



Texas Independence Health Plan

Formulario de 2025

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

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

25266, número de versión 19

Este Formulario se actualizó el 2025/11/25. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Texas Independence Health Plan Servicios para los miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), 24 horas al día, siete días a la semana, o visite www.txindependencehealthplan.com.

H5015_SF0RM25_C

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

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

Este documento incluye una Lista de medicamentos (Formulario) de nuestro plan, que está vigente a partir del 2025/11/25. Para obtener un Lista de medicamentos (Formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos (Formulario), aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

¿Qué es el Formulario de Texas Independence Health Plan?

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

¿El Formulario puede cambiar?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El Formulario adjunto entra en vigencia el 2025/11/25. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Texas Independence Health Plan comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. Texas Independence Health Plan le enviará un aviso en caso de un cambio de mitad de año en el Formulario que no sea de mantenimiento. El aviso generalmente se enviará 60 días antes del cambio. Todas las actualizaciones al Formulario se enumeran en www.txindependencehealthplan.com, junto con el Formulario más actualizado.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del formulario:

Afección médica

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

Listado alfabético

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

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

En el Formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos

habituales. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden reemplazar al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a medicamentos de marca.

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

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el formulario. También es posible que esté tomando un medicamento que está en nuestro Formulario,

pero que tiene una restricción de cobertura, como la autorización previa. Debe hablar con la persona autorizada a dar recetas para solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubramos o solicitar una excepción al Formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

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

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

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

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

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

Para obtener más información

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

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

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

Formulario de Texas Independence Health Plan

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

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

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

Beneficios estándar

- Nivel de medicamentos 1: 25%

Lista de Cobertura de Medicamentos

Lista de Medicamentos por Condicion Medica

AGENTES ANTI CÁNCER.....	12
AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS	25
AGENTES ANTIANSIEDAD	26
AGENTES ANTICOLINÉRGICOS	27
AGENTES ANTIDEMENCIA.....	27
AGENTES ANTIDIABETICO.....	27
AGENTES ANTIGOTA	32
AGENTES ANTIMIGRAÑA.....	32
AGENTES ANTINAUSEA	33
AGENTES ANTIPARASITARIOS	34
AGENTES ANTIPARKINSON.....	34
AGENTES ANTIPSICÓTICOS	35
AGENTES CALÓRICOS.....	41
AGENTES CARDIOVASCULARES	41
AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA.....	48
AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA.....	49
AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO	50
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.....	50
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO	53
AGENTES DENTALES Y ORALES.....	57
AGENTES DERMATOLÓGICOS	57
AGENTES GASTROINTESTINALES	60
AGENTES GENITOURINARIOS.....	63
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICADOR.....	64
AGENTES INMUNOLÓGICOS	67
AGENTES OFTÁLMICOS	77
AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA.....	78

AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS.....	81
AGENTES VASODILATADORES	82
ANALGÉSICOS.....	82
ANESTÉSICOS.....	85
ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS	85
ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA).....	85
ANTIBACTERIANOS	86
ANTICONCEPTIVOS	91
ANTICONVULSIVOS	96
ANTIDEPRESIVOS	100
ANTIFÚNGICOS.....	103
ANTIISTAMÍNICOS	104
ANTIMICOBACTERIALES.....	104
ANTIVIRALES (SITÉMICO).....	105
COFACTORES ENZIMÁTICOS/OTROS.....	109
DISPOSITIVOS	110
PREPARACIONES DE REEMPLAZO	150
PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN.....	151
REEMPLAZO/MODIFICADORES DE ENZIMA	153
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS	153
SOLUCIONES IRRIGANTES	154
VITAMINAS Y MINERALES	154

Leyenda

1: Medicamentos cubiertos

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

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

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

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

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

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

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES ANTI CÁNCER		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>abirtega oral tablet 250 mg</i>	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	1	PA NSO
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	1	MO
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4ML	1	PA NSO; QL (1.6 per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK ORAL THERAPY PACK 0.8 & 200 MG	1	PA NSO; QL (66 per 28 days)
AXTLE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 500 MG	1	
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	1	
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	1	PA NSO; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
BENDAMUSTINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	1	PA NSO
<i>bendamustine hcl intravenous solution reconstituted 100 mg, 25 mg</i>	1	PA NSO
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	1	PA NSO
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	1	PA NSO
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	1	PA NSO
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BIZENGRI (750 MG DOSE) INTRAVENOUS SOLUTION THERAPY PACK 375 MG/18.75ML	1	PA NSO; QL (75 per 28 days)
<i>bleomycin sulfate injection solution reconstituted 15 unit, 30 unit</i>	1	
<i>bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg, 3.5 mg</i>	1	PA NSO
BORUZU INJECTION SOLUTION 3.5 MG/1.4ML	1	PA NSO
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	1	PA NSO
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	1	PA NSO
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/2ml, 2 gm/4ml</i>	1	PA BvD
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/5ML, 500 MG/2.5ML, 500 MG/5ML, 500 MG/ML	1	PA BvD

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral capsule 50 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg</i>	1	PA BvD; ST
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG	1	PA BvD; ST
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 40 MG/10ML	1	PA NSO; QL (120 per 28 days)
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
DATROWAY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA NSO
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	1	
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i>	1	PA BvD
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/20ML	1	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	1	PA NSO
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 44 MG/1.1ML	1	PA NSO
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 76 MG/1.9ML	1	PA NSO; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	1	
EMRELIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 20 MG	1	PA NSO
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8ML, 48 MG/0.8ML	1	PA NSO
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50ML, 200 MG/100ML	1	PA NSO
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 150 mg</i>	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	1	
<i>etoposide intravenous solution 100 mg/5ml</i>	1	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	1	
<i>everolimus oral tablet 10 mg</i>	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	1	MO
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL	1	PA BvD
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	1	PA BvD
<i>floxuridine injection solution reconstituted 0.5 gm</i>	1	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	1	PA BvD
FLUTAMIDE ORAL CAPSULE 125 MG	1	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA NSO; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml</i>	1	
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA NSO
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG	1	
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA NSO; QL (224 per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE 1 MG	1	PA NSO; QL (224 per 28 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	1	PA NSO; QL (5 per 21 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	1	PA NSO
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	1	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gm/20ml, 3 gm/60ml</i>	1	
<i>ifosfamide intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	1	PA NSO; QL (216 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG, 10 MG	1	PA NSO
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/1.25ML, 300 MG/15ML	1	PA NSO
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	1	PA NSO; QL (280 per 28 days)
INLEXZO INTRAVESICAL IMPLANT 225 MG	1	PA BvD
INLURIYO ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	1	PA NSO; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	1	PA NSO; MO; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/10ML	1	PA NSO
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	1	PA BvD; ST
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	1	PA NSO
KEYTRUDA QLEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 395-4800 MG -UNT/2.4ML, 790-9600 MG -UNT/4.8ML	1	PA NSO
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	1	PA NSO; QL (2 per 28 days)
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA NSO; QL (42 per 28 days)
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA NSO; QL (63 per 28 days)
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	PA NSO; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	PA NSO; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	PA NSO; QL (91 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA NSO; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE SPRINKLE 5 MG	1	PA NSO; QL (600 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE SPRINKLE 7.5 MG	1	PA NSO; QL (390 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	1	PA NSO
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	1	PA NSO
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	1	PA NSO
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	1	PA NSO
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	1	MO
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	1	
LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH) INTRAMUSCULAR INJECTABLE 22.5 MG	1	PA NSO
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	1	PA NSO
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	1	PA NSO; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	1	PA NSO; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6ML	1	PA NSO
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML, 30 MG/30ML	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG	1	PA NSO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 22.5 MG	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	1	PA NSO
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10ML	1	PA NSO; QL (40 per 28 days)
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/2.5ML	1	PA NSO; QL (15 per 8 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	1	
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	1	PA NSO; QL (140 per 28 days)
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	1	PA NSO; QL (140 per 28 days)
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	1	PA NSO; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 250 MG/10ML	1	PA NSO
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	1	
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	1	PA NSO; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral suspension 2000 mg/100ml</i>	1	
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	1	
METHOTREXATE SODIUM INJECTION SOLUTION 50 MG/2ML	1	
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone hcl intravenous concentrate 20 mg/10ml</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	1	PA NSO; MO; QL (20 per 28 days)
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	1	PA NSO; MO
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	1	
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	1	PA NSO
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML	1	PA NSO; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)	1	PA NSO; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	1	PA NSO
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	1	PA NSO; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 120 MG/12ML, 240 MG/24ML, 40 MG/4ML	1	PA NSO
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UT/5ML	1	PA NSO
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20ML	1	PA NSO
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA BvD
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PEMETREXED DISODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/40ML, 100 MG/4ML, 500 MG/20ML, 850 MG/34ML	1	
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	1	
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	1	PA NSO; MO; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	1	PA NSO; MO; QL (60 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	1	PA NSO
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400-23400 MG -UT/11.7ML, 1600-26800 MG -UT/13.4ML	1	PA NSO
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	1	PA NSO; QL (8 per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG	1	PA NSO; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	1	PA NSO
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 350 MG/7ML	1	PA NSO
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; QL (224 per 28 days)
RYTELO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 188 MG, 47 MG	1	PA NSO
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	1	MO
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	1	PA NSO
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	1	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	1	PA NSO; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 3 MG/1.5ML, 40 MG/ML	1	PA NSO
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 153 MG/1.7ML, 30 MG/3ML	1	PA NSO
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML	1	PA NSO
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG	1	
TIVDAK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 40 MG	1	PA NSO; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 100 mg/5ml</i>	1	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	1	MO
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	1	PA NSO
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	1	PA NSO
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	1	
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (64 per 28 days)
TRUQAP TABLET THERAPY PACK 160 MG ORAL	1	PA NSO; QL (64 per 28 days)
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	1	PA NSO
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	1	PA NSO
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	1	PA NSO; MO
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	1	PA NSO
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	1	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; QL (300 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VIVIMUSTA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	1	PA NSO
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	1	PA NSO
VYLOY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 300 MG	1	PA NSO
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	1	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	1	PA NSO; QL (8 per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA NSO; QL (16 per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	1	PA NSO; QL (4 per 28 days)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	1	PA NSO; QL (8 per 28 days)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	1	PA NSO; QL (4 per 28 days)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	1	PA NSO; QL (24 per 28 days)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	1	PA NSO; QL (8 per 28 days)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	1	PA NSO; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40ML, 50 MG/10ML	1	PA NSO
YONSA ORAL TABLET 125 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
ZIIHERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG	1	PA NSO
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	1	PA NSO; MO
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	1	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	1	
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	1	PA NSO; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG	1	PA NSO
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20ML	1	PA NSO; QL (20 per 28 days)
AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS		
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	1	MO
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
KLOXXADO NASAL LIQUID 8 MG/0.1ML	1	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	1	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml, 2 mg/2ml</i>	1	
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	1	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	1	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	1	QL (240 per 180 days)
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	1	
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)</i>	1	QL (336 per 365 days)
AGENTES ANTIANSIEDAD		
Benzodiacepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	1	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diazepam solution 5 mg/ml injection</i>	1	
<i>lorazepam concentrate 2 mg/ml oral</i>	1	QL (150 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
AGENTES ANTICOLINÉRGICOS		
Antimuscarínicos/Antiespasmódicos		
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	1	
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5ml</i>	1	MO
AGENTES ANTIDEMENCIA		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	1	MO
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid mesylates oral tablet 1 mg</i>	1	MO
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	1	MO; QL (200 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	1	MO; QL (300 per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	1	MO
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
AGENTES ANTIDIABETICO		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral solution 500 mg/5ml</i>	1	MO; QL (765 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	1	MO; QL (75 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	1	MO; QL (150 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	1	PA; MO; QL (112 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML	1	PA; MO; QL (2 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 2.5 MG/0.5ML	1	PA; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 2 MG/3ML	1	PA; MO; QL (3 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 4 MG/3ML	1	PA; MO; QL (3 per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	1	PA; MO; QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
RYBELSUS (FORMULATION R2) ORAL TABLET 1.5 MG, 4 MG, 9 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 25-1000 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	1	PA; MO; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
Insulinas		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)
<i>insulin asp prot & asp flexpen subcutaneous suspension pen-injector (70-30) 100 unit/ml</i>	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
INSULIN ASPART FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
INSULIN ASPART INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
INSULIN ASPART PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart prot & aspart subcutaneous suspension (70-30) 100 unit/ml</i>	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	1	MO; max \$35 copay per month supply
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	1	MO; max \$35 copay per month supply
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 RELION SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N RELION SUSPENSION 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R RELION SOLUTION 100 UNIT/ML INJECTION	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SEMGLEE (YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply
SEMGLEE (YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	1	MO
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	MO
AGENTES ANTIGOTA		
Agentes Antigota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	1	MO
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	1	MO
AGENTES ANTIMIGRAÑA		
Agentes Antimigraña		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 per 30 days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5ML	1	PA; MO; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 225 MG/1.5ML	1	PA; MO; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	1	ST; QL (8 per 28 days)
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; MO; QL (3 per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML	1	PA; MO; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	1	PA; MO; QL (2 per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	1	QL (9 per 30 days)
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	1	PA; QL (18 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act, 5 mg/act</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i>	1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	1	QL (5 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA; QL (16 per 30 days)
AGENTES ANTINAUSEA		
Agentes Antinausea		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	1	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	1	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	1	PA BvD
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	1	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>compro rectal suppository 25 mg</i>	1	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>ondansetron hcl injection solution 40 mg/20ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl injection solution prefilled syringe 4 mg/2ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	1	
<i>promethazine hcl injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>promethazine hcl rectal suppository 25 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	1	QL (10 per 30 days)
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule 300 mg</i>	1	
AGENTES ANTIPARASITARIOS		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	1	
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	1	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	1	
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	1	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	MO
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	1	PA BvD
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	1	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	1	
PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET 26.3 (15 BASE) MG	1	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	1	PA
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	1	PA
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
AGENTES ANTIPARKINSON		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	1	MO
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	1	MO
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	1	MO
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	MO
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	1	MO
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI TITRATION KIT SUBLINGUAL KIT 10&15&20&25&30 MG	1	PA
ONAPGO SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 98 MG/20ML	1	PA; QL (600 per 30 days)
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	MO
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	1	MO
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	1	MO
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
VYALEV SUBCUTANEOUS SOLUTION 12-240 MG/ML	1	PA; MO; QL (560 per 28 days)
AGENTES ANTIPSICÓTICOS		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML	1	QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 960 MG/3.2ML	1	QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	1	MO; QL (2 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	1	MO; QL (2 per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg</i>	1	ST; MO; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 15 mg</i>	1	ST; MO; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	1	QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	1	MO; QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML	1	MO; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML	1	MO; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML	1	MO; QL (3.2 per 14 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml</i>	1	
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	1	MO
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	1	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	1	ST; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG	1	ST; MO; QL (60 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 50-20 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 50-20 & 100-20 MG	1	ST
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	1	MO; QL (0.75 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	1	MO; QL (1 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	1	MO; QL (1.5 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 351 MG/2.25ML	1	MO; QL (2.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	1	MO; QL (0.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	1	MO; QL (0.5 per 21 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	1	ST
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLET 1 & 2 & 6 & 8 MG	1	ST
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLET 1 & 2 & 6 MG	1	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	MO
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	1	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	MO
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML	1	QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML	1	QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	1	QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	1	QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	1	QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	1	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	1	QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML	1	QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML	1	QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML	1	QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML	1	QL (2.63 per 70 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	1	PA NSO; MO; QL (30 per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (270 per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	1	PA NSO; MO; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; MO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG	1	ST; MO
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	1	MO; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>prochlorperazine edisylate solution 10 mg/2ml injection</i>	1	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>quetiapine fumarate oral tablet 150 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	1	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	MO
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	1	MO; QL (2 per 28 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.28ML	1	QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 125 MG/0.35ML	1	QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 150 MG/0.42ML	1	QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 200 MG/0.56ML	1	QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 250 MG/0.7ML	1	QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.14ML	1	QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.21ML	1	QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	ST; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	1	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	1	QL (6 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG, 300 MG	1	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	1	QL (1 per 28 days)
AGENTES CALÓRICOS		
Agentes Calóricos		
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	1	PA BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	1	PA BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) INTRAVENOUS SOLUTION 6 %	1	PA BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	1	PA BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	1	PA BvD
<i>clinisol sf intravenous solution 15 %</i>	1	PA BvD
<i>dextrose intravenous solution 5 %</i>	1	
<i>plenamine intravenous solution 15 %</i>	1	PA BvD
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %	1	PA BvD
AGENTES CARDIOVASCULARES		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	MO
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	1	MO
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	1	MO
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	MO
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	1	MO
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	1	MO
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	1	MO
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	MO
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1	MO
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	MO
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	MO
<i>taztia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	1	MO
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1	MO
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	1	MO
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	MO
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	1	MO; QL (600 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg, 62.5 mcg</i>	1	MO
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	1	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	1	QL (4 per 30 days)
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml</i>	1	PA; QL (18 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	1	PA; QL (18 per 30 days)
<i>ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>metirosine oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	1	MO
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	1	MO
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	1	MO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	1	MO
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	1	MO
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
Diuréticos		
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	MO
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	1	MO
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	MO
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	1	MO
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>tolvaptan oral tablet therapy pack 15 mg, 30 & 15 mg, 45 & 15 mg, 60 & 30 mg, 90 & 30 mg</i>	1	PA; QL (56 per 28 days)
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	MO
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	MO
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	MO
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	1	MO
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	1	
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	1	
<i>budesonide rectal foam 2 mg</i>	1	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	1	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	1	MO
<i>mesalamine er oral capsule extended release 500 mg</i>	1	MO
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	1	MO
AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA		
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	1	MO; QL (300 per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	MO; QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	1	MO
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	1	MO
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	1	MO; QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	1	PA; MO; QL (2 per 28 days)
OSENVELT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	1	PA
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	1	MO
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	1	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG	1	MO; QL (60 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
STOBOCLO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	1	QL (1 per 180 days)
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 560 MCG/2.24ML	1	PA; MO; QL (2.48 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML	1	PA; MO; QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	1	PA; MO

AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO

Agentes De Trastorno De Sueño

<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	1	PA; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)

AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Agentes Del Sistema Nervioso Central

<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	1	PA; MO; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 24 MG	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG	1	PA; MO; QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG, 6 & 12 & 24 MG	1	PA
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT 30 MCG/0.5ML	1	PA; MO; QL (1 per 28 days)
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT 30 MCG/0.5ML	1	PA; MO; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	1	PA; MO; QL (15 per 30 days)
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg</i>	1	PA; MO; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 & 240 mg</i>	1	PA
<i>fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (12 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	MO
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	1	PA
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	1	PA; MO; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	1	MO
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
LITHIUM CARBONATE ORAL CAPSULE 600 MG	1	MO
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	MO
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	1	MO
MAVENCLAD (10 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	1	PA; MO; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG, 7 X 0.25 MG	1	PA
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1	MO; QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/10ML	1	PA; QL (20 per 180 days)
OCREVUS ZUNOVO SUBCUTANEOUS SOLUTION 920-23000 MG-UT/23ML	1	PA; MO; QL (23 per 180 days)
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 63 & 94 MCG/0.5ML	1	PA
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 63 & 94 MCG/0.5ML	1	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 125 MCG/0.5ML	1	PA; MO; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MCG/0.5ML	1	PA; MO; QL (1 per 28 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	1	MO
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG	1	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	PA; MO; QL (112 per 28 days)
TIGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10ML	1	PA; MO
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 231 MG	1	PA; MO; QL (120 per 30 days)
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	1	PA BvD
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
BRONCHITOL TOLERANCE TEST INHALATION CAPSULE 40 MG	1	MO; QL (560 per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML	1	PA; MO
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	1	PA BvD; MO
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 30 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	1	PA; MO; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	1	PA; MO; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; MO; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; MO; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML	1	PA; MO; QL (0.4 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA; MO; QL (3 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	1	PA; MO; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	1	PA; MO; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	1	PA; MO; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i>	1	MO; QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 2 X 45 MG, 2 X 60 MG, 45 MG, 60 MG	1	PA; QL (1 per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	1	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	1	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	1	PA
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	1	MO; QL (12 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL 90-80 MCG/ACT	1	QL (32.1 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	1	MO; QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>breyndra inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	1	MO; QL (30.9 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	1	PA BvD; MO; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	1	MO; QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act</i>	1	MO; QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 220 mcg/act</i>	1	MO; QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 44 mcg/act</i>	1	MO; QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol 115-21 mcg/act, 230-21 mcg/act, 45-21 mcg/act</i>	1	MO
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>wixela inhale inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
Antileucotrinos		
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	1	MO
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
Broncodilatadores		
AIRSUPRA AEROSOL 90-80 MCG/ACT INHALATION	1	QL (32.1 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	1	MO; QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)</i>	1	MO; QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	1	MO; QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	1	PA BvD; MO
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	1	MO; QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	1	MO; QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT	1	MO; QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	1	MO; QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	PA BvD; MO
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	1	PA BvD; MO; QL (540 per 30 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>	1	PA BvD; MO
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	1	MO; QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT	1	MO; QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT	1	MO; QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5 MCG/ACT	1	MO; QL (4 per 28 days)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	1	MO
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	1	MO
<i>tiotropium bromide capsule 18 mcg inhalation</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule 18 mcg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	1	MO; QL (60 per 30 days)
AGENTES DENTALES Y ORALES		
Agentes Dentales Y Orales		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	1	MO
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	1	
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	1	MO
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i>	1	MO
<i>periogard mouth/throat solution 0.12 %</i>	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	1	MO
SODIUM FLUORIDE 5000 SENSITIVE DENTAL GEL 1.1-5 %	1	
<i>sodium fluoride dental gel 1.1 %</i>	1	MO
<i>sodium fluoride mouth/throat solution 0.2 %</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	1	
AGENTES DERMATOLÓGICOS		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<i>ala-cort external cream 1 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	1	
BETAMETHASONE VALERATE EXTERNAL LOTION 0.1 %	1	
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate emulsion external foam 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external lotion 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	1	
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %	1	
<i>fluocinolone acetonide body oil 0.01 % external</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %, 0.025 %</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	1	
<i>fluocinonide external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	1	
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone cream 2.5 % external</i>	1	
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>	1	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %, 2.5 %</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	1	
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)
PROCTOFOAM HC EXTERNAL FOAM 1-1 %	1	
<i>procto-med hc external cream 2.5 %</i>	1	
<i>proctosol hc external cream 2.5 %</i>	1	
<i>proctozone-hc external cream 2.5 %</i>	1	
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	1	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	1	
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcitriol external ointment 3 mcg/gm</i>	1	
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	1	
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	1	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	1	QL (24 per 30 days)
KLISYRI (250 MG) EXTERNAL OINTMENT 1 %	1	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>	1	
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	1	QL (60 per 28 days)
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	1	
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	1	QL (180 per 30 days)
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	1	PA NSO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %</i>	1	
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	1	
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	1	
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	1	
<i>metronidazole external gel 0.75 %, 1 %</i>	1	
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	1	QL (220 per 30 days)
<i>neuac external gel 1.2-5 %</i>	1	
<i>rosadan external cream 0.75 %</i>	1	
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	1	
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	1	
<i>ssd external cream 1 %</i>	1	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	1	
<i>permethrin external cream 5 %</i>	1	QL (60 per 30 days)
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	1	
<i>adapalene external gel 0.3 %</i>	1	
ALTRENO EXTERNAL LOTION 0.05 %	1	PA
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	1	
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	1	PA
AGENTES GASTROINTESTINALES		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz oral therapy pack 500 & 500 & 30 mg</i>	1	
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml</i>	1	MO
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral packet 10 mg, 20 mg</i>	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral packet 40 mg</i>	1	ST; MO; QL (60 per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>lansoprazole oral tablet delayed release dispersible 15 mg, 30 mg</i>	1	ST; MO
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	1	MO
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>pantoprazole sodium oral packet 40 mg</i>	1	ST; MO; QL (60 per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	1	MO
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	1	PA; MO
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	1	MO
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	1	
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>kionex combination suspension 15 gm/60ml</i>	1	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	1	MO; QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	1	MO
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>lubiprostone oral capsule 8 mcg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	
<i>sps (sodium polystyrene sulf) combination suspension 15 gm/60ml</i>	1	
URSODIOL ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG	1	MO
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	MO
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
VELTASSA ORAL PACKET 1 GM, 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	1	MO
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	1	PA; MO; QL (84 per 28 days)
Enlaces De Fosfato		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	1	
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	1	
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm, 2.4 gm</i>	1	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10-3.5-12 MG-GM -GM/160ML, 10-3.5-12 MG-GM -GM/175ML	1	
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	1	
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm</i>	1	
<i>gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml, 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)</i>	1	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	1	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	1	
SUTAB ORAL TABLET 1479-225-188 MG	1	
AGENTES GENITOURINARIOS		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	1	MO
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	1	MO
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>flavoxate hcl oral tablet 100 mg</i>	1	MO
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	1	MO
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	1	MO
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>	1	MO
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICADOR		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	MO
<i>liomny oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	1	MO
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	1	MO
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	MO
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA; MO
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone gel 1.62 % transdermal</i>	1	PA; MO; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	1	PA; MO; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	1	PA; MO; QL (150 per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5ML, 50 MG/0.5ML, 75 MG/0.5ML	1	PA; MO; QL (2 per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos		
<i>abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	1	MO
<i>abigale oral tablet 1-0.5 mg</i>	1	MO
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	1	MO
<i>estradiol cream 0.01 % vaginal</i>	1	MO
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>estradiol transdermal gel 0.75 mg/1.25 gm (0.06%)</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate solution 15 mg/5ml oral</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	1	
<i>triamcinolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i>	1	
Pituitario		
ACTHAR GEL SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR 40 UNIT/0.5ML	1	PA; MO; QL (15 per 30 days)
ACTHAR GEL SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR 80 UNIT/ML	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	1	PA; MO; QL (35 per 28 days)
CORTROPHIN INJECTION GEL 80 UNIT/ML	1	PA; MO; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin ace spray refig nasal solution 0.01 %</i>	1	MO
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	1	MO
<i>desmopressin acetate spray solution 0.01 % nasal</i>	1	MO
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	1	PA; MO
LANREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML	1	PA NSO; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	1	PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 30 MG	1	PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	1	PA
LUTRATE DEPOT INTRAMUSCULAR INJECTABLE 22.5 MG	1	PA NSO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
NORDITROPIN FLEXPPO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 30 MG/3ML, 5 MG/1.5ML	1	PA; MO
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	1	MO
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG, 5 MG, 6 MG	1	PA; MO
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 60 MG/0.2ML	1	PA NSO; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 90 MG/0.3ML	1	PA NSO; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA; MO
Progestinas		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML	1	QL (0.65 per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	1	
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	1	MO
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	1	MO
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
Agentes Inmunológicos		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML	1	PA; MO
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10ML, 400 MG/20ML, 80 MG/4ML	1	PA
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	1	PA; MO
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	1	PA; MO
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG	1	PA BvD; MO
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	1	PA BvD; MO
<i>azathioprine sodium injection solution reconstituted 100 mg</i>	1	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	1	PA; MO; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	1	PA; MO; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	1	PA NSO; MO; QL (2 per 28 days)
CIMZIA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 200 MG/ML	1	PA; MO
CIMZIA SUBCUTANEOUS KIT 2 X 200 MG	1	PA
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; MO
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	1	PA; MO
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML	1	PA; MO
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML	1	PA; MO
<i>cyclosporine intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD; MO
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	1	PA BvD; MO
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	1	PA BvD; MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
CYLTEZO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA; MO
CYLTEZO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.2ML, 20 MG/0.4ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA; MO
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA; MO
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA; MO
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	1	PA; MO
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	1	PA; MO
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	1	PA; MO
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	1	PA; MO
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML	1	PA; MO
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	1	PA; MO
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	1	PA; MO
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	1	PA BvD; MO
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML	1	PA BvD
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	1	PA BvD; MO
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i>	1	PA BvD; MO
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PED>=40KG CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	1	PA; MO
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
<i>infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	1	PA
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML	1	PA; MO
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
<i>mycophenolate mofetil hcl intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	1	PA BvD; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	1	PA BvD; MO
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	1	PA BvD; MO
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	1	PA BvD; MO
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 22 MG/0.44ML, 9 MG/0.18ML	1	PA NSO
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	1	PA BvD

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	1	PA; MO
ORENCIA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	1	PA; MO
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4ML, 87.5 MG/0.7ML	1	PA; MO
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	1	PA; MO
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG, 4 X 10 & 51 X20 MG	1	PA
OTEZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 75 MG	1	PA; MO
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	1	PA BvD
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	1	PA BvD; MO
RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2ML, 12.5 MG/0.25ML, 15 MG/0.3ML, 17.5 MG/0.35ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.45ML, 25 MG/0.5ML, 30 MG/0.6ML, 7.5 MG/0.15ML	1	ST; MO
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; MO
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	PA; MO; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA; MO
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	PA BvD; MO
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	1	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	1	PA; MO
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	1	PA BvD; MO
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	PA BvD; MO
SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 75 MG/0.83ML	1	PA; MO
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/10ML	1	PA

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	1	PA; MO
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML	1	PA; MO
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; MO
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	1	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	1	PA; MO
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	1	PA; MO
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	1	PA BvD; MO
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA; MO; QL (180 per 30 days)
TREMFYA CROHNS INDUCTION SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML	1	PA; MO
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML	1	PA; MO
TREMFYA ONE-PRESS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 MG/ML SUBCUTANEOUS	1	PA; MO
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; MO
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML	1	PA; MO
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2ML	1	PA; MO
TREMFYA-CD/UC INDUCTION SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML SUBCUTANEOUS	1	PA; MO
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10ML, 400 MG/20ML, 80 MG/4ML	1	PA
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML	1	PA; MO
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	1	PA; MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	PA; MO
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	PA; MO
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	1	PA; MO
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	1	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	1	PA; MO
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	1	PA; MO
YUFLYMA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 80 MG/0.8ML	1	PA; MO
YUFLYMA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML	1	PA; MO
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	1	PA; MO
Vacunas		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	1	\$0 copay
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	1	\$0 copay
ADACEL SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 INTRAMUSCULAR	1	\$0 copay
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	1	\$0 copay
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	1	\$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	\$0 copay

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	1	\$0 copay
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	1	\$0 copay
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	1	
DENG VAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	1	QL (3 per 365 days)
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-5 LFU/0.5ML	1	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	1	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	1	PA BvD; \$0 copay
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	1	\$0 copay
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	\$0 copay
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML	1	\$0 copay
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 720 EL U/0.5ML	1	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720 EL U/0.5ML	1	
HAVRIX SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1440 EL U/ML INTRAMUSCULAR	1	\$0 copay
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	1	PA BvD; \$0 copay
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	1	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	1	PA BvD; \$0 copay
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	1	
IPOLEN INJECTION INJECTABLE	1	\$0 copay

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
IPOL SUSPENSION INJECTION	1	\$0 copay
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	\$0 copay
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML	1	\$0 copay
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	\$0 copay
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION 0.5 ML	1	\$0 copay
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML	1	\$0 copay
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	1	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
PENMENVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	1	PA BvD; \$0 copay
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	PA BvD; \$0 copay

