

2025

Formulario (Lista de medicamentos cubiertos)



RiverSpring MAP (HMO D-SNP)

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

HPMS Approved Formulary File Submission ID 00025116, Version: 8

Este formulario se actualizó el 04/22/2025. Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con nosotros, con Servicios para Miembros de RiverSpring Health Plans al 1-800-580-7000 o, para usuarios de TTY, TTY/TDD, 711 los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., o visite <https://riverspringhealthplans.org/>.

H6776_Formulary002CY25_C_SP

Índice

¿QUÉ ES EL FORMULARIO DE RIVERSPRING MAP?

¿PUEDE CAMBIAR EL FORMULARIO (LISTA DE MEDICAMENTOS)?

¿QUÉ SON LOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS?

¿HAY ALGUNA RESTRICCIÓN EN MI COBERTURA?

¿QUÉ PASA SI MI MEDICAMENTO NO ESTÁ EN EL FORMULARIO?

¿CÓMO SOLICITO UNA EXCEPCIÓN AL FORMULARIO DE RIVERSPRING MAP (HMO D-SNP)?

¿QUÉ DEBO HACER ANTES DE HABLAR CON MI MÉDICO SOBRE EL CAMBIO DE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMO O LA SOLICITUD DE UNA EXCEPCIÓN?

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

FORMULARIO DE RIVERSPRING MAP

Lista de abreviaturas

ANTIINFECCIOSOS

AGENTES ANTIMICÓTICOS

ANTIVIRALES

CEFALOSPORINAS

ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS

ANTIINFECCIOSOS VARIOS

PENICILINAS

QUINOLONAS

SULFAS/AGENTES RELACIONADOS

TETRACICLINAS

AGENTES DEL TRACTO URINARIO

MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNOSUPRESORES

AGENTES ADJUNTIVOS

MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNOSUPRESORES

MEDICAMENTOS PARA EL SNC/AUTONÓMICOS, NEUROLOGÍA/PSICOLOGÍA

ANTICONVULSIVOS

AGENTES ANTIPARKINSONIANOS

TERAPIA DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS

TERAPIAS NEUROLÓGICAS VARIAS

RELAJANTES MUSCULARES/TERAPIA CON ANTIESPASMÓDICOS

ANALGÉSICOS NARCÓTICOS

ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS

CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS

AGENTES ANTIARRÍTMICOS

TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA

TERAPIA DE COAGULACIÓN

AGENTES REDUCTORES DE LÍPIDOS/COLESTEROL

AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS

NITRATOS

DERMATOLÓGICOS/TERAPIA TÓPICA

ANTIPSORIÁTICO/ANTISEBORREICO

DERMATOLÓGICOS VARIOS

TERAPIA PARA EL ACNÉ

ANTIBACTERIANOS TÓPICOS

ANTIMICÓTICOS TÓPICOS

ANTIVIRALES TÓPICOS

CORTICOSTEROIDES TÓPICOS

ESCABICIDAS TÓPICOS/PEDICULICIDAS

DIAGNÓSTICOS/AGENTES VARIOS

ANOREXÍGENOS

ANTÍDOTOS

SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN

AGENTES VARIOS

AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR

MEDICAMENTOS PARA OÍDOS, NARIZ/GARGANTA

AGENTES VARIOS

PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS

ESTEROIDES ÓTICOS/ANTIBIÓTICOS

ENDOCRINO/DIABETES

HORMONAS SUPRARRENALES

AGENTES ANTITIROIDEOS

TERAPIA PARA LA DIABETES

HORMONAS VARIAS

HORMONAS TIROIDEAS

GASTROENTEROLOGÍA

ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS

AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS

TERAPIA PARA ÚLCERAS

INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA

MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS

VACUNAS/INMUNOLÓGICOS VARIOS

SUMINISTROS VARIOS

SUMINISTROS VARIOS

MUSCULOESQUELÉTICO/REUMATOLOGÍA

TERAPIA PARA LA GOTA

TERAPIA PARA LA OSTEOPOROSIS

OTROS REUMATOLÓGICOS

OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA

ESTRÓGENOS/PROGESTINAS

OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA VARIOS

ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS

OXITÓCICOS

OFTALMOLOGÍA

ANTIBIÓTICOS

ANTIVIRALES

BETABLOQUEANTES

OFTALMOLÓGICOS VARIOS

AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES

MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA

OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA

COMBINACIONES DE ESTEROIDES Y ANTIBIÓTICOS

ESTEROIDES

SIMPATICOMIMÉTICOS

RESPIRATORIO Y ALERGIA

ANTIISTAMÍNICOS/AGENTES ANTIALERGÉNICOS

AGENTES PULMONARES

UROLÓGICOS

ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS

TERAPIA DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)

UROLÓGICOS VARIOS

VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS

DERIVADOS DE LA SANGRE

ELECTROLITOS

PRODUCTOS DE NUTRICIÓN VARIOS

VITAMINAS/HEMATÍNICOS

ÍNDICE DE MEDICAMENTOS

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) dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a RiverSpring MAP (HMO D-SNP). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa RiverSpring MAP (HMO D-SNP).

