ayuda, llame al 1-844-796-6811 (TTY 711).

## 简体中文

我们为您提供免费的语言协助服务。包括口译服务、手语翻译、书面翻译、辅助设施与服务，以及其他格式如大字体印刷、盲文、音频、电子版和印刷版材料。如需协助，请致电 1-844-796-6811 (TTY 711)。

## 繁體中文

您可以免費獲得語言協助服務。這包括口譯、手語與書面翻譯、輔助工具和服務，以及其他格式，例如大字版、點字版、語音版、電子版和印刷資料。如需協助，請致電 1-844-796-6811 (TTY 711)。

## Lus Hmoob

Muaj cov kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Qhov no suav nrog kev txhais lus ntawm qhov ncauj, txhais lus piav tes, thiab kev ntxhais ua ntaub ntawv, muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam, thiab ua lwm hom ntaub ntawv xws li luam ua ntawv loj, ua ntawv Xuas rau neeg dig muag, ua suab, hauv es lev thos niv, thiab luam tawm ua ntaub ntawv. Yog xav tau kev pab, hu rau 1-844-796-6811 (TTY 711).

H8189_WCM_7061350_MLT_WIHE_C Internal Approved 06092025 WI HIDE
7061350_WI7WCMINSMLT_M_WIHE_LP 06/25

**ພາສາລາວ**
ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໄດ້ໃຊ້ຟຣີ ເຊິ່ງນີ້ປະກອບມີການຕີຄວາມປາກເປົ່າ, ພາສາມື, ແລະ ການແປພາສາທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະການບໍລິການ, ແລະ ຮູບແບບອື່ນໆເຊັ່ນ: ການພິມຂະຫນາດໃຫຍ່, ອັກສອນນູນ, ສຽງ, ເອເລັກໂທຣນິກ, ແລະອຸປະກອນການພິມຕ່າງໆ. ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-844-796-6811 (TTY 711).

**ဗမာ**
ဘာသာစကားဆိုင်ရာ အကူအညီပေးမည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို သင့်အနေဖြင့် အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ ယင်းတို့၌ နှုတ်စကားပြန်၊ လက်ဟန်ခြေဟန်ဖြင့် ဖော်ပြသောဘာသာစကားနှင့် စာဖြင့်ဘာသာပြန်ဆိုခြင်း၊ သင့်လျော်သော ကိရိယာအကူအညီများနှင့်ဝန်ဆောင်မှုများ ပါဝင်ပါသည်။ ထို့အပြင် စာလုံးအရွယ်အစားကြီးကြီးဖြင့် ပုံနှိပ်ခြင်း၊ မျက်မမြင်စာ၊ အသံ၊ ဒစ်ဂျစ်တယ်ပုံစံနှင့် ပုံနှိပ်ထားသောစာရွက်စာတမ်းများကဲ့သို့ အခြားပုံစံများလည်း ပါဝင်ပါသည်။ အကူအညီအတွက် 1-844-796-6811 (TTY 711) သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

**Soomaali**
Adeegyada kaalmada luuqadda ayaa kuugu diyaar ah si bilaash ah. Waxaa ka mid ah turjumaad afeed, luuqadda calaamadaha, iyo tarjumaad qoraal ah, qalab iyo adeegyo kaabayaal ah, iyo qaabab kale sida daabacaadda waaweyn, qoraalka Braille, cod, elektaroonik, iyo agab daabacan. Wixii caawimo ah, wac 1-844-796-6811 (TTY 711).

**Русский**
Вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. К ним относятся устный перевод, перевод на жестовый язык и письменный перевод, вспомогательные средства и услуги, а также другие форматы, включая крупный шрифт, шрифт Брайля, аудиоформат, электронные и печатные материалы. Для получения помощи позвоните по номеру 1-844-796-6811 (TTY 711).

**Hrvatski**

Jezične pomoćne usluge dostupne su vam besplatno. To uključuje usmeno tumačenje, znakovni jezik i pisani prijevod, pomoćna pomagala i usluge te druge formate kao što su krupni font, Brailleovo pismo, zvučni, elektronički i tiskani materijali. Za pomoć nazovite 1-844-796-6811 (TTY 711).