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 1350 PFU/0.5ML	1	\$0 copay
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 40 MCG/0.8ML	1	\$0 copay
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	1	\$0 copay
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	1	\$0 copay
YF-VAX SUSPENSION RECONSTITUTED SUBCUTANEOUS	1	\$0 copay
AGENTES OFTÁLMICOS		
Agentes Antiglaucoma		
<i>acetazolamide oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	1	MO
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	MO
<i>acetazolamide sodium injection solution reconstituted 500 mg</i>	1	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	MO
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>	1	MO; QL (2.5 per 25 days)
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.1 %, 0.15 %, 0.2 %</i>	1	MO
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution 0.2-0.5 %</i>	1	MO
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	1	MO
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	1	MO
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	1	MO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	1	MO
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	1	MO; QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	MO
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	1	MO; QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	1	MO; QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	1	MO; QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	1	MO
<i>tafluprost (pf) ophthalmic solution 0.0015 %</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>timolol hemihydrate ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	MO
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	1	MO
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	1	MO; QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	1	MO; QL (5 per 30 days)
AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA		
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	1	
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	1	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	1	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	1	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	1	QL (3.5 per 4 days)
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	1	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	1	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	1	
<i>neo-polycin hc ophthalmic ointment 1 %</i>	1	
<i>neo-polycin ophthalmic ointment 3.5-400-10000</i>	1	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	1	
<i>polycin ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	1	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	1	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	1	
XDEMYVY OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	1	PA; QL (10 per 42 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	1	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	1	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %	1	ST
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>	1	
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %, 0.075 %</i>	1	
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	1	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	1	
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	1	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	1	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	1	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	1	
INVELTYS OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %	1	QL (5.6 per 14 days)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	1	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL 0.38 %	1	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel 0.5 %</i>	1	QL (10 per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.2 %</i>	1	ST
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	1	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act</i>	1	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	1	
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	1	MO; QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	1	MO
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15 %</i>	1	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	1	
<i>azelastine hcl solution 137 mcg/spray nasal</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	1	
<i>epinastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	1	
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>	1	MO; QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>	1	MO; QL (15 per 10 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION 1.338 GM/ML	1	QL (12 per 28 days)
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %, 0.2 %</i>	1	
AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS		
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	1	PA; MO
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER 3 MG/DOSE	1	
BAQSIMI TWO PACK POWDER 3 MG/DOSE NASAL	1	
<i>betaine oral powder</i>	1	PA; MO
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 125 MG/5ML	1	PA; MO
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	1	MO
<i>glucagon emergency injection kit 1 mg</i>	1	
<i>glucagon emergency solution reconstituted 1 mg injection</i>	1	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	1	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML	1	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	
<i>l-glutamine oral packet 5 gm</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	1	
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA NSO; MO; QL (56 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE	1	PA; QL (12 per 30 days)
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6ML	1	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.6 MG/0.6ML	1	
AGENTES VASODILATADORES		
Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	1	PA; MO; QL (360 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	PA; MO
UPTRAVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1800 MCG	1	PA; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	1	PA; MO; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG	1	PA
ANALGÉSICOS		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine external patch 1.3 %</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	1	QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>	1	QL (300 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>diclofenac sodium external solution 2 %</i>	1	PA; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 50 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 75 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg, 75-0.2 mg</i>	1	MO
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	MO
FLURBIPROFEN ORAL TABLET 50 MG	1	MO
<i>ibu oral tablet 400 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	MO
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>	1	QL (20 per 30 days)
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	1	MO
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	MO
Analgésicos, Varios		
ACETAMINOPHEN-CODEINE ORAL SOLUTION 120-12 MG/5ML	1	QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
ACETAMINOPHEN-CODEINE SOLUTION 300-30 MG/12.5ML ORAL	1	QL (4500 per 30 days)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-300-40 mg, 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	1	QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15ml, 10-325 mg/15ml, 7.5-325 mg/15ml</i>	1	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	1	QL (700 per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL SOLUTION 20 MG/5ML	1	QL (300 per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG	1	QL (180 per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 30 MG	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
TRAMADOL HCL ORAL SOLUTION 5 MG/ML	1	PA; QL (2400 per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
ANESTÉSICOS		
Anestesia Local		
<i>glydo external prefilled syringe 2 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	1	PA; QL (240 per 30 days)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 1 %</i>	1	
<i>lidocaine hcl injection solution 1 %</i>	1	
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe 2 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	1	
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
ZTLIDO EXTERNAL PATCH 1.8 %	1	PA; QL (90 per 30 days)
ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS		
Antagonistas De Metales Pesados		
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	1	PA; MO
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	1	PA; MO
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	1	PA
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	1	PA; QL (240 per 30 days)
ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA)		
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	1	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	1	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	1	
ANTIBACTERIANOS		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>	1	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML	1	PA; QL (235.2 per 28 days)
<i>gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	1	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG	1	MO; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	1	PA BvD; MO
<i>tobramycin pak inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>	1	
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml</i>	1	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	1	
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 350 MG	1	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	1	
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gm</i>	1	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	1	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	1	
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	1	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohydrate macro oral capsule 100 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml</i>	1	QL (2400 per 30 days)
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/200ML, 1250 MG/250ML, 500 MG/100ML, 750 MG/150ML	1	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	1	
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.25 GM	1	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	1	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	1	QL (112 per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	1	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	1	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	1	PA
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	1	
MEROPENEM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2 GM	1	
Cefalosporinas		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	1	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	1	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	1	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>tazicef injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>tazicef intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 6 GM	1	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	1	
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	1	QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	1	
<i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i>	1	QL (20 per 10 days)
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i>	1	
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 900000-300000 UNIT/2ML	1	
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	1	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 1200000 UNIT, 2400000 UNIT	1	
LENTOCILIN INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 1200000 UNIT	1	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	1	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	1	
<i>penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3- 0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	1	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 400 MG/250ML	1	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
MOXIFLOXACIN HCL SOLUTION 400 MG/250ML INTRAVENOUS	1	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	1	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>doxy 100 intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 150 mg, 20 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg, 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
TIGECYCLINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	1	
ANTICONCEPTIVOS		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>altavera oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>amethyst oral tablet 90-20 mcg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>apri oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>aurovela 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>aurovela 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>aurovela fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>aurovela fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>ayuna oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>azurette oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	MO
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>blisovi fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>blisovi fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>chateal eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>cryselle-28 oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>cyclafem 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>cyclafem 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>cyred eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>dasetta 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>delyla oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>dolishale oral tablet 90-20 mcg</i>	1	MO
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	MO; QL (1 per 28 days)
<i>emoquette oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	MO; QL (1 per 28 days)
<i>enpresse-28 oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	MO
<i>enskyce oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	MO; QL (1 per 28 days)
<i>falmina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>feirza 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>feirza 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>hailey 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>hailey fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>hailey fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	MO; QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>iclevia oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	MO; QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>introvale oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	MO; QL (91 per 84 days)
<i>isibloom oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>jolessa oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	MO; QL (91 per 84 days)
<i>juleber oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>junel 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>junel 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>junel fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>junel fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>junel fe 24 oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>kariva oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	MO
<i>kelnor 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>kelnor 1/50 oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	1	MO
<i>kurvelo oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 19.5 MG	1	
<i>larin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>larin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>larin 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>larin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>larin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>levonest oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	MO; QL (91 per 84 days)
<i>levonorgest-eth estradiol-iron oral tablet 0.1-20 mg-mcg(21)</i>	1	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg, 90-20 mcg</i>	1	MO
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	MO
<i>levora 0.15/30 (28) oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY	1	
<i>lillow oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>low-ogestrel oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>luizza 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>luizza 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>luter a oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>meleya oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>microgestin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>microgestin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>microgestin 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>microgestin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>microgestin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20 MCG/DAY	1	
<i>mono-lynyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG	1	
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	1	MO; QL (3 per 28 days)
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	MO
<i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>norlyroc oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>nortrel 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>nylia 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>nylia 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>orquidea oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>pimtrea oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	MO
<i>pirmella 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>pirmella 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>portia-28 oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>reclipsen oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>setlakin oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	MO; QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>simliya oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	MO
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 13.5 MG	1	
<i>sprintec 28 oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>tarina 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>tarina fe 1/20 eq oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>tilia fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	MO
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	MO
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	MO
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	MO
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	MO
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	MO
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	MO
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	MO
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	MO
<i>tri-previfem oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	MO
<i>tri-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	MO
<i>trivora (28) oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	MO
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	MO
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	MO
<i>turqoz oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>valtya 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>valtya 1/50 oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	1	MO
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>violele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	MO
<i>volnea oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	MO
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>xarah fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	1	MO; QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	1	MO; QL (3 per 28 days)
<i>zovia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
ANTICONVULSIVOS		
Anticonvulsivos		
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML	1	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	MO; QL (600 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg, 200 mg</i>	1	MO
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	1	MO; QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	1	PA NSO; MO; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	1	PA NSO; MO; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	1	PA NSO; MO; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	1	PA NSO; MO; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	1	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	1	MO
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1000 MG	1	ST; QL (90 per 30 days)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1500 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	PA NSO; MO
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>	1	MO
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	ST; MO; QL (60 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	1	MO
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	1	MO
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	1	MO
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	1	MO
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	1	PA NSO; MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>fosphenytoin sodium injection solution 100 mg pe/2ml, 500 mg pe/10ml</i>	1	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	1	ST; MO; QL (720 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	1	MO; QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	1	MO; QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	1	MO; QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml</i>	1	QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	1	MO; QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	1	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	1	MO
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>levetiracetam oral tablet disintegrating soluble 250 mg</i>	1	ST; MO
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	1	QL (10 per 30 days)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	1	MO
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	1	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	1	MO
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	MO
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 2 mg, 8 mg</i>	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i>	1	ST; MO; QL (60 per 30 days)
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	1	MO
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	1	QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	1	PA NSO; MO; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	1	PA NSO; MO; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral packet 500 mg</i>	1	PA NSO; MO; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i>	1	PA NSO; MO; QL (180 per 30 days)
<i>vigpoder oral packet 500 mg</i>	1	PA NSO; MO; QL (180 per 30 days)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	1	MO; QL (56 per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	1	MO; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG, 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG	1	
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	1	MO
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	PA NSO; MO; QL (1080 per 30 days)
ANTIDEPRESIVOS		
Antidepresivos		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	1	ST; MO
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	MO
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	1	MO
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	MO
NEFAZODONE HCL ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	1	MO
<i>nefazodone hcl oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>nefazodone hcl tablet 100 mg oral</i>	1	MO
<i>nefazodone hcl tablet 150 mg oral</i>	1	MO
<i>nefazodone hcl tablet 200 mg oral</i>	1	MO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	1	MO
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	1	MO
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; MO; QL (1200 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	1	MO
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
SPRAVATO (56 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK 28 MG/DEVICE	1	PA NSO; MO
SPRAVATO (84 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK 28 MG/DEVICE	1	PA NSO; MO
<i>tranlycypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	1	MO
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	1	PA NSO; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	1	PA NSO; QL (14 per 14 days)
ANTIFÚNGICOS		
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	1	PA BvD
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	1	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	1	
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	1	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	1	
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	1	PA
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	1	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	1	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 165 mg, 250 mg</i>	1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>miconazole sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	1	
MICONAZOLE 3 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG	1	
<i>nyamyc external powder 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	1	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	1	
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>	1	
<i>nystop external powder 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	1	PA; MO
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	1	PA BvD
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	1	PA
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	1	
ANTIISTAMÍNICOS		
Antihistamínicos		
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	1	
ANTIMICOBACTERIALES		
Antimicobacteriales		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	MO
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	MO
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	1	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	1	PA
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	1	
ANTIVIRALES (SITÉMICO)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	1	MO
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	1	MO
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	1	MO
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 600 MG/3ML	1	QL (24 per 365 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	1	MO
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 400 & 600 MG/2ML, 600 & 900 MG/3ML	1	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	1	MO
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	MO
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	1	MO
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	1	MO
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	1	MO
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	1	MO
EDURANT PED ORAL TABLET SOLUBLE 2.5 MG	1	MO
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	1	MO
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	1	MO
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	1	MO
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	1	MO
<i>emtricitab-rilpivir-tenofovir df oral tablet 200-25-300 mg</i>	1	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	MO
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML	1	MO
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	MO
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	1	MO
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	1	MO
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	1	MO
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	1	MO
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	1	MO
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	1	MO
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	1	MO
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	1	MO
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 25 MG	1	MO
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	1	MO
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5ML	1	MO; QL (480 per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	1	MO
<i>lamivudine oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	1	MO
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	MO
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	1	MO; QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	1	MO; QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	1	MO; QL (1200 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	1	MO
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	1	MO
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	1	MO
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	1	MO
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG	1	MO
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	1	MO
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	1	MO
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	1	MO
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	1	MO
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	1	MO
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	MO
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG, 75 MG	1	MO
<i>stavudine oral capsule 30 mg, 40 mg</i>	1	MO
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	1	MO
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG	1	
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	1	
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 463.5 MG/1.5ML	1	PA BvD; MO
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	1	MO
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	1	MO
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG, 25 MG, 50 MG	1	MO
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	1	MO
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG	1	MO
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	1	MO
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	1	MO
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	1	MO
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	1	MO
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	1	MO
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	1	MO
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	1	MO
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	1	MO
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PACKET 200-50 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PACKET 45-200 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
<i>ledipasvir-sofosbuvir oral tablet 90-400 mg</i>	1	PA; QL (28 per 28 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	1	PA; QL (84 per 28 days)
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg</i>	1	PA; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	1	PA; MO
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	1	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg</i>	1	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 75 mg</i>	1	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	1	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG	1	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 6 X 150 MG & 5 X 100MG	1	QL (11 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG	1	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	1	PA; MO; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	1	QL (60 per 180 days)
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG, 2 X 20 MG	1	QL (4 per 180 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	1	QL (2 per 180 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 40 MG	1	QL (4 per 180 days)
Interferones		
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT	1	MO
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	1	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	1	PA
Nucleósidos Y Nucleótidos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	1	MO
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	1	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	1	MO
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	1	MO
COFACTORES ENZIMÁTICOS/OTROS		
Cofactores Enzimáticos/Otros		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
DISPOSITIVOS		
Dispositivos		
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8 MM	1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ALCOHOL PREP PAD	1	PA; ST
ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %	1	PA; ST
ALCOHOL SWABS PAD	1	PA; ST
ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
AQ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM	1	PA; ST
AUM ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %	1	PA; ST
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE 31G X 4 MM	1	PA; ST
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 5 MM	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 8 MM	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 33G X 4 MM	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 33G X 5 MM	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 33G X 6 MM	1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 32G X 5 MM	1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 33G X 4 MM	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AUM PEN NEEDLE 33G X 5 MM	1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 33G X 6 MM	1	PA; ST
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
AUM SAFETY PEN NEEDLE 31G X 4 MM	1	PA; ST
BD AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM	1	PA; ST
BD ECLIPSE SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 25G X 1" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 25G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 26G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML (OTC)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (OTC)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 27G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 28G X 1/2" 1 ML (OTC)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 28G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE U-100 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE MICRO ULTRAFINE 32G X 6 MM	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE 31G X 5 MM	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN 32G X 4 MM	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE NANO ULTRAFINE 32G X 4 MM	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE ORIG ULTRAFINE 29G X 12.7MM	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE SHORT ULTRAFINE 31G X 8 MM	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE SYRINGE/NEEDLE 27G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
BD SWAB SINGLE USE REGULAR PAD	1	PA; ST
BD SWABS SINGLE USE BUTTERFLY PAD	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 29G X 12MM	1	PA; ST
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 33G X 4 MM	1	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 8 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 5 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 6 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 8 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 4 MM	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 4 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 5 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 6 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 8 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 4 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 5 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 6 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 8 MM	1	PA; ST
CURITY ALCOHOL PREPS PAD 70 %	1	PA; ST
CURITY ALL PURPOSE SPONGES PAD 2"X2"	1	PA; ST
CURITY GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
CURITY GAUZE SPONGE PAD 2"X2"	1	PA; ST
CURITY SPONGES PAD 2"X2"	1	PA; ST
CVS GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
CVS GAUZE STERILE PAD 2"X2"	1	PA; ST
CVS ISOPROPYL ALCOHOL WIPES EXTERNAL 70 %	1	PA; ST
DERMACEA GAUZE SPONGE PAD 2"X2"	1	PA; ST
DERMACEA IV DRAIN SPONGES PAD 2"X2"	1	PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN SPONGES PAD 2"X2"	1	PA; ST
DERMACEA TYPE VII GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
DIATHRIVE PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
DIATHRIVE PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST
DIATHRIVE PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
DIATHRIVE PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 29G X 10MM	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
DROPLET PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 8 MM	1	PA; ST
DROPSAFE ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
DRUG MART UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM	1	PA; ST
EASY COMFORT ALCOHOL PADS PAD	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 32G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 32G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29G X 4MM	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29G X 5MM	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33G X 5 MM	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33G X 6 MM	1	PA; ST
EASY GLIDE PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH ALCOHOL PREP MEDIUM PAD 70 %	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK SAFETY SYR 27G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 30G X 5 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 30G X 6 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 29G X 5MM	1	PA; ST
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 29G X 8MM	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM	1	PA; ST
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML	1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM	1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM	1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 29G X 12.7MM	1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 31G X 5 MM	1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 31G X 8 MM	1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 32G X 6 MM	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 30G X 5 MM	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
EQL ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
EQL GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
EQL INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EQL INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EXEL COMFORT POINT INSULIN SYR 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
EXEL COMFORT POINT INSULIN SYR 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	1	PA; ST
FREESTYLE PRECISION INS SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
FREESTYLE PRECISION INS SYR 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
FREESTYLE PRECISION INS SYR 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
FREESTYLE PRECISION INS SYR 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
GAUZE PADS PAD 2"X2"	1	PA; ST
GAUZE TYPE VII MEDI-PAK PAD 2"X2"	1	PA; ST
GLOBAL ALCOHOL PREP EASE PAD 70 %	1	PA; ST
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
GNP ALCOHOL SWABS PAD	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 30GX5/16" 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16" 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
GNP PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
GNP STERILE GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
GOODSENSE ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 31G X 5 MM	1	PA; ST
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 31G X 8 MM	1	PA; ST
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 32G X 4 MM	1	PA; ST
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 32G X 6 MM	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 29G X 12MM	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31G X 5 MM	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31G X 6 MM	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31G X 8 MM	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 32G X 4 MM	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL ALCOHOL PAD	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
HM STERILE ALCOHOL PREP PAD	1	PA; ST
HM STERILE PADS PAD 2"X2"	1	PA; ST
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
INPEN 100-BLUE-LILLY-HUMALOG DEVICE	1	
INPEN 100-BLUE-NOVOLOG-FIASP DEVICE	1	
INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 27G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 27G X 1/2" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 27G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 28G X 1/2" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 28G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 1/4" 0.3 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 1/4" 0.5 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 1/4" 1 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 5/16" 0.5 ML (OTC)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST
INSUPEN SENSITIVE 32G X 6 MM	1	PA; ST
INSUPEN SENSITIVE 32G X 8 MM	1	PA; ST
INSUPEN ULTRAFIN 29G X 12MM	1	PA; ST
INSUPEN ULTRAFIN 30G X 8 MM	1	PA; ST
INSUPEN ULTRAFIN 31G X 6 MM	1	PA; ST
INSUPEN ULTRAFIN 31G X 8 MM	1	PA; ST
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM	1	PA; ST
J & J GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
KENDALL HYDROPHILIC FOAM DRESS PAD 2"X2"	1	PA; ST
KENDALL HYDROPHILIC FOAM PLUS PAD 2"X2"	1	PA; ST
KINRAY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G U-100 1 ML	1	PA; ST
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G U-100 0.3 ML	1	PA; ST
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G U-100 1 ML	1	PA; ST
KROGER INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
KROGER PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
KROGER PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
LEADER INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
LEADER INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
LEADER UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM	1	PA; ST
LEADER UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 5 MM	1	PA; ST
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 8 MM	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29G X 5MM	1	PA; ST
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29G X 8MM	1	PA; ST
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" 27G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" 27G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
MEDIC INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
MEDIC INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
MEDPURA ALCOHOL PADS 70 % EXTERNAL	1	PA; ST
MEIJER ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
MEIJER PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
MEIJER PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
MEIJER PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 33G X 4 MM	1	PA; ST
MIRASORB SPONGES 2"X2"	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
MM PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
MM PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 25G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML (OTC)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (OTC)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE U-100 1 ML	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (OTC)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (OTC)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML (OTC)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
MS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
MS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
MS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
MS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
NOVOFINE AUTOCOVER 30G X 8 MM	1	PA; ST
NOVOFINE PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
NOVOTWIST PEN NEEDLE 32G X 5 MM	1	PA; ST
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5) KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 LIBRE2 G6 INTRO GEN5 KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3) KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	1	QL (10 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM	1	PA; ST
PC UNIFINE PENTIPS 31G X 6 MM	1	PA; ST
PC UNIFINE PENTIPS 31G X 8 MM	1	PA; ST
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 31G X 8 MM	1	PA; ST
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 32G X 4 MM	1	PA; ST
PEN NEEDLES 30G X 5 MM (OTC)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
PENTIPS 29G X 12MM (RX)	1	PA; ST
PENTIPS 31G X 5 MM (RX)	1	PA; ST
PENTIPS 31G X 8 MM (RX)	1	PA; ST
PENTIPS 32G X 4 MM (RX)	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
PIP PEN NEEDLES 31G X 5MM 31G X 5 MM	1	PA; ST
PIP PEN NEEDLES 32G X 4MM 32G X 4 MM	1	PA; ST
PRECISION SUREDOSE PLUS SYR 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
PRECISION SUREDOSE PLUS SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 30G X 3/8" 0.5 ML	1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM	1	PA; ST
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
PRO COMFORT ALCOHOL PAD 70 %	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 8 MM	1	PA; ST
PRODIGY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
PRODIGY INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
PRODIGY INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
PURE COMFORT ALCOHOL PREP PAD	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 5 MM	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 8 MM	1	PA; ST
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
PX SHORTLENGTH PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
QC ALCOHOL EXTERNAL 70 %	1	PA; ST
QC ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
QC BORDER ISLAND GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 29G X 12.7MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 31G X 4 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 5 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 8 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 4 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 5 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 6 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 8 MM	1	PA; ST
RA ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
RA INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
RA INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
RA INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
RA INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
<i>ra isopropyl alcohol wipes external 70 %</i>	1	PA; ST
RA PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
RA PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
RA STERILE PAD 2"X2"	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G X 12MM	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G X 4 MM	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
REALITY SWABS PAD	1	PA; ST
RELION ALCOHOL SWABS PAD	1	PA; ST
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	1	PA; ST
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
RELION MINI PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
RELION PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
RELION PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
RELION PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
RESTORE CONTACT LAYER PAD 2"X2"	1	PA; ST
SAFETY INSULIN SYRINGES 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SAFETY INSULIN SYRINGES 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SAFETY INSULIN SYRINGES 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SAFETY INSULIN SYRINGES 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLES 30G X 5 MM	1	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SB ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
SM ALCOHOL PREP PAD	1	PA; ST
SM ALCOHOL PREP PAD 6-70 % EXTERNAL	1	PA; ST
SM ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
SM GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
STERILE GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
STERILE PAD 2"X2"	1	PA; ST
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.3 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM (OTC)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM (RX)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SURE-PREP ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
SURGICAL GAUZE SPONGE PAD 2"X2"	1	PA; ST
TECHLITE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
THERAGAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 32G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 32G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 32G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 33G X 5 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 33G X 6 MM	1	PA; ST
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	1	PA; ST
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (OTC)	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 1 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML (OTC)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML (RX)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML (OTC)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 30G X 5 MM	1	PA; ST
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 29G X 12.7MM (OTC)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 29G X 12.7MM (RX)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM (OTC)	1	PA; ST
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM (RX)	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE 29G X 12.7MM	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTILET ALCOHOL SWABS PAD	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 29G X 12.7MM	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA THIN PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST
ULTRA-COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT 31G X 8 MM	1	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	1	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
UNIFINE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 31G X 6 MM	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 31G X 8 MM	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 29G X 12MM	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 6 MM	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 32G X 4 MM	1	PA; ST
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 5 MM	1	PA; ST
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 8 MM	1	PA; ST
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 30G X 5 MM	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 30G X 8 MM	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 3/16" 0.5 ML	1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 3/16" 1 ML	1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 29G X 12MM	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
V-GO 20 KIT 20 UNIT/24HR	1	QL (30 per 30 days)
V-GO 30 KIT 30 UNIT/24HR	1	QL (30 per 30 days)
V-GO 40 KIT 40 UNIT/24HR	1	QL (30 per 30 days)
VP INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE PAD 70 %	1	PA; ST
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 8 MM	1	PA; ST
ZEVRX STERILE ALCOHOL PREP PAD PAD 70 %	1	PA; ST
PREPARACIONES DE REEMPLAZO		
Preparaciones De Reemplazo		
<i>dextrose-nacl intravenous solution 5-0.9 %</i>	1	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	1	
<i>klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq</i>	1	MO
<i>klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq</i>	1	MO
<i>klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq</i>	1	MO
LACTATED RINGERS INTRAVENOUS SOLUTION	1	
MAGNESIUM SULFATE INJECTION SOLUTION 50 %	1	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 % (10ml syringe)</i>	1	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq, 8 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	1	PA BvD
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	1	MO
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %</i>	1	
PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN		
Agentes Hematológicos, Varios		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	1	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	1	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	1	MO; QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml</i>	1	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 30 mg/0.3ml</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i>	1	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 60 mg/0.6ml</i>	1	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml</i>	1	QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	1	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 5 mg/0.4ml</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 7.5 mg/0.6ml</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	1	
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>rivaroxaban oral suspension reconstituted 1 mg/ml</i>	1	MO; QL (600 per 30 days)
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML	1	MO; QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	1	
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	1	MO
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	1	MO
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	1	MO
<i>dipyridamole oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	1	MO
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	1	MO
Modificadores De Formación De Sangre		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral packet 12.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral packet 25 mg</i>	1	PA; MO; QL (180 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 25 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	1	PA; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	1	PA; QL (20 per 30 days)
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	1	PA