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) para nuestro plan que entró en vigencia el 19 de agosto de 2023. Para obtener el formulario actualizado, 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.

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 y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2024 y ocasionalmente durante el año.

¿Qué es el Formulario de RiverSpring MAP?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por RiverSpring MAP (HMO D-SNP) en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que incluye las terapias con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Generalmente, RiverSpring MAP (HMO D-SNP) cubrirá los medicamentos incluidos en nuestro formulario siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de RiverSpring MAP (HMO D-SNP) y se cumplan otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de Cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1.º de enero, pero RiverSpring MAP (HMO D-SNP) puede agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, transferirlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios.

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

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, 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 el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de RiverSpring MAP (HMO D-SNP)?”

Medicamentos retirados del mercado. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro formulario es inseguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos el medicamento de nuestro formulario de inmediato y le enviaremos un aviso a los miembros que lo toman.

- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que actualmente está en el formulario, o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o trasladarlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas cosas. O también podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario [o] agregamos requisitos de autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada a un medicamento, debemos notificar el cambio a los miembros afectados al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia, o bien, en el momento en que el miembro solicite la reposición del medicamento, en cuyo caso el miembro recibirá un suministro de 30 días del medicamento.
 - Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de RiverSpring MAP (HMO D-SNP)?”

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. Por lo general, si usted está tomando un medicamento de nuestro formulario 2024 que estaba cubierto al principio del año, no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2024, 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.º de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto entró en vigencia el 19 de agosto de 2023. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por RiverSpring MAP (HMO D-SNP), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. Se realizarán actualizaciones mensuales de los formularios impresos utilizando hojas de erratas del formulario en caso de que se produzcan cambios en el formulario que no requieran mantenimiento a mitad de año.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del formulario:

Afección médica

El formulario comienza en la página 7. 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 condición cardíaca se enumeran en la categoría BETABLOQUEANTES. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 157. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de la categoría a la que pertenece su medicamento, debe buscarlo en el índice que comienza en la página 163. 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?

RiverSpring MAP (HMO D-SNP) cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dado que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** RiverSpring MAP (HMO D-SNP) requiere que usted [o su médico] obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener la aprobación de RiverSpring MAP (HMO D-SNP) antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que RiverSpring MAP (HMO D-SNP) no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, RiverSpring MAP (HMO D-SNP) limita la cantidad del medicamento que cubrirá.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, RiverSpring MAP (HMO D-SNP) requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su condición médica, es posible que RiverSpring MAP (HMO D-SNP) no cubra el medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, RiverSpring MAP (HMO D-SNP) cubrirá el medicamento B.