**العربية**

تتوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. ويشمل ذلك الترجمة الشفهية ولغة الإشارة والترجمة الكتابية ومساعِدات وخدمات إضافية وغيرها من التنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة وبطريقة برايل والملفات الصوتية والإلكترونية والمواد المطبوعة. للحصول على المساعدة، اتصل على الرقم 1-844-796-6811 (TTY 711).

## Українська

Послуги мовної підтримки надаються вам безкоштовно. Ці послуги включають усний переклад, переклад мовою жестів, письмовий переклад, допоміжні засоби та послуги, а також подання в інших форматах, як-от друк великим шрифтом, шрифтом Брайля, надання аудіо-, електронних та друкованих матеріалів. Для отримання допомоги телефонуйте за номером 1-844-796-6811 (TTY 711).

**Deutsch**

Sprachdienstleistungen stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Dazu gehören mündliche Verdolmetschung, Gebärdensprache und schriftliche Übersetzung, zusätzliche Unterstützung und Dienstleistungen sowie andere Formate wie Großdruck, Braille-Schrift, Audio, elektronische und gedruckte Materialien. Wenden Sie sich für Unterstützung an: 1-844-796-6811 (TTY 711).

## Tiếng Việt

Chúng tôi có cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Dịch vụ này bao gồm phiên dịch, ngôn ngữ ký hiệu và biên dịch, dịch vụ và trợ giúp bổ trợ và các định dạng khác như bản in khổ chữ lớn, chữ nổi, âm thanh, tài liệu bản điện tử và bản giấy. Để được hỗ trợ, hãy gọi 1-844-796-6811 (TTY 711).

## 한국어

언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 여기에는 통역, 수화, 번역, 보조 도구 및 서비스, 기타 형식(대형 인쇄물, 점자, 오디오, 전자 및 인쇄 자료)이 포함됩니다. 이러한 서비스를 받으려면 1-844-796-6811(TTY 711)번으로 전화해 주십시오.

## Polski

Usługi wsparcia językowego są dostępne nieodpłatnie. Obejmują one tłumaczenia ustne, pisemne oraz w języku migowym, dodatkowe pomoce i usługi, a także materiały z większą czcionką, w alfabecie Braille'a, audio oraz drukowane. W celu uzyskania pomocy prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem 1-844-796-6811 (TTY 711).

## हिंदी

भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं. इसमें मौखिक व्याख्या, सांकेतिक भाषा और लिखित अनुवाद, सहायक साधन और सेवाओं के साथ ही अन्य फ़ॉर्मेट जैसे बड़े प्रिंट, ब्रेल, ऑडियो, इलेक्ट्रॉनिक और प्रिंट की गई सामग्री शामिल हैं. सहायता के लिए, 1-844-796-6811 (TTY 711) पर कॉल करें.

## Shqip

Shërbimet e ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju pa pagesë. Kjo përfshin interpretimin, gjuhën e shenjave dhe përkthimin me shkrim, pajisjet dhe shërbimet ndihmëse, si dhe formatet e tjera si p.sh. formati me germa të mëdha, shkrimi "Braj", materialet audio, elektronike dhe të printuara. Për ndihmë, telefononi në numrin në 1-844-796-6811 (TTY 711).

## রোহিঙ্গা

অনে বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা ফাইবান। ইয়ান্দর বিতর মৌখিক অনুবাদ, সাইন ভাষা, লিখিত অনুবাদ, সহায়ক উপকরণ ও পরিষেবা এবং অন্যান্য ফরম্যাট যেমন বড় অক্ষরত মুদ্রণ, ব্রেইল, অডিও, ইলেকট্রনিক ও প্রিন্ট গইজ্জা উপকরণ তাকিবো। সহায়তারলাই কল গরন 1-844-796-6811 (TTY 711)।

**Esta lista de medicamentos se actualizó el 10/15/2026.**

Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Wellcare al **1-844-796-6811** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., o visite **go.wellcare.com/WI**.