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML	1	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	1	PA
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	1	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML(1ML), 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	1	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40000 UNIT/ML	1	PA; QL (4 per 28 days)
REEMPLAZO/MODIFICADORES DE ENZIMA		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	1	MO
<i>javygtor oral tablet 100 mg</i>	1	PA; MO
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	PA; MO
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	1	PA; MO
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	1	PA BvD; MO
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	1	PA; MO
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45ML, 28 MG/0.7ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8ML	1	PA; MO
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 UNIT	1	MO
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
<i>baclofen oral solution 10 mg/5ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1	
SOLUCIONES IRRIGANTES		
Soluciones Irrigantes		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	1	
VITAMINAS Y MINERALES		
Vitaminas Y Minerales		
C-NATE DHA CAPSULE 28-1-200 MG ORAL	1	
COMPLETENATE TABLET CHEWABLE 29-1 MG ORAL	1	
FOLIVANE-OB CAPSULE 85-1 MG ORAL	1	
KOSHER PRENATAL PLUS IRON TABLET 30-1 MG ORAL	1	
M-NATAL PLUS TABLET 27-1 MG ORAL	1	
NIVA-PLUS TABLET 27-1 MG ORAL	1	
OBSTETRIX DHA 29-1 & 350 MG ORAL	1	
PNV 27-CA/FE/FA TABLET 60-1 MG ORAL	1	
PNV TABS 29-1 TABLET 29-1 MG ORAL	1	
PNV-DHA+DOCUSATE CAPSULE 27-1.25-300 MG ORAL	1	
PNV-OMEGA CAPSULE 28-0.6-0.4-340 MG ORAL	1	
PRENA 1 TRUE 30-1.4 & 300 MG ORAL	1	
PRENAISSANCE CAPSULE 29-1.25-325 MG ORAL	1	
PRENAISSANCE PLUS CAPSULE 28-1-250 MG ORAL	1	
PRENATABS FA TABLET 29-1 MG ORAL	1	
PRENATAL 19 TABLET CHEWABLE 29-1 MG ORAL	1	
PRENATAL ORAL TABLET 27-1 MG	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PRENATAL PLUS IRON TABLET 29-1 MG ORAL	1	
PRENATAL-U CAPSULE 106.5-1 MG ORAL	1	
PREPLUS TABLET 27-1 MG ORAL	1	
PRETAB TABLET 29-1 MG ORAL	1	
SELECT-OB TABLET CHEWABLE 29-0.6-0.4 MG ORAL	1	
SELECT-OB TABLET CHEWABLE 29-1 MG ORAL	1	
SE-NATAL 19 TABLET CHEWABLE 29-1 MG ORAL	1	
TARON-C DHA CAPSULE 35-1 MG ORAL	1	
TARON-PREX CAPSULE 30-1.2-265 MG ORAL	1	
VIRT-C DHA CAPSULE 53.5-38-1 MG ORAL	1	
VIRT-NATE DHA CAPSULE 28-1-200 MG ORAL	1	
VIRT-PN DHA CAPSULE 27-0.6-0.4-300 MG ORAL	1	
VIRT-PN PLUS CAPSULE 28-0.6-0.4-340 MG ORAL	1	
VITAFOL GUMMIES TABLET CHEWABLE 3.33-0.333-34.8 MG ORAL	1	
VITAFOL-OB+DHA 65-1 & 250 MG ORAL	1	
VP-PNV-DHA CAPSULE 28-1-215.8 MG ORAL	1	
ZATEAN-PN DHA CAPSULE 27-0.6-0.4-300 MG ORAL	1	
ZATEAN-PN PLUS CAPSULE 28-0.6-0.4-340 MG ORAL	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 25266, número de versión 19. Efectivo 2025/12/01. Fecha en que se actualizo 2025/11/25.

Listado alfabético

A		
<i>abacavir sulfate</i>	105	
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	105	
ABELCET	103	
<i>abigale</i>	64	
<i>abigale lo</i>	64	
ABILIFY ASIMTUFII	35	
ABILIFY MAINTENA	35, 36	
<i>abiraterone acetate</i>	12	
<i>abirtega</i>	12	
ABOUTTIME PEN NEEDLE	110	
ABRYSVO	73	
<i>acamprosate calcium</i>	25	
<i>acarbose</i>	27	
<i>acebutolol hcl</i>	42	
<i>acetaminophen-codeine</i>	83	
ACETAMINOPHEN-CODEINE	83	
<i>acetazolamide</i>	77	
<i>acetazolamide er</i>	77	
<i>acetazolamide sodium</i>	77	
<i>acetic acid</i>	78, 154	
<i>acetylcysteine</i>	53	
<i>acitretin</i>	59	
ACTEMRA	68	
ACTEMRA ACTPEN	68	
ACTHAR	66	
ACTHAR GEL	66	
ACTHIB	73	
ACTIMMUNE	81	
<i>acyclovir</i>	59, 109	
<i>acyclovir sodium</i>	109	
ADACEL	73	
<i>adapalene</i>	60	
<i>adefovir dipivoxil</i>	109	
ADEMPAS	82	
ADVAIR HFA	54	
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	110	
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES	110	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE	110	
<i>afirmelle</i>	91	
AIMOVIG	32	
AIRSUPRA	55	
AJOVY	32	
AKEEGA	12	
<i>ala-cort</i>	57	
<i>albendazole</i>	34	
<i>albuterol sulfate</i>	56	
<i>albuterol sulfate hfa</i>	56	
ALCOHOL PREP	110	
ALCOHOL PREP PADS	111	
ALCOHOL SWABS	111	
ALECENSA	12	
<i>alendronate sodium</i>	49	
<i>alfuzosin hcl er</i>	63	
<i>aliskiren fumarate</i>	48	
<i>allopurinol</i>	32	
<i>alosetron hcl</i>	49	
<i>alprazolam</i>	26	
ALREX	79	
<i>altavera</i>	91	
ALTRENO	60	
ALUNBRIG	12	
ALVAIZ	152	
<i>alyacen 1/35</i>	91	
<i>alyacen 7/7/7</i>	91	
ALYFTREK	53	
<i>alyq</i>	82	
<i>amantadine hcl</i>	34	
<i>amethyst</i>	91	
<i>amikacin sulfate</i>	86	
<i>amiloride hcl</i>	47	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	47	
<i>amiodarone hcl</i>	41	
<i>amitriptyline hcl</i>	100	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	45	
<i>amlodipine besylate</i>	45	
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	45	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	45	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	45	
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	45	
<i>ammonium lactate</i>	59	
<i>amoxapine</i>	100	
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i>	60	
<i>amoxicillin</i>	89	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	89	
<i>amphetamine-dextroamphet er</i>	50	
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	50	
<i>amphotericin b</i>	103	
<i>amphotericin b liposome</i>	103	
<i>ampicillin</i>	89	
<i>ampicillin sodium</i>	89	
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	89	
<i>anagrelide hcl</i>	151	
<i>anastrozole</i>	12	
ANKTIVA	12	
ANORO ELLIPTA	56	
<i>aprepitant</i>	33	
APRETUDE	105	
<i>apri</i>	92	
APTIVUS	105	
AQ INSULIN SYRINGE	111	
AQINJECT PEN NEEDLE	111	

ARCALYST.....	68	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	92	BD INSULIN SYRINGE	
AREXVY.....	73	<i>aurovela fe 1/20</i>	92	ULTRAFINE.....	112, 113
ARIKAYCE.....	86	AUSTEDO.....	51	BD PEN NEEDLE MICRO	
<i>aripiprazole</i>	36	AUSTEDO XR.....	51	ULTRAFINE.....	113
ARISTADA.....	36	AUSTEDO XR PATIENT		BD PEN NEEDLE MINI U/F	
ARISTADA INITIO.....	36	TITRATION.....	51	.....	113
<i>armodafinil</i>	50	AUVELITY.....	100	BD PEN NEEDLE MINI	
ARNUITY ELLIPTA.....	55	<i>aviane</i>	92	ULTRAFINE.....	113
<i>asenapine maleate</i>	36	AVMAPKI FAKZYNJA CO-		BD PEN NEEDLE NANO 2ND	
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	152	PACK.....	12	GEN.....	113
ASSURE ID DUO PRO PEN		AVONEX PEN.....	51	BD PEN NEEDLE NANO	
NEEDLES.....	111	AVONEX PREFILLED.....	51	ULTRAFINE.....	113
ASSURE ID INSULIN		AXTLE.....	12	BD PEN NEEDLE ORIG	
SAFETY SYR.....	111	<i>ayuna</i>	92	ULTRAFINE.....	113
ASSURE ID PRO PEN		AYVAKIT.....	12	BD PEN NEEDLE SHORT	
NEEDLES.....	111	<i>azacitidine</i>	12	ULTRAFINE.....	113
ASTAGRAF XL.....	68	<i>azathioprine</i>	68	BD SAFETYGLIDE INSULIN	
<i>atazanavir sulfate</i>	105	<i>azathioprine sodium</i>	68	SYRINGE.....	113
<i>atenolol</i>	42	<i>azelastine hcl</i>	80	BD SAFETYGLIDE	
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	42	<i>azithromycin</i>	88, 89	SYRINGE/NEEDLE.....	113
<i>atomoxetine hcl</i>	50, 51	<i>aztreonam</i>	87	BD SWAB SINGLE USE	
<i>atorvastatin calcium</i>	45	<i>azurette</i>	92	REGULAR.....	113
<i>atovaquone</i>	34	B		BD SWABS SINGLE USE	
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	34	<i>bacitracin</i>	78	BUTTERFLY.....	113
<i>atropine sulfate</i>	80	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	78	BD VEO INSULIN SYR U/F	
ATROVENT HFA.....	56	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>		1/2UNIT.....	113
<i>aubra eq</i>	92	.....	78	BD VEO INSULIN SYR	
AUGTYRO.....	12	<i>baclofen</i>	153, 154	ULTRAFINE.....	114
AUM ALCOHOL PREP PADS		<i>balsalazide disodium</i>	49	BD VEO INSULIN SYRINGE	
.....	111	BALVERSA.....	12	U/F.....	114
AUM INSULIN SAFETY PEN		BAQSIMI ONE PACK.....	81	BELSOMRA.....	50
NEEDLE.....	111	BAQSIMI TWO PACK.....	81	<i>benazepril hcl</i>	47
AUM MINI INSULIN PEN		BCG VACCINE.....	73	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	
NEEDLE.....	111	BD AUTOSHIELD DUO	112	.....	47
AUM PEN NEEDLE ..	111, 112	BD ECLIPSE SYRINGE	112	<i>bendamustine hcl</i>	12
AUM READYGARD DUO		BD INSULIN SYR		BENDAMUSTINE HCL.....	12
PEN NEEDLE.....	112	ULTRAFINE II.....	112	BENDEKA.....	12
AUM SAFETY PEN NEEDLE		BD INSULIN SYRINGE	112	BENLYSTA.....	68
.....	112	BD INSULIN SYRINGE		<i>benztropine mesylate</i>	35
<i>aurovela 1.5/30</i>	92	HALF-UNIT.....	112	BESIVANCE.....	78
<i>aurovela 1/20</i>	92	BD INSULIN SYRINGE		BESREMI.....	68
<i>aurovela 24 fe</i>	92	MICROFINE.....	112	<i>betaine</i>	81