Puede verificar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales en el formulario que comienza en la página 7. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea donde se explican nuestras restricciones de terapia escalonada y autorización previa. 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 solicitarle a RiverSpring MAP (HMO D-SNP) que haga una excepción a estas restricciones o límites o que le proporcione una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su condición de salud. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de RiverSpring MAP (HMO D-SNP)?” en la página 4 para obtener información sobre 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 Miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si le informan que RiverSpring MAP (HMO D-SNP) no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por RiverSpring MAP (HMO D-SNP). Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por RiverSpring MAP (HMO D-SNP).
- Puede solicitarle a RiverSpring MAP (HMO D-SNP) que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de RiverSpring MAP (HMO D-SNP)?

Puede solicitarle a RiverSpring MAP que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento, incluso si este no se encuentra en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costos compartidos predeterminado y usted no podrá solicitarnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, RiverSpring MAP (HMO D-SNP) limita la cantidad de medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Generalmente, RiverSpring MAP (HMO D-SNP) solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, [el medicamento con menor costo compartido] o las restricciones de utilización adicionales no serían tan efectivos para tratar su condición y/o le causarían efectos médicos adversos.

Para solicitar una decisión de cobertura inicial para una excepción al formulario o a las restricciones de utilización, debe comunicarse con nosotros. **Cuando solicita una excepción al formulario o a las restricciones de utilización, debe presentar una declaración de parte del médico o profesional que receta para respaldar su solicitud.** 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 solicitar una excepción

acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se le concede el trámite rápido de la excepción, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico o de otra persona autorizada a dar recetas.

¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre el cambio de los medicamentos que tomo o la solicitud de una excepción?

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 incluido en el formulario, pero su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar nuestra autorización previa antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras habla con su médico para determinar la forma de proceder correcta para usted, es posible que, en ciertos casos, cubramos su medicamento durante los primeros 90 días a partir de la fecha en que se convierte en miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no se encuentren en nuestro formulario o si sus posibilidades de obtener los medicamentos son limitadas, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta se emite para menos días, permitiremos resurtidos para brindarle hasta un máximo de 30 días de medicamento. Después de su primer suministro para 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, aunque haya sido un asegurado del plan durante menos de 90 días.

Si usted necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o si sus posibilidades de obtener sus medicamentos son limitadas, pero ya transcurrieron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción al formulario.

Los inscritos que estén atravesando un cambio en su atención son elegibles para recibir un suministro temporal para garantizar la continuidad de los medicamentos necesarios en todos los entornos de atención. Si el inscrito no está en su período de transición durante su cambio de atención, o está en el período de transición pero ya recibió su suministro máximo de días de transición, el sistema rechazará la reclamación y los códigos de rechazo correspondientes se devolverán a la farmacia. La farmacia de la red recibe mensajes secundarios adicionales (si es nivel de atención) y capacitación para informar a la farmacia sobre el procedimiento apropiado. En el caso de que un inscrito cambie de entorno de atención y no tenga acceso a las recetas actuales, la farmacia de la red puede comunicarse con la mesa de ayuda de Express Scripts para solicitar una anulación y dispensar un suministro de transición temporal. Se generan notificaciones de transición apropiadas para el inscrito y el profesional que receta en el plazo requerido. Como estos inscritos son vulnerables a la interrupción de la atención, Express Scripts también proporciona datos diarios de reclamaciones rechazadas a los planes para la supervisión de estos inscritos que experimentan un cambio en su atención a fin de garantizar que la transición se haya efectuado.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos con receta de RiverSpring MAP (HMO D-SNP), revise su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre RiverSpring MAP (HMO D-SNP), 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 la cobertura de 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 RiverSpring MAP

El formulario a continuación proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por RiverSpring MAP (HMO DSNP). Si tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, diríjase al índice que comienza en la página 163.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben con mayúscula (por ejemplo, DIFLUCAN) y los medicamentos genéricos se escriben en cursiva minúscula (por ejemplo, *fluconazol*).