<i>betamethasone dipropionate</i> ..58	<i>bromocriptine mesylate</i> .....35	CAREFINE PEN NEEDLES
<i>betamethasone dipropionate aug</i>	BRONCHITOL TOLERANCE	114
.....57	TEST .....53	CAREONE INSULIN
<i>betamethasone valerate</i>.....58	BRUKINSA.....13	SYRINGE.....114
BETAMETHASONE	<i>budesonide</i>.....49, 55	CARETOUCH ALCOHOL
VALERATE.....58	<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	PREP.....114
BETASERON .....51	55	CARETOUCH INSULIN
<i>betaxolol hcl</i> .....77	<i>bumetanide</i> .....47	SYRINGE.....114, 115
<i>bethanechol chloride</i>.....63	<i>buprenorphine</i> .....83	CARETOUCH PEN NEEDLES
<i>bexarotene</i> .....12	<i>buprenorphine hcl</i> .....25	115
BEXSERO.....73	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	<i>carglumic acid</i>.....61
<i>bicalutamide</i> .....12	25	<i>carisoprodol</i> .....154
BICILLIN C-R.....89	<i>bupropion hcl</i> .....100	<i>carteolol hcl</i>.....77
BICILLIN C-R 900/300 .....89	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	<i>cartia xt</i>.....43
BICILLIN L-A .....90	25	<i>carvedilol</i>.....42
BIKTARVY .....105	<i>bupropion hcl er (sr)</i> .....100	CAYSTON .....87
<i>bimatoprost</i>.....77	<i>bupropion hcl er (xl)</i>.....100	<i>cefaclor</i> .....87
<i>bisoprolol fumarate</i> .....42	<i>buspirone hcl</i> .....81	<i>cefadroxil</i>.....87
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	<i>butalbital-apap-caff-cod</i>.....83	<i>cefazolin sodium</i> .....88
.....42	<i>butalbital-apap-caffeine</i> .....84	<i>cefdinir</i>.....88
BIZENGRI (750 MG DOSE). 13	C	<i>cefepime hcl</i>.....88
<i>bleomycin sulfate</i>.....13	CABENUVA.....105	<i>cefixime</i>.....88
<i>blisovi 24 fe</i> .....92	<i>cabergoline</i>.....35	<i>cefoxitin sodium</i>.....88
<i>blisovi fe 1.5/30</i> .....92	CABOMETYX.....13	<i>cefpodoxime proxetil</i> .....88
<i>blisovi fe 1/20</i> .....92	<i>calcipotriene</i>.....59	<i>cefprozil</i> .....88
BOOSTRIX.....74	<i>calcitonin (salmon)</i>.....49	<i>ceftazidime</i>.....88
<i>bortezomib</i> .....13	<i>calcitriol</i> .....49, 59	<i>ceftriaxone sodium</i>.....88
BORUZU .....13	<i>calcium acetate</i>.....62	<i>cefuroxime axetil</i> .....88
<i>bosentan</i> .....82	<i>calcium acetate (phos binder)</i> 62	<i>cefuroxime sodium</i>.....88
BOSULIF .....13	CALQUENCE.....13	<i>celecoxib</i> .....82
BRAFTOVI.....13	<i>camila</i> .....92	<i>cephalexin</i> .....88
BREO ELLIPTA .....55	CAMZYOS .....43	<i>cevimeline hcl</i> .....57
<i>breyana</i>.....55	<i>candesartan cilexetil</i>.....44	<i>chateal eq</i>.....92
BREZTRI AEROSPHERE ....56	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>.....44	<i>chlordiazepoxide hcl</i>.....26
BRILINTA .....152	CAPLYTA.....36	<i>chlordiazepoxide-clidinium</i> ....27
<i>brimonidine tartrate</i> .....77	CAPRELSA.....13	<i>chlorhexidine gluconate</i> .....57
<i>brimonidine tartrate-timolol</i> ..77	<i>captopril</i> .....47	<i>chloroquine phosphate</i> .....34
<i>brinzolamide</i>.....77	<i>carbamazepine</i>.....97	<i>chlorpromazine hcl</i>.....36
BRIVIACT .....96, 97	<i>carbamazepine er</i> .....97	<i>chlorthalidone</i>.....47
<i>bromfenac sodium</i> .....79	<i>carbidopa-levodopa</i>.....35	<i>cholestyramine</i>.....45
<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	<i>carbidopa-levodopa er</i> .....35	<i>cholestyramine light</i> .....45
.....79		<i>ciclopirox</i> .....103

<i>ciclopirox olamine</i>	103	<i>clonazepam</i>	26	COSENTYX (300 MG DOSE)	
<i>cilostazol</i>	152	<i>clonidine</i>	41	.....	68
CIMDUO.....	105	<i>clonidine hcl</i>	41	COSENTYX SENSOREADY	
<i>cimetidine</i>	60	<i>clopidogrel bisulfate</i>	152	(300 MG).....	68
<i>cimetidine hcl</i>	60	<i>clorazepate dipotassium</i>	26	COSENTYX UNOREADY ..	68
CIMZIA.....	68	<i>clotrimazole</i>	103	COTELLIC.....	13
CIMZIA (2 SYRINGE).....	68	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	103	CREON.....	153
<i>cinacalcet hcl</i>	49	<i>clozapine</i>	36	CRESEMBA.....	103
CINQAIR.....	53	C-NATE DHA.....	154	<i>cromolyn sodium</i>	53, 61, 80
<i>ciprofloxacin hcl</i>	78, 90	COARTEM	34	<i>cryselle-28</i>	92
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	90	COBENFY	36	CURITY ALCOHOL PREPS	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	78	COBENFY STARTER PACK		.....	117
<i>citalopram hydrobromide</i>	100, 101	.....	37	CURITY ALL PURPOSE	
<i>clarithromycin</i>	89	<i>colchicine</i>	32	SPONGES	117
CLENPIQ.....	62	<i>colchicine-probenecid</i>	32	CURITY GAUZE.....	117
CLEVER CHOICE COMFORT		<i>colesevelam hcl</i>	45	CURITY GAUZE SPONGE	117
EZ.....	115	<i>colestipol hcl</i>	45	CURITY SPONGES	117
CLICKFINE PEN NEEDLES		<i>colistimethate sodium (cba)</i>	86	CVS GAUZE.....	117
.....	115	COMBIVENT RESPIMAT ..	56	CVS GAUZE STERILE.....	117
<i>clindamycin hcl</i>	86	COMETRIQ (100 MG DAILY		CVS ISOPROPYL ALCOHOL	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>		DOSE)	13	WIPES	117
.....	60	COMETRIQ (140 MG DAILY		<i>cyclafem 1/35</i>	92
<i>clindamycin phosphate</i>	60, 85, 86	DOSE)	13	<i>cyclafem 7/7/7</i>	92
CLINIMIX E/DEXTROSE		COMETRIQ (60 MG DAILY		<i>cyclobenzaprine hcl</i>	154
(8/10).....	41	DOSE)	13	<i>cyclophosphamide</i>	13, 14
CLINIMIX E/DEXTROSE		COMFORT ASSIST INSULIN		CYCLOPHOSPHAMIDE	13, 14
(8/14).....	41	SYRINGE.....	115	<i>cyclosporine</i>	68, 79
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5)		COMFORT EZ INSULIN		<i>cyclosporine modified</i>	68
.....	41	SYRINGE.....	115, 116	CYLTEZO (2 PEN).....	69
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10)		COMFORT EZ PEN NEEDLES		CYLTEZO (2 SYRINGE).....	69
.....	41	.....	116	CYLTEZO-CD/UC/HS	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14)		COMFORT EZ PRO PEN		STARTER	69
.....	41	NEEDLES	116, 117	CYLTEZO-PSORIASIS/UV	
<i>clinisol sf</i>	41	COMFORT TOUCH INSULIN		STARTER	69
<i>clobazam</i>	97	PEN NEED.....	117	<i>cyred eq</i>	92
<i>clobetasol propionate</i>	58	COMPLETENATE	154	D	
<i>clobetasol propionate e</i>	58	<i>compro</i>	33	<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	
<i>clobetasol propionate emulsion</i>		<i>constulose</i>	61	.....	151
.....	58	COPIKTRA.....	13	<i>dalfampridine er</i>	51
<i>clomipramine hcl</i>	101	CORLANOR.....	43	<i>danazol</i>	64
		CORTROPHIN	66	<i>dantrolene sodium</i>	154
		COSENTYX.....	68, 81	DANYELZA	14

DANZITEN.....	14	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	65, 80	<i>doxazosin mesylate</i>	41
<i>dapsone</i>	104	<i>dextrose</i>	41	<i>doxepin hcl</i>	50, 101
DAPTACEL	74	<i>dextrose-nacl</i>	150	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	14
<i>daptomycin</i>	86	<i>dextrose-sodium chloride</i>	150	<i>doxy 100</i>	91
DAPTOMYCIN	86	DIACOMIT	97	<i>doxycycline hyclate</i>	91
<i>darunavir</i>	105	DIATHRIVE PEN NEEDLE.....	117	<i>doxycycline monohydrate</i>	91
<i>dasatinib</i>	14	<i>diazepam</i>	26, 97	DRIZALMA SPRINKLE	101
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	92	<i>diazepam intensol</i>	26	<i>dronabinol</i>	33
<i>dasetta 7/7/7</i>	92	<i>diazoxide</i>	81	DROPLET INSULIN	
DATROWAY.....	14	<i>diclofenac epolamine</i>	82	SYRINGE.....	118
DAURISMO.....	14	<i>diclofenac potassium</i>	82	DROPLET MICRON	118
<i>deblitane</i>	92	<i>diclofenac sodium</i>	80, 82, 83	DROPLET PEN NEEDLES.....	118,
<i>decitabine</i>	14	<i>diclofenac sodium er</i>	82	119	
<i>deferasirox</i>	85	<i>diclofenac-misoprostol</i>	83	DROPSAFE ALCOHOL PREP	
<i>deferasirox granules</i>	85	<i>dicloxacillin sodium</i>	90	.....	119
DELSTRIGO.....	105	<i>dicyclomine hcl</i>	61	DROPSAFE SAFETY PEN	
<i>delyla</i>	92	DIFICID	89	NEEDLES	119
<i>demeclocycline hcl</i>	91	<i>difluprednate</i>	80	DROPSAFE SAFETY	
DENG VAXIA	74	<i>digoxin</i>	43	SYRINGE/NEEDLE	119
<i>denta 5000 plus</i>	57	<i>dihydroergotamine mesylate</i> ..	32	<i>droxidopa</i>	41
<i>dentagel</i>	57	<i>diltiazem hcl</i>	43	DRUG MART ULTRA	
DEPO-SUBQ PROVERA	104	<i>diltiazem hcl er</i>	43	COMFORT SYR.....	119
.....	67	<i>diltiazem hcl er beads</i>	43	DRUG MART UNIFINE	
DERMACEA GAUZE		<i>diltiazem hcl er coated beads</i> ..	43	PENTIPS	120
SPONGE	117	<i>dilt-xr</i>	43	DUAVEE.....	64
DERMACEA IV DRAIN		<i>dimethyl fumarate</i>	51	<i>duloxetine hcl</i>	101
SPONGES	117	<i>dimethyl fumarate starter pack</i>		DUPIXENT	69
DERMACEA NON-WOVEN		.....	51	<i>dutasteride</i>	63
SPONGES	117	<i>diphenoxylate-atropine</i>	61	E	
DERMACEA TYPE VII		DIPHThERIA-TETANUS		EASY COMFORT ALCOHOL	
GAUZE	117	TOXOIDS DT	74	PADS.....	120
DESCOVY	105	<i>dipyridamole</i>	152	EASY COMFORT INSULIN	
<i>desipramine hcl</i>	101	<i>disulfiram</i>	26	SYRINGE.....	120
<i>desloratadine</i>	104	<i>divalproex sodium</i>	97	EASY COMFORT PEN	
<i>desmopressin ace spray refrig</i> ..	66	<i>divalproex sodium er</i>	97	NEEDLES	120, 121
<i>desmopressin acetate</i>	66	<i>dofetilide</i>	42	EASY GLIDE PEN NEEDLES	
<i>desmopressin acetate spray</i>	66	<i>dolishale</i>	92	.....	121
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	92	<i>donepezil hcl</i>	27	EASY TOUCH ALCOHOL	
<i>desvenlafaxine succinate er</i> ..	101	<i>dorzolamide hcl</i>	77	PREP MEDIUM.....	121
<i>dexamethasone</i>	65	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> ..	77	EASY TOUCH FLIPLOCK	
<i>dexamethasone sod phosphate pf</i>		DOVATO	105	INSULIN SY	121
.....	65				

EASY TOUCH FLIPLOCK SAFETY SYR.....	121	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100	123	<i>epitol</i>	97
EASY TOUCH INSULIN BARRELS.....	121	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500	124	EPIVIR HBV	106
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR.....	121	EMBECTA PEN NEEDLE NANO	124	EPKINLY	14
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE.....	121, 122	EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN	124	<i>epplerenone</i>	48
EASY TOUCH PEN NEEDLES	122	EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE.....	124	EQL ALCOHOL SWABS ...	124
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES	122, 123	EMBRACE PEN NEEDLES	124	EQL GAUZE.....	124
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE	123	EMCYT	14	EQL INSULIN SYRINGE ...	124
<i>econazole nitrate</i>	103	EMGALITY	32	ERBITUX.....	14
EDURANT	105	EMGALITY (300 MG DOSE)	32	<i>ergoloid mesylates</i>	27
EDURANT PED	105	<i>emoquette</i>	92	ERIVEDGE	14
<i>efavirenz</i>	105	EMRELIS	14	ERLEADA	14
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	105	EMSAM	101	<i>erlotinib hcl</i>	15
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	106	<i>emtricitabine</i>	106	<i>errin</i>	92
ELAHERE.....	14	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	106	<i>ertapenem sodium</i>	87
ELEPSIA XR	97	<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df</i>	106	<i>erythromycin</i>	60, 78
ELIGARD	14	EMTRIVA.....	106	<i>erythromycin base</i>	89
<i>elinest</i>	92	<i>emzahn</i>	92	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...	89
ELIQUIS	151	<i>enalapril maleate</i>	47	ERZOFRI	37
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	151	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	47	<i>escitalopram oxalate</i>	101
ELREXFIO.....	14	ENBREL	69	<i>eslicarbazepine acetate</i>	97
<i>eltrombopag olamine</i>	152	ENBREL MINI	69	<i>esomeprazole magnesium</i>	61
<i>eluryng</i>	92	ENBREL SURECLICK	69	<i>estaryl</i>	92
EMBECTA AUTOSHIELD DUO	123	<i>endocet</i>	84	<i>estradiol</i>	64, 65
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT	123	ENGERIX-B	74	<i>estradiol-norethindrone acet</i> ..	65
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE.....	123	<i>enilloring</i>	92	ESTROGEL.....	65
EMBECTA INSULIN SYRINGE.....	123	<i>enoxaparin sodium</i>	151	<i>eszopiclone</i>	50
		<i>enpresse-28</i>	92	<i>ethambutol hcl</i>	104
		<i>enskyce</i>	92	<i>ethosuximide</i>	97
		<i>entacapone</i>	35	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> ..	92
		<i>entecavir</i>	109	<i>etodolac</i>	83
		ENTRESTO.....	44	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	93
		<i>enulose</i>	61	ETOPOPHOS	15
		EPCLUSA	108	<i>etoposide</i>	15
		EPIDIOLEX	97	<i>etravirine</i>	106
		<i>epinastine hcl</i>	80	EUCRISA	58
		<i>epinephrine</i>	43	EULEXIN.....	15
				<i>everolimus</i>	15, 69
				EVOTAZ	106
				EXEL COMFORT POINT INSULIN SYR	124
				EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE.....	124

<i>exemestane</i>	15	<i>flavoxate hcl</i>	63	FUZEON	106
EXTENCILLINE	90	<i>flecainide acetate</i>	42	FYARRO	15
EYSUVIS	80	<i>floxuridine</i>	15	FYCOMPA	98
<i>ezetimibe</i>	46	<i>fluconazole</i>	103	G	
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	46	<i>fluconazole in sodium chloride</i>		<i>gabapentin</i>	98
F		.....	103	<i>galantamine hydrobromide</i>	27
<i>falmina</i>	93	<i>flucytosine</i>	103	<i>galantamine hydrobromide er</i>	27
<i>famciclovir</i>	109	<i>fludrocortisone acetate</i>	65	<i>gallifrey</i>	67
<i>famotidine</i>	61	<i>flunisolide</i>	80	GAMUNEX-C	69
FANAPT	37	<i>fluocinolone acetonide</i>	58, 80	GARDASIL 9	74
FANAPT TITRATION PACK		<i>fluocinolone acetonide body</i> ...	58	GAUZE PADS	125
A	37	<i>fluocinolone acetonide scalp</i> ..	58	GAUZE TYPE VII MEDI-PAK	
FANAPT TITRATION PACK		<i>fluocinonide</i>	58	.....	125
B	37	<i>fluorometholone</i>	80	GAVILYTE-C	62
FANAPT TITRATION PACK		<i>fluorouracil</i>	15, 59	<i>gavilyte-g</i>	62
C	37	<i>fluoxetine hcl</i>	101	<i>gavilyte-n with flavor pack</i>	62
FARXIGA	27	<i>fluphenazine decanoate</i>	37	GAVRETO	15
FASENRA	54	<i>fluphenazine hcl</i>	37	<i>gefitinib</i>	15
FASENRA PEN	53	<i>flurbiprofen</i>	83	<i>gemfibrozil</i>	46
<i>febuxostat</i>	32	FLURBIPROFEN	83	<i>generlac</i>	61
<i>feirza 1.5/30</i>	93	<i>flurbiprofen sodium</i>	80	<i>gengraf</i>	69
<i>feirza 1/20</i>	93	FLUTAMIDE	15	GENTAK	78
<i>felbamate</i>	97	<i>fluticasone propionate</i>	58, 80	<i>gentamicin sulfate</i>	60, 78, 86
<i>felodipine er</i>	45	<i>fluticasone propionate hfa</i>	55	GENVOYA	106
<i>femynor</i>	93	<i>fluticasone-salmeterol</i>	55	GILOTRIF	15
<i>fenofibrate</i>	46	<i>fluvastatin sodium</i>	46	<i>glatiramer acetate</i>	51
<i>fenofibrate micronized</i>	46	<i>fluvastatin sodium er</i>	46	<i>glatopa</i>	51
<i>fentanyl</i>	84	<i>fluvoxamine maleate</i>	101	GLEOSTINE	15
<i>fentanyl citrate</i>	84	<i>fluvoxamine maleate er</i>	101	<i>glimepiride</i>	31
<i>fesoterodine fumarate er</i>	63	FOLIVANE-OB	154	<i>glipizide</i>	31, 32
FETZIMA	101	<i>fondaparinux sodium</i>	151	<i>glipizide er</i>	31
FETZIMA TITRATION	101	<i>fosamprenavir calcium</i>	106	<i>glipizide-metformin hcl</i>	32
FIASP	30	<i>fosfomycin tromethamine</i>	86	GLOBAL ALCOHOL PREP	
FIASP FLEXTOUCH	30	<i>fosinopril sodium</i>	47	EASE	125
FIASP PENFILL	30	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	48	GLOBAL EASE INJECT PEN	
<i>fidaxomicin</i>	89	<i>fosphenytoin sodium</i>	98	NEEDLES	125
<i>finasteride</i>	63	FOTIVDA	15	GLOBAL EASY GLIDE	
<i>fin golimod hcl</i>	51	FREESTYLE PRECISION INS		INSULIN SYR	125
FINTEPLA	97	SYR	124	GLOBAL INJECT EASE	
FIRMAGON	15	FRUZAQLA	15	INSULIN SYR	125
FIRMAGON (240 MG DOSE)		<i>fulvestrant</i>	15	<i>glucagon emergency</i>	81
.....	15	<i>furosemide</i>	47		

GLUCOPRO INSULIN		
SYRINGE.....	125	
<i>glyburide</i>	32	
<i>glyburide micronized</i>	32	
<i>glyburide-metformin</i>	32	
<i>glycopyrrolate</i>	27, 61	
<i>glydo</i>	85	
GLYXAMBI	28	
GNP ALCOHOL SWABS ...	125	
GNP CLICKFINE PEN		
NEEDLES	126	
GNP INSULIN SYRINGE... 126		
GNP INSULIN SYRINGES 126		
GNP INSULIN SYRINGES		
29GX1/2	126	
GNP INSULIN SYRINGES		
30GX5/16	126	
GNP INSULIN SYRINGES		
31GX5/16	126	
GNP PEN NEEDLES.....	126	
GNP STERILE GAUZE	126	
GNP ULTRA COM INSULIN		
SYRINGE.....	126	
GOMEKLI	15	
GOODSENSE ALCOHOL		
SWABS	126	
GOODSENSE CLICKFINE		
PEN NEEDLE.....	126	
GOODSENSE PEN NEEDLE		
PENFINE	126	
<i>griseofulvin microsize</i>	103	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> ...	104	
<i>guanfacine hcl</i>	41	
<i>guanfacine hcl er</i>	52	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	81	
GVOKE KIT	81	
GVOKE PFS	81	
H		
HAEGARDA	152	
<i>hailey 24 fe</i>	93	
<i>hailey fe 1.5/30</i>	93	
<i>hailey fe 1/20</i>	93	
<i>halobetasol propionate</i>	58	
<i>haloette</i>	93	
<i>haloperidol</i>	37	
<i>haloperidol decanoate</i>	37	
<i>haloperidol lactate</i>	37	
HARVONI.....	108	
HAVRIX	74	
HEALTHWISE INSULIN		
SYR/NEEDLE.....	126, 127	
HEALTHWISE MICRON PEN		
NEEDLES	127	
HEALTHWISE SHORT PEN		
NEEDLES	127	
HEALTHY ACCENTS		
UNIFINE PENTIP	127	
<i>heather</i>	93	
H-E-B INCONTROL		
ALCOHOL	127	
H-E-B INCONTROL PEN		
NEEDLES	127	
<i>heparin sodium (porcine)</i>	151	
HEPLISAV-B.....	74	
HERCEPTIN HYLECTA	15	
HERNEXEOS	16	
HERZUMA	16	
HIBERIX.....	74	
HM STERILE ALCOHOL		
PREP	127	
HM STERILE PADS	127	
HM ULTICARE INSULIN		
SYRINGE.....	127, 128	
HM ULTICARE SHORT PEN		
NEEDLES	128	
HUMIRA (2 PEN).....	69	
HUMIRA (2 SYRINGE).....	70	
HUMIRA-CD/UC/HS		
STARTER	70	
HUMIRA-PED<40KG		
CROHNS STARTER	70	
HUMIRA-PED>=40KG		
CROHNS START	70	
HUMIRA-PED>=40KG UC		
STARTER	70	
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS		
STARTER	70	
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT		
STARTER	70	
HUMULIN R U-500		
(CONCENTRATED)	30	
HUMULIN R U-500		
KWIKPEN.....	30	
<i>hydralazine hcl</i>	43	
<i>hydrochlorothiazide</i>	47	
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> .	84	
<i>hydrocortisone</i>	49, 58, 65	
<i>hydrocortisone (perianal)</i>	58	
<i>hydrocortisone valerate</i>	59	
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	78	
<i>hydromorphone hcl</i>	84	
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	34	
<i>hydroxyurea</i>	16	
<i>hydroxyzine hcl</i>	104	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	81	
I		
<i>ibandronate sodium</i>	49	
IBRANCE.....	16	
IBTROZI	16	
<i>ibu</i>	83	
<i>ibuprofen</i>	83	
<i>icatibant acetate</i>	43, 44	
<i>iclevia</i>	93	
ICLUSIG	16	
<i>icosapent ethyl</i>	46	
IDHIFA.....	16	
<i>ifosfamide</i>	16	
ILEVRO	80	
<i>imatinib mesylate</i>	16	
IMBRUVICA	16	
IMDELLTRA	16	
<i>imipenem-cilastatin</i>	87	
<i>imipramine hcl</i>	101	
<i>imiquimod</i>	59	
IMJUDO	16	

IMKELDI.....	16	INVEGA SUSTENNA.....	38	<i>junel fe 1/20</i>	93
IMOVAX RABIES	74	INVEGA TRINZA	38	<i>junel fe 24</i>	93
IMPAVIDO.....	34	INVELTYS	80	JYLAMVO	17
<i>incassia</i>	93	IPOL	74, 75	JYNNEOS	75
INCONTROL ULTICARE PEN		<i>ipratropium bromide</i>	56, 80	K	
NEEDLES	128	<i>ipratropium-albuterol</i>	56	KALETRA	106
INCRELEX	66	<i>irbesartan</i>	44	KALYDECO	54
<i>indapamide</i>	47	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>		<i>kariva</i>	93
<i>indomethacin</i>	83	.....	44	<i>kelnor 1/35</i>	93
INFANRIX.....	74	ISENTRESS	106	<i>kelnor 1/50</i>	93
<i>infliximab</i>	70	ISENTRESS HD	106	KENDALL HYDROPHILIC	
INGREZZA	52	<i>isibloom</i>	93	FOAM DRESS	129
INLEXZO.....	16	<i>isoniazid</i>	104	KENDALL HYDROPHILIC	
INLURIYO.....	16	<i>isosorbide dinitrate</i>	48	FOAM PLUS.....	129
INLYTA	16	<i>isosorbide mononitrate</i>	48	KERENDIA.....	48
INPEN 100-BLUE-LILLY-		<i>isosorbide mononitrate er</i>	48	KESIMPTA	52
HUMALOG	128	ITOVEBI.....	16	<i>ketoconazole</i>	104
INPEN 100-BLUE-		<i>itraconazole</i>	104	<i>ketorolac tromethamine</i>	80, 83
NOVOLOG-FIASP	128	<i>ivabradine hcl</i>	44	KEYTRUDA	17
INQOVI.....	16	<i>ivermectin</i>	34	KEYTRUDA QLEX	17
INREBIC	16	IWILFIN.....	17	KIMMTRAK.....	17
<i>insulin asp prot & asp flexpen</i>	30	IXIARO	75	KINERET	70
INSULIN ASPART.....	30	J		KINRAY INSULIN SYRINGE	
INSULIN ASPART FLEXPEN		J & J GAUZE	129	.....	129
.....	30	JAKAFI	17	KINRIX	75
INSULIN ASPART PENFILL		<i>jantoven</i>	151	<i>kionex</i>	61
.....	30	JANUMET	28	KISQALI (200 MG DOSE)....	17
<i>insulin aspart prot & aspart</i> ...	30	JANUMET XR.....	28	KISQALI (400 MG DOSE)....	17
<i>insulin glargine-yfgn</i>	30	JANUVIA.....	28	KISQALI (600 MG DOSE)....	17
INSULIN SYRINGE.....	128	JARDIANCE.....	28	KISQALI FEMARA (200 MG	
INSULIN SYRINGE/NEEDLE		<i>javygtor</i>	153	DOSE)	17
.....	128	JAYPIRCA	17	KISQALI FEMARA (400 MG	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE		JEMPERLI	17	DOSE)	17
U-100.....	128, 129	<i>jencycla</i>	93	KISQALI FEMARA (600 MG	
INSUPEN PEN NEEDLES..	129	JENTADUETO	28	DOSE)	17
INSUPEN SENSITIVE.....	129	JENTADUETO XR.....	28	KLISYRI (250 MG)	59
INSUPEN ULTRAFIN	129	<i>jolessa</i>	93	<i>klor-con m10</i>	150
INSUPEN32G EXTR3ME... 129		<i>juleber</i>	93	<i>klor-con m15</i>	150
INTELENCE	106	JULUCA.....	106	<i>klor-con m20</i>	150
INTRON A.....	109	<i>junel 1.5/30</i>	93	KLOXXADO	26
<i>introvale</i>	93	<i>junel 1/20</i>	93	KMART VALU INSULIN	
INVEGA HAFYERA.....	38	<i>junel fe 1.5/30</i>	93	SYRINGE 29G.....	129

KMART VALU INSULIN		
SYRINGE 30G.....	129	
KOSELUGO	17	
KOSHER PRENATAL PLUS		
IRON	154	
KRAZATI	17	
KROGER INSULIN SYRINGE		
.....	129	
KROGER PEN NEEDLES ..	129	
<i>kurvelo</i>	93	
KYLEENA	93	
KYNMOBI.....	35	
KYNMOBI TITRATION KIT		
.....	35	
L		
<i>labetalol hcl</i>	42	
<i>lacosamide</i>	98	
LACTATED RINGERS.....	150	
<i>lactulose</i>	61	
<i>lamivudine</i>	106	
<i>lamivudine-zidovudine</i>	106	
<i>lamotrigine</i>	98	
LANREOTIDE ACETATE ...	66	
<i>lansoprazole</i>	61	
LANTUS	30	
LANTUS SOLOSTAR	30	
<i>lapatinib ditosylate</i>	17	
<i>larin 1.5/30</i>	93	
<i>larin 1/20</i>	93	
<i>larin 24 fe</i>	93	
<i>larin fe 1.5/30</i>	93	
<i>larin fe 1/20</i>	93	
<i>larissia</i>	93	
<i>latanoprost</i>	77	
LAZCLUZE	17	
LEADER INSULIN SYRINGE		
.....	129	
LEADER UNIFINE PENTIPS		
.....	129	
LEADER UNIFINE PENTIPS		
PLUS	130	
<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	108	
<i>leflunomide</i>	70	
<i>lenalidomide</i>	18	
LENTOCILIN	90	
LENVIMA (10 MG DAILY		
DOSE)	18	
LENVIMA (12 MG DAILY		
DOSE)	18	
LENVIMA (14 MG DAILY		
DOSE)	18	
LENVIMA (18 MG DAILY		
DOSE)	18	
LENVIMA (20 MG DAILY		
DOSE)	18	
LENVIMA (24 MG DAILY		
DOSE)	18	
LENVIMA (4 MG DAILY		
DOSE)	18	
LENVIMA (8 MG DAILY		
DOSE)	18	
<i>lessina</i>	93	
<i>letrozole</i>	18	
<i>leucovorin calcium</i>	81	
LEUKERAN	18	
<i>leuprolide acetate</i>	18	
LEUPROLIDE ACETATE (3		
MONTH).....	18	
<i>levalbuterol hcl</i>	56	
<i>levalbuterol tartrate</i>	56	
<i>levetiracetam</i>	98	
<i>levetiracetam er</i>	98	
<i>levobunolol hcl</i>	77	
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>		
.....	104	
<i>levofloxacin</i>	81, 90	
<i>levofloxacin in d5w</i>	90	
<i>levonest</i>	93	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	94	
<i>levonorgest-eth estradiol-iron</i>	94	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> ..	94	
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> .	94	
<i>levora 0.15/30 (28)</i>	94	
<i>levothyroxine sodium</i>	64	
LEXIVA	106	
<i>l-glutamine</i>	81	
LIBERVANT	98	
<i>lidocaine</i>	85	
<i>lidocaine hcl</i>	85	
<i>lidocaine hcl (pf)</i>	85	
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>		
.....	85	
<i>lidocaine viscous hcl</i>	85	
<i>lidocaine-prilocaine</i>	85	
<i>lidocan</i>	85	
LILETTA (52 MG).....	94	
<i>lillow</i>	94	
<i>linezolid</i>	86	
LINZESS	62	
<i>liomny</i>	64	
<i>liothyronine sodium</i>	64	
<i>lisinopril</i>	48	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	48	
LITETOUCH INSULIN		
SYRINGE	130	
LITETOUCH PEN NEEDLES		
.....	130	
<i>lithium</i>	52	
<i>lithium carbonate</i>	52	
LITHIUM CARBONATE.....	52	
<i>lithium carbonate er</i>	52	
LIVTENCITY	108	
LOKELMA.....	62	
LONSURF	18	
<i>loperamide hcl</i>	62	
<i>lopinavir-ritonavir</i>	106	
LOQTORZI	18	
<i>lorazepam</i>	26, 27	
<i>lorazepam intensol</i>	27	
LORBRENA.....	18	
<i>losartan potassium</i>	44	
<i>losartan potassium-hctz</i>	44	
LOTEMAX.....	80	
LOTEMAX SM.....	80	
<i>loteprednol etabonate</i>	80	
<i>lovastatin</i>	46	

<i>low-ogestrel</i>	94	MARGENZA	19	MENACTRA.....	75
<i>loxapine succinate</i>	38	<i>marlissa</i>	94	MENQUADFI	75
<i>lubiprostone</i>	62	MARPLAN	101	MENVEO	75
<i>luizza 1.5/30</i>	94	MATULANE.....	19	<i>mercaptopurine</i>	19
<i>luizza 1/20</i>	94	MAVENCLAD (10 TABS)....	52	<i>meropenem</i>	87
LUMAKRAS	18	MAVENCLAD (4 TABS)....	52	MEROPENEM.....	87
LUMIGAN	77	MAVENCLAD (5 TABS)....	52	<i>mesalamine</i>	49
LUNSUMIO.....	18	MAVENCLAD (6 TABS)....	52	<i>mesalamine er</i>	49
LUPRON DEPOT (1-MONTH)		MAVENCLAD (7 TABS)....	52	<i>mesna</i>	81
.....	18, 66	MAVENCLAD (8 TABS)....	52	<i>metformin hcl</i>	28
LUPRON DEPOT (3-MONTH)		MAVENCLAD (9 TABS)....	52	<i>metformin hcl er</i>	28
.....	19, 66	MAVYRET	108	<i>methadone hcl</i>	84
LUPRON DEPOT (4-MONTH)		MAXICOMFORT II PEN		<i>methazolamide</i>	77
.....	19	NEEDLE	131	<i>methenamine hippurate</i>	86
LUPRON DEPOT (6-MONTH)		MAXI-COMFORT INSULIN		<i>methimazole</i>	64
.....	19	SYRINGE.....	131	<i>methocarbamol</i>	154
LUPRON DEPOT-PED (3-		MAXI-COMFORT SAFETY		<i>methotrexate sodium</i>	19
MONTH).....	66	PEN NEEDLE.....	131	METHOTREXATE SODIUM	
LUPRON DEPOT-PED (6-		MAXICOMFORT SYR 27G X		.....	19
MONTH).....	66	1/2.....	131	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	19
<i>lurasidone hcl</i>	38	MAYZENT	52	<i>methoxsalen rapid</i>	59
<i>lutra</i>	94	MAYZENT STARTER PACK		<i>methsuximide</i>	98
LUTRATE DEPOT.....	66	.....	52	<i>methylphenidate hcl</i>	52
LYBALVI	39	<i>meclizine hcl</i>	33	<i>methylprednisolone</i>	65
<i>lyleq</i>	94	MEDIC INSULIN SYRINGE		<i>methylprednisolone acetate</i>	65
LYNOZYFIC	19	.....	131	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	
LYNPARZA.....	19	MEDICINE SHOPPE PEN		.....	65
LYSODREN.....	19	NEEDLES	131	<i>metoclopramide hcl</i>	62
LYTGOBI (12 MG DAILY		MEDPURA ALCOHOL PADS		<i>metolazone</i>	47
DOSE).....	19	.....	131	<i>metoprolol succinate er</i>	42
LYTGOBI (16 MG DAILY		<i>medroxyprogesterone acetate</i>	67	<i>metoprolol tartrate</i>	42
DOSE).....	19	<i>mefloquine hcl</i>	34	<i>metronidazole</i>	60, 85, 86, 87
LYTGOBI (20 MG DAILY		<i>megestrol acetate</i>	19, 67	<i>metryrosine</i>	44
DOSE).....	19	MEIJER ALCOHOL SWABS		<i>micafungin sodium</i>	104
<i>lyza</i>	94	.....	131	MICONAZOLE 3.....	104
M		MEIJER PEN NEEDLES.....	131	MICRODOT PEN NEEDLE	131
MAGELLAN INSULIN		MEKINIST	19	<i>microgestin 1.5/30</i>	94
SAFETY SYR.....	130, 131	MEKTOVI.....	19	<i>microgestin 1/20</i>	94
<i>magnesium sulfate</i>	150	<i>meleya</i>	94	<i>microgestin 24 fe</i>	94
MAGNESIUM SULFATE...	150	<i>meloxicam</i>	83	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	94
<i>malathion</i>	60	<i>memantine hcl</i>	27	<i>microgestin fe 1/20</i>	94
<i>maraviroc</i>	106	<i>memantine hcl er</i>	27	<i>midodrine hcl</i>	41

MIEBO	81	<i>mycophenolate mofetil</i>	70	NICOTROL NS	26
<i>mifepristone</i>	28	<i>mycophenolate mofetil hcl</i>	70	<i>nifedipine er</i>	45
<i>mili</i>	94	<i>mycophenolate sodium</i>	70	<i>nifedipine er osmotic release</i> ..	45
<i>mimvey</i>	65	MYRBETRIQ	63	NIKTIMVO	70
<i>minocycline hcl</i>	91	N		<i>nilutamide</i>	20
<i>minoxidil</i>	48	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	63	NINLARO	20
MIPLYFFA	110	<i>nabumetone</i>	83	<i>nitazoxanide</i>	34
MIRASORB SPONGES	131	<i>nafcellin sodium</i>	90	<i>nitisinone</i>	153
MIRENA (52 MG)	94	<i>naloxone hcl</i>	26	<i>nitrofurantoin</i>	87
<i>mirtazapine</i>	102	<i>naltrexone hcl</i>	26	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ..	87
<i>misoprostol</i>	61	<i>naproxen</i>	83	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	
<i>mitoxantrone hcl</i>	19	<i>naratriptan hcl</i>	32	.....	87
MM PEN NEEDLES	132	NATACYN	78	<i>nitroglycerin</i>	48, 81
M-M-R II	75	<i>nateglinide</i>	28	NIVA-PLUS	154
M-NATAL PLUS	154	NATPARA	49	NIVESTYM	153
<i>modafinil</i>	50	NAYZILAM	98	NORDITROPIN FLEXPPO ..	67
MODEYSO	20	<i>nebivolol hcl</i>	42	<i>norelgestromin-eth estradiol</i> ..	94
<i>moexipril hcl</i>	48	<i>nefazodone hcl</i>	102	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	94
<i>molindone hcl</i>	39	NEFAZODONE HCL	102	<i>norethindrone</i>	94
<i>mometasone furoate</i>	59, 80	<i>neomycin sulfate</i>	86	<i>norethindrone acetate</i>	67
MONOJECT INSULIN		<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>		<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	95
SYRINGE	132	.....	78	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	95
MONOJECT ULTRA		<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>		<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	95
COMFORT SYRINGE ...	132,	.....	79	<i>norlyda</i>	95
133		<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>		<i>norlyroc</i>	95
<i>mono-lynyah</i>	94	.....	79	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	95
<i>montelukast sodium</i>	55	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	79	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	95
MORPHINE SULFATE	84	<i>neo-polycin</i>	79	<i>nortrel 7/7/7</i>	95
<i>morphine sulfate (concentrate)</i>		<i>neo-polycin hc</i>	79	<i>nortriptyline hcl</i>	102
.....	84	NERLYNX	20	NORVIR	107
<i>morphine sulfate er</i>	84	<i>neuac</i>	60	NOVOFINE AUTOCOVER	133
MOUNJARO	28	NEULASTA ONPRO	152	NOVOFINE PEN NEEDLE	133
MOVANTIK	62	<i>nevirapine</i>	107	NOVOFINE PLUS PEN	
<i>moxifloxacin hcl</i>	78, 90	<i>nevirapine er</i>	106	NEEDLE	133
MOXIFLOXACIN HCL	91	NEXLETOL	46	NOVOLIN 70/30	30
MOXIFLOXACIN HCL IN		NEXLIZET	46	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	30
NACL	90	NEXPLANON	94	NOVOLIN 70/30 RELION	30
MRESVIA	75	NIACIN		NOVOLIN N	31
MS INSULIN SYRINGE	133	(ANTIHYPERLIPIDEMIC)		NOVOLIN N FLEXPEN	31
MULTAQ	42	.....	46	NOVOLIN N RELION	31
<i>mupirocin</i>	60	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	46	NOVOLIN R	31
MVASI	20	NIACOR	46	NOVOLIN R FLEXPEN	31

NOVOLIN R RELION	31	OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5).....	133	<i>oxycodone hcl</i>	84
NOVOTWIST PEN NEEDLE	133	OMNIPOD 5 LIBRE2 G6 INTRO GEN5.....	133	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	85
NUBEQA	20	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS.....	133	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	28
NUCALA	54	OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3)	133	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	29
NULOJIX.....	70	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	133	OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	29
NUPLAZID.....	39	OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4)	133	P	
NURTEC.....	32	OMNIPOD DASH PDM (GEN 4).....	133	<i>pacerone</i>	42
<i>nyamyc</i>	104	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	133	PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART.....	20
<i>nylia 1/35</i>	95	ONAPGO	35	<i>paliperidone er</i>	39
<i>nylia 7/7/7</i>	95	<i>ondansetron</i>	33	PANRETIN	59
<i>nymyo</i>	95	<i>ondansetron hcl</i>	33	<i>pantoprazole sodium</i>	61
<i>nystatin</i>	104	ONTRUZANT.....	20	<i>paricalcitol</i>	49
<i>nystatin-triamcinolone</i>	104	ONUREG	20	<i>paroxetine hcl</i>	102
<i>nystop</i>	104	OPDIVO.....	20	<i>paroxetine hcl er</i>	102
NYVEPRIA.....	153	OPDIVO QVANTIG.....	20	PAXLOVID (150/100).....	108
O		OPDUALAG.....	20	PAXLOVID (300/100 & 150/100).....	108
OBSTETRIX DHA	154	OPIPZA	39	PAXLOVID (300/100).....	109
OCREVUS	53	OPSUMIT	82	<i>pazopanib hcl</i>	20
OCREVUS ZUNOVO	53	ORENCIA	71	PC UNIFINE PENTIPS	133
<i>octreotide acetate</i>	67	ORENCIA CLICKJECT	71	PEDIARIX	75
ODEFSEY	107	ORFADIN	153	PEDVAX HIB	75
ODOMZO	20	ORGOVYX.....	67	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> ..	63
OFEV	54	ORILISSA	67	<i>peg-3350/electrolytes</i>	63
<i>ofloxacin</i>	79	ORKAMBI	54	PEGASYS	109
OGIVRI.....	20	<i>orquidea</i>	95	PEMAZYRE.....	20
OGSIVEO	20	ORSERDU	20	<i>pemetrexed disodium</i>	21
OJEMDA.....	20	<i>oseltamivir phosphate</i>	108	PEMETREXED DISODIUM.....	21
OJJAARA.....	20	OSENVELT	49	PEMRYDI RTU	21
<i>olanzapine</i>	39	OTEZLA	71	PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP	133
<i>olmesartan medoxomil</i>	44	OTEZLA XR.....	71	PEN NEEDLES.....	133
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	44	<i>oxandrolone</i>	64	PENBRAYA.....	75
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> ...44		<i>oxcarbazepine</i>	98	<i>penicillamine</i>	85
<i>olopatadine hcl</i>	81	<i>oxybutynin chloride</i>	63	<i>penicillin g potassium</i>	90
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>.....46		<i>oxybutynin chloride er</i>	63	<i>penicillin g procaine</i>	90
<i>omeprazole</i>	61			<i>penicillin v potassium</i>	90
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5	133			PENMENVY	75
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5.....	133			PENTACEL.....	75
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5).....	133			<i>pentamidine isethionate</i>	34

PENTIPS	133	PLEGRIDY STARTER PACK	53	PRENAISSANCE PLUS.....	154
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES	134	<i>plenamine</i>	41	PRENATABS FA.....	154
<i>pentoxifylline er</i>	152	PNV 27-CA/FE/FA	154	PRENATAL	154
<i>perampanel</i>	98	PNV TABS 29-1	154	PRENATAL 19	154
<i>perindopril erbumine</i>	48	PNV-DHA+DOCUSATE	154	PRENATAL PLUS IRON....	155
<i>perio gard</i>	57	PNV-OMEGA	154	PRENATAL-U	155
<i>permethrin</i>	60	<i>podofilox</i>	59	PREPLUS	155
<i>perphenazine</i>	39	<i>polycin</i>	79	PRETAB.....	155
<i>perphenazine-amitriptyline</i> ..	102	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	79	<i>prevalite</i>	46
PERSERIS.....	39	POMALYST	21	PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES	134
<i>phenelzine sulfate</i>	102	<i>portia-28</i>	95	PREVENT SAFETY PEN NEEDLES	134, 135
<i>phenobarbital</i>	98	<i>posaconazole</i>	104	<i>previfem</i>	95
<i>phenytek</i>	99	<i>potassium chloride</i>	150	PREVYMIS.....	109
<i>phenytoin</i>	99	<i>potassium chloride crys er</i> ...	150	PREZCOBIX.....	107
<i>phenytoin sodium</i>	99	<i>potassium chloride er</i>	150	PREZISTA	107
<i>phenytoin sodium extended</i>	99	<i>potassium citrate er</i>	150	PRIFTIN	104
PIFELTRO	107	<i>pramipexole dihydrochloride</i> .	35	PRIMAQUINE PHOSPHATE	34
<i>pilocarpine hcl</i>	57, 77	<i>prasugrel hcl</i>	152	<i>primidone</i>	99
<i>pimecrolimus</i>	59	<i>pravastatin sodium</i>	46	PRIORIX	75
<i>pimozide</i>	39	<i>praziquantel</i>	34	PRO COMFORT ALCOHOL	135
<i>pimtrea</i>	95	<i>prazosin hcl</i>	41	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	135
<i>pioglitazone hcl</i>	29	PRECISION SUREDOSE PLUS SYR	134	PRO COMFORT PEN NEEDLES	135
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	29	PRECISION SURE-DOSE SYRINGE.....	134	<i>probenecid</i>	32
PIP PEN NEEDLES 31G X 5MM.....	134	<i>prednisolone</i>	66	PROCALAMINE	41
PIP PEN NEEDLES 32G X 4MM.....	134	<i>prednisolone acetate</i>	80	<i>prochlorperazine</i>	33
<i>pipracillin sod-tazobactam so</i>	90	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	66	<i>prochlorperazine edisylate</i>	33, 39
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	21	<i>prednisone</i>	66	<i>prochlorperazine maleate</i>	33
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	21	PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE.....	134	PROCTOFOAM HC	59
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	21	PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS	134	<i>procto-med hc</i>	59
<i>pirfenidone</i>	54	<i>pregabalin</i>	99	<i>proctosol hc</i>	59
<i>pirmella 1/35</i>	95	PREHEVBRIO	75	<i>proctozone-hc</i>	59
<i>pirmella 7/7/7</i>	95	PREMARIN	65	PRODIGY INSULIN SYRINGE.....	135
<i>pitavastatin calcium</i>	46	PREMPHASE	65	<i>progesterone</i>	67
PLEGRIDY	53	PREMPRO	65	PROGRAF.....	71
		PRENA 1 TRUE	154		
		PRENAISSANCE	154		

PROLIA	49	RA PEN NEEDLES	136	REZLIDHIA	21
<i>promethazine hcl</i>	33	RA STERILE	136	REZUROCK	71
<i>promethegan</i>	34	RABAVERT	75	RHOPRESSA	78
<i>propafenone hcl</i>	42	<i>rabeprazole sodium</i>	61	RIABNI	21
<i>propafenone hcl er</i>	42	RALDESY	102	<i>ribavirin</i>	109
<i>propranolol hcl</i>	42	<i>raloxifene hcl</i>	65	<i>rifabutin</i>	105
<i>propranolol hcl er</i>	42	<i>ramelteon</i>	50	<i>rifampin</i>	105
<i>propylthiouracil</i>	64	<i>ramipril</i>	48	<i>riluzole</i>	53
PROQUAD	75	<i>ranolazine er</i>	44	RINVOQ	71
<i>protriptyline hcl</i>	102	<i>rasagiline mesylate</i>	35	RINVOQ LQ	71
PULMOZYME	153	RASUVO	71	<i>risperidone</i>	39, 40
PURE COMFORT ALCOHOL		RAYA SURE PEN NEEDLE		<i>risperidone microspheres er</i> ..	39
PREP	135	.....	137	<i>ritonavir</i>	107
PURE COMFORT PEN		RAYALDEE	49	RITUXAN HYCELA	21
NEEDLE	135	REALITY INSULIN SYRINGE		<i>rivaroxaban</i>	152
PURE COMFORT SAFETY		.....	137	<i>rivastigmine</i>	27
PEN NEEDLE	135	REALITY SWABS	137	<i>rivastigmine tartrate</i>	27
PX SHORTLENGTH PEN		<i>reclipsen</i>	95	<i>rizatriptan benzoate</i>	33
NEEDLES	135	RECOMBIVAX HB	76	ROCKLATAN	78
<i>pyrazinamide</i>	105	RELENZA DISKHALER ...	109	<i>roflumilast</i>	54
<i>pyridostigmine bromide</i>	81	RELION ALCOHOL SWABS		ROMVIMZA	21
<i>pyrimethamine</i>	34	.....	137	<i>ropinirole hcl</i>	35
Q		RELION INSULIN SYRINGE		<i>ropinirole hcl er</i>	35
QC ALCOHOL	136	.....	137	<i>rosadan</i>	60
QC ALCOHOL SWABS	136	RELI-ON INSULIN SYRINGE		<i>rosuvastatin calcium</i>	46
QC BORDER ISLAND		.....	137	ROTARIX	76
GAUZE	136	RELION MINI PEN NEEDLES		ROTATEQ	76
QINLOCK	21	.....	137	ROZLYTREK	21
QUADRACEL	75	RELION PEN NEEDLES ...	137	RUBRACA	21
<i>quetiapine fumarate</i>	39	<i>repaglinide</i>	29	<i>rufinamide</i>	99
<i>quetiapine fumarate er</i>	39	REPATHA	46	RUKOBIA	107
QUICK TOUCH INSULIN		REPATHA PUSHTRONEX		RUXIENCE	22
PEN NEEDLE	136	SYSTEM	46	RYBELSUS	29
<i>quinapril hcl</i>	48	REPATHA SURECLICK	46	RYBELSUS (FORMULATION	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	48	RESTORE CONTACT LAYER		R2)	29
<i>quinidine sulfate</i>	42	.....	137	RYBREVANT	22
<i>quinine sulfate</i>	34	RETACRIT	153	RYDAPT	22
QULIPTA	33	RETEVMO	21	RYKINDO	40
R		RETROVIR	107	RYTELO	22
RA ALCOHOL SWABS	136	REVUFORJ	21	S	
RA INSULIN SYRINGE	136	REXULTI	39	<i>sacubitril-valsartan</i>	44
<i>ra isopropyl alcohol wipes</i> ...	136	REYATAZ	107		

SAFETY INSULIN SYRINGES	137	SIRTURO	105	STRENSIQ	153
SAFETY PEN NEEDLES ...	137	SKYLA	95	<i>streptomycin sulfate</i>	86
SANDIMMUNE	71	SKYRIZI	71, 72	STRIBILD	107
SANTYL	59	SKYRIZI (150 MG DOSE)....	71	STRIVERDI RESPIMAT	56
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	153	SKYRIZI PEN	72	<i>subvenite</i>	99
SAVELLA	53	SM ALCOHOL PREP	138	<i>sucralfate</i>	61
SAVELLA TITRATION PACK	53	SM GAUZE	138	<i>sulfacetamide sodium</i>	79
SB ALCOHOL PREP	138	<i>sodium chloride</i>	151	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	79
SB INSULIN SYRINGE	138	<i>sodium fluoride</i>	57	<i>sulfadiazine</i>	91
SCSEMBLIX	22	SODIUM FLUORIDE 5000 SENSITIVE	57	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	91
<i>scopolamine</i>	34	<i>sodium oxybate</i>	50	<i>sulfasalazine</i>	49
SECUADO	40	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .	62	<i>sulindac</i>	83
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	138	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	108	<i>sumatriptan</i>	33
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES	138	<i>solifenacin succinate</i>	63	<i>sumatriptan succinate</i>	33
SELARSDI	71	SOLQUA	31	<i>sumatriptan succinate refill</i>	33
SELECT-OB	155	SOLTAMOX	22	<i>sunitinib malate</i>	22
<i>selegiline hcl</i>	35	SOMATULINE DEPOT	67	SUNLENCA	107
<i>selenium sulfide</i>	60	SOMAVERT	67	SURE COMFORT ALCOHOL PREP	138
SELZENTRY	107	<i>sorafenib tosylate</i>	22	SURE COMFORT INSULIN SYRINGE	138, 139
SEMGLEE (YFGN)	31	<i>sorine</i>	42	SURE COMFORT PEN NEEDLES	139
SE-NATAL 19	155	<i>sotalol hcl</i>	42	SURE-JECT INSULIN SYRINGE	139
SEREVENT DISKUS	56	<i>sotalol hcl (af)</i>	42	SURE-PREP ALCOHOL PREP	140
SEROSTIM	67	SPIRIVA RESPIMAT	56	SURGICAL GAUZE SPONGE	140
<i>sertraline hcl</i>	102	<i>spironolactone</i>	47	SUTAB	63
<i>setlakin</i>	95	<i>spironolactone-hctz</i>	47	SYMPAZAN	99
<i>sevelamer carbonate</i>	62	SPRAVATO (56 MG DOSE)	102	SYMTUZA	107
<i>sevelamer hcl</i>	62	SPRAVATO (84 MG DOSE)	102	SYNJARDY	29
SEZABY	99	<i>sprintec 28</i>	95	SYNJARDY XR	29
<i>sf 5000 plus</i>	57	SPRITAM	99	SYNRIBO	22
<i>sharobel</i>	95	<i>sps (sodium polystyrene sulf)</i> .	62	T	
SHINGRIX	76	<i>sronyx</i>	95	TABLOID	22
SIGNIFOR	67	<i>ssd</i>	60	TABRECTA	22
<i>sildenafil citrate</i>	82	<i>stavudine</i>	107	<i>tacrolimus</i>	59, 72
<i>silver sulfadiazine</i>	60	STELARA	72	<i>tadalafil</i>	82
SIMBRINZA	78	STERILE	138	TAFINLAR	22
<i>simliya</i>	95	STERILE GAUZE	138		
<i>simvastatin</i>	46	STIOLTO RESPIMAT	56		
<i>sirolimus</i>	71	STIVARGA	22		
		STOBOCLO	50		

<i>tafluprost (pf)</i>	78	<i>theophylline er</i>	56, 57	<i>torpenz</i>	23
TAGRISSO	22	THERAGAUZE	140	<i>torse mide</i>	47
TALVEY	22	<i>thioridazine hcl</i>	40	TOUJEO MAX SOLOSTAR	31
TALZENNA.....	22	<i>thiothixene</i>	40	TOUJEO SOLOSTAR	31
<i>tamoxifen citrate</i>	22	<i>tiadylt er</i>	43	TRADJENTA	29
<i>tamsulosin hcl</i>	63	<i>tiagabine hcl</i>	99	<i>tramadol hcl</i>	85
<i>tarina 24 fe</i>	95	TIBSOVO.....	22	TRAMADOL HCL	85
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	95	<i>ticagrelor</i>	152	<i>tramadol-acetaminophen</i>	85
TARON-C DHA	155	TICE BCG	23	<i>trandolapril</i>	48
TARON-PREX.....	155	TICOVAC	76	<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	48
TASIGNA	22	TIGECYCLINE.....	91	<i>tranexamic acid</i>	151
TAVNEOS	72	TIGLUTIK	53	<i>tranylcypromine sulfate</i>	102
<i>tazarotene</i>	60	<i>tilia fe</i>	95	<i>travoprost (bak free)</i>	78
<i>tazicef</i>	88	<i>timolol hemihydrate</i>	78	TRAZIMERA	23
TAZICEF	88	<i>timolol maleate</i>	42, 78	<i>trazodone hcl</i>	102
<i>taztia xt</i>	43	<i>tinidazole</i>	34	TRECATOR.....	105
TAZVERIK.....	22	<i>tiotropium bromide</i>	57	TRELEGY ELLIPTA.....	57
TDVAX.....	76	<i>tiotropium bromide</i> <i>monohydrate</i>	57	TRELSTAR MIXJECT	23
TECHLITE INSULIN SYRINGE.....	140	TIVDAK.....	23	TREMFYA	72
TECHLITE PEN NEEDLES	140	TIVICAY.....	107	TREMFYA CROHNS INDUCTION	72
TECVAYLI.....	22	TIVICAY PD	107	TREMFYA ONE-PRESS.....	72
TEFLARO.....	88	<i>tizanidine hcl</i>	154	TREMFYA PEN	72
<i>telmisartan</i>	44	TOBI PODHALER	86	TREMFYA-CD/UC INDUCTION	72
<i>telmisartan-hctz</i>	44	<i>tobramycin</i>	79, 86	TRESIBA	31
<i>temazepam</i>	27	<i>tobramycin pak</i>	86	TRESIBA FLEXTOUCH.....	31
TENIVAC	76	<i>tobramycin sulfate</i>	86	<i>tretinoin</i>	23, 60
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	107	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	79	<i>tri femynor</i>	95
TEPMETKO.....	22	TODAYS HEALTH PEN NEEDLES	140	<i>triamcinolone acetonide</i> ..57, 59, 66	
<i>terazosin hcl</i>	63	TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE.....	140	<i>triamterene-hctz</i>	47
<i>terbinafine hcl</i>	104	<i>tolterodine tartrate</i>	63	<i>triazolam</i>	27
<i>terconazole</i>	85, 86	<i>tolterodine tartrate er</i>	63	<i>trientine hcl</i>	85
TERIPARATIDE	50	<i>tolvaptan</i>	47	<i>tri-estarylla</i>	95
<i>testosterone</i>	64	TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES	140	<i>trifluoperazine hcl</i>	40
<i>testosterone cypionate</i>	64	TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR	140	<i>trifluridine</i>	79
<i>testosterone enanthate</i>	64	<i>topiramate</i>	99	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	35
<i>tetrabenazine</i>	53	<i>toposar</i>	23	TRIJARDY XR	29
<i>tetracycline hcl</i>	91	<i>toremifene citrate</i>	23	<i>tri-legest fe</i>	95
TEVIMBRA	22			<i>tri-linyah</i>	96
THALOMID.....	82			<i>tri-lo-estarylla</i>	96
<i>theophylline</i>	57				

<i>tri-lo-marzia</i>	96	TUKYSA	23	ULTRACARE PEN NEEDLES	
<i>tri-lo-mili</i>	96	TURALIO	23	.....	147
<i>tri-lo-sprintec</i>	96	<i>turqoz</i>	96	ULTRA-COMFORT INSULIN	
<i>trimethobenzamide hcl</i>	34	TWINRIX	76	SYRINGE	147
<i>trimethoprim</i>	87	TYBOST	82	ULTRA-THIN II INS SYR	
<i>tri-mili</i>	96	TYENNE	72	SHORT	147
<i>trimipramine maleate</i>	102	TYMLOS	50	ULTRA-THIN II INSULIN	
TRINTELLIX	102	TYPHIM VI	76	SYRINGE	147
<i>tri-nymyo</i>	96	U		ULTRA-THIN II MINI PEN	
<i>tri-previfem</i>	96	UBRELVY	33	NEEDLE	147
<i>tri-sprintec</i>	96	ULTICARE INSULIN		ULTRA-THIN II PEN	
TRIUMEQ	107	SAFETY SYR	143	NEEDLE SHORT	148
TRIUMEQ PD	107	ULTICARE INSULIN		ULTRA-THIN II PEN	
<i>trivora (28)</i>	96	SYRINGE	143, 144	NEEDLES	148
<i>tri-vylibra</i>	96	ULTICARE MICRO PEN		UNIFINE OTC PEN NEEDLES	
<i>tri-vylibra lo</i>	96	NEEDLES	144	.....	148
TRIZIVIR	107	ULTICARE MINI PEN		UNIFINE PEN NEEDLES ..	148
TROGARZO	108	NEEDLES	144	UNIFINE PENTIPS	148
<i>tropium chloride</i>	63	ULTICARE PEN NEEDLES		UNIFINE PENTIPS PLUS ..	148
<i>tropium chloride er</i>	63	.....	144	UNIFINE PROTECT PEN	
TRUE COMFORT ALCOHOL		ULTICARE SHORT PEN		NEEDLE	148
PREP PADS	140	NEEDLES	144	UNIFINE SAFECONTROL	
TRUE COMFORT INSULIN		ULTIGUARD SAFEPAK		PEN NEEDLE	148
SYRINGE	140, 141	PEN NEEDLE	144, 145	UNIFINE ULTRA PEN	
TRUE COMFORT PEN		ULTIGUARD SAFEPAK		NEEDLE	148
NEEDLES	141	SYR/NEEDLE	145	UPTRAVI	82
TRUE COMFORT PRO		ULTILET ALCOHOL SWABS		UPTRAVI TITRATION	82
ALCOHOL PREP	141	.....	145	<i>ursodiol</i>	62
TRUE COMFORT PRO		ULTILET PEN NEEDLE ...	145	URSODIOL	62
INSULIN SYR	141	ULTRA COMFORT INSULIN		UZEDY	40
TRUE COMFORT PRO PEN		SYRINGE	145	V	
NEEDLES	141, 142	ULTRA FLO INSULIN PEN		<i>valacyclovir hcl</i>	109
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN		NEEDLES	145	VALCHLOR	59
NEEDLES	142	ULTRA FLO INSULIN SYR		<i>valganciclovir hcl</i>	109
TRUEPLUS INSULIN		1/2 UNIT	146	<i>valproate sodium</i>	99
SYRINGE	142, 143	ULTRA FLO INSULIN		<i>valproic acid</i>	99
TRUEPLUS PEN NEEDLES		SYRINGE	146	<i>valsartan</i>	45
.....	143	ULTRA THIN PEN NEEDLES		<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	
TRULICITY	29	.....	146	.....	45
TRUMENBA	76	ULTRACARE INSULIN		VALTOCO 10 MG DOSE	99
TRUQAP	23	SYRINGE	146, 147	VALTOCO 15 MG DOSE	99
TRUXIMA	23			VALTOCO 20 MG DOSE	99

VALTOCO 5 MG DOSE.....	100	<i>vilazodone hcl</i>	103	<i>xarah fe</i>	96
<i>valtya 1/35</i>	96	VIMKUNYA.....	77	XARELTO	152
<i>valtya 1/50</i>	96	<i>vinorelbine tartrate</i>	23	XARELTO STARTER PACK	
VALUE HEALTH INSULIN		<i>viorele</i>	96	.....	152
SYRINGE.....	148, 149	VIRACEPT	108	XATMEP.....	24
<i>vancomycin hcl</i>	87	VIREAD.....	108	XCOPRI	100
VANCOMYCIN HCL	87	VIRT-C DHA	155	XCOPRI (250 MG DAILY	
VANFLYTA	23	VIRT-NATE DHA	155	DOSE)	100
VANISHPOINT INSULIN		VIRT-PN DHA.....	155	XCOPRI (350 MG DAILY	
SYRINGE.....	149	VIRT-PN PLUS	155	DOSE)	100
VAQTA.....	76	VITAFOL GUMMIES	155	XDEMVY.....	79
<i>varenicline tartrate</i>	26	VITAFOL-OB+DHA	155	XELJANZ.....	73
<i>varenicline tartrate (starter)</i> ..	26	VITRAKVI.....	23	XELJANZ XR.....	73
VARIVAX	77	VIVIMUSTA.....	24	XERMELO.....	62
VAXCHORA	77	VIVOTIF	77	XGEVA	50
VEGZELMA.....	23	VIZIMPRO.....	24	XIFAXAN	87
VELTASSA	62	VOCABRIA	108	XIGDUO XR.....	29
VEMLIDY	108	<i>volnea</i>	96	XIIDRA	80
VENCLEXTA	23	VONJO.....	24	XOFLUZA (40 MG DOSE).109	
VENCLEXTA STARTING		VORANIGO.....	24	XOFLUZA (80 MG DOSE).109	
PACK	23	<i>voriconazole</i>	104	XOLAIR	54
<i>venlafaxine hcl</i>	103	VOSEVI	108	XOSPATA.....	24
<i>venlafaxine hcl er</i>	102, 103	VOWST.....	82	XPOVIO (100 MG ONCE	
VEOZAH	82	VP INSULIN SYRINGE.....	150	WEEKLY).....	24
<i>verapamil hcl</i>	43	VP-PNV-DHA.....	155	XPOVIO (40 MG ONCE	
<i>verapamil hcl er</i>	43	VRAYLAR.....	40	WEEKLY).....	24
VERIFINE INSULIN PEN		VUMERITY	53	XPOVIO (40 MG TWICE	
NEEDLE	149	VYALEV.....	35	WEEKLY).....	24
VERIFINE INSULIN		<i>vylibra</i>	96	XPOVIO (60 MG ONCE	
SYRINGE.....	149	VYLOY	24	WEEKLY).....	24
VERIFINE PLUS PEN		VYZULTA	78	XPOVIO (60 MG TWICE	
NEEDLE	149, 150	W		WEEKLY).....	24
VERQUVO	44	<i>warfarin sodium</i>	152	XPOVIO (80 MG ONCE	
VERSACLOZ	40	WEBCOL ALCOHOL PREP		WEEKLY).....	24
VERZENIO.....	23	LARGE.....	150	XPOVIO (80 MG TWICE	
V-GO 20.....	150	WEGMANS UNIFINE		WEEKLY).....	24
V-GO 30.....	150	PENTIPS PLUS	150	XTANDI.....	24
V-GO 40.....	150	WELIREG	24	<i>xulane</i>	96
<i>vienva</i>	96	WINREVAIR	54	XULTOPHY.....	31
<i>vigabatrin</i>	100	<i>wixela inhub</i>	55	XYOSTED	64
<i>vigadrone</i>	100	X		Y	
<i>vigpoder</i>	100	XALKORI.....	24	YERVOY	25

YESINTEK	73	ZEJULA	25	<i>zolpidem tartrate er</i>	50
YF-VAX.....	77	ZELBORAF	25	ZONISADE	100
YONSA	25	<i>zenatane</i>	60	<i>zonisamide</i>	100
YUFLYMA (1 PEN).....	73	ZENPEP	153	<i>zovia 1/35 (28)</i>	96
YUFLYMA (2 SYRINGE)	73	ZEVVRX STERILE ALCOHOL		<i>zovia 1/35e (28)</i>	96
YUFLYMA-CD/UC/HS		PREP PAD	150	ZTALMY	100
STARTER	73	<i>zidovudine</i>	108	ZTLIDO.....	85
<i>yuvaferm</i>	65	ZIIHERA	25	ZURZUVAE.....	103
Z		<i>ziprasidone hcl</i>	40	ZYDELIG	25
<i>zafemy</i>	96	<i>ziprasidone mesylate</i>	40	ZYKADIA.....	25
<i>zafirlukast</i>	55	ZIRABEV	25	ZYLET	79
<i>zaleplon</i>	50	ZIRGAN.....	79	ZYNLONTA	25
ZATEAN-PN DHA.....	155	ZOLADEx	25	ZYNYZ.....	25
ZATEAN-PN PLUS.....	155	ZOLINZA.....	25	ZYPREXA RELPREVV	41
ZEGALOGUE.....	82	<i>zolpidem tartrate</i>	50		

Este Formulario se actualizó el 2025/11/25. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Texas Independence Health Plan Servicios para los miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), 24 horas al día, siete días a la semana, o visite www.txindependencehealthplan.com.