La información en la columna Requisitos/Límites le indica si RiverSpring MAP (HMO D-SNP) tiene requisitos especiales para la cobertura de su medicamento.

A continuación se muestra una lista de abreviaturas que pueden aparecer en las siguientes páginas en la columna Requisitos/Límites, que le indica si existen requisitos especiales para la cobertura de su medicamento.

La siguiente es una lista de abreviaturas que pueden aparecer en las siguientes páginas en la columna de Requisitos/Límites para indicarle si su medicamento está sujeto a algún requisito especial de cobertura.

Lista de Abreviaciones

B/D PA: Este medicamento recetado podría estar cubierto bajo Medicare Parte B o Parte D, dependiendo de las circunstancias. Puede ser necesario que se presente información que describa la utilización y las circunstancias en las que se administrará el medicamento, para que se pueda tomar una determinación.

LA: Disponibilidad limitada. Este medicamento recetado puede estar disponible solamente en ciertas farmacias. Para obtener más información, llame al servicio de Atención al cliente.

MO: Medicamento obtenido por correo. Este medicamento recetado está disponible a través de nuestro servicio de pedido por correo, así como en las farmacias minoristas de nuestra red. Considere utilizar el servicio de farmacia por correo para obtener sus medicamentos de uso continuo, o de mantenimiento (por ejemplo, los medicamentos para la presión sanguínea elevada). Las farmacias minoristas de la red pueden ser más adecuadas para obtener medicamentos de uso a corto plazo (por ejemplo, los antibióticos).

PA: Autorización previa. El Plan requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para obtener ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener aprobación antes de que se surtan sus recetas. Si no obtiene aprobación, podríamos no cubrir el medicamento.

QL: Límite de cantidad. En el caso de ciertos medicamentos, el Plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos.

ST: Terapia de paso. En algunos casos, el Plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para el tratamiento de su afección médica antes de que podamos cubrir otro medicamento para tratar esa afección. Por ejemplo, si puede utilizarse tanto un medicamento A como un medicamento B en el tratamiento de la misma afección médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le produce mejoras, cubriremos el medicamento B.

V: Esta vacuna se suministra a los adultos sin costo alguno cuando se usa según las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ANTIINFECCIOSOS		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ABELCET	1	B/D PA
<i>amphotericin b</i>	1	B/D PA; MO
<i>caspofungin</i>	1	
<i>clotrimazole mucous membrane</i>	1	MO
CRESEMBA ORAL	1	PA
<i>fluconazole</i>	1	MO
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/50 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	PA
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml</i>	1	PA; MO
<i>flucytosine</i>	1	MO
<i>griseofulvin microsize</i>	1	MO
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	MO
<i>itraconazole oral capsule</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>itraconazole oral solution</i>	1	MO
<i>ketoconazole oral</i>	1	MO
<i>miconazole</i>	1	MO
<i>nystatin oral</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	PA; MO; QL (96 por 30 días)
<i>terbinafine hcl oral</i>	1	MO
<i>voriconazole intravenous</i>	1	PA; MO
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution</i>	1	PA; MO
<i>voriconazole oral tablet</i>	1	PA; MO
AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS		
<i>methenamine hippurate</i>	1	MO
<i>methenamine mandelate</i>	1	MO
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	1	MO
<i>trimethoprim</i>	1	MO
ANTIINFECCIOSOS VARIOS		
<i>albendazole</i>	1	MO
<i>amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	1	PA; MO
ARIKAYCE	1	PA; LA
<i>atovaquone</i>	1	MO
<i>atovaquone-proguanil</i>	1	MO
<i>aztreonam</i>	1	PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
CAYSTON	1	PA; MO; LA; QL (84 por 56 días)
<i>chloramphenicol sod succinate</i>	1	
<i>chloroquine phosphate</i>	1	MO
<i>clindamycin hcl</i>	1	MO
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	1	PA; MO
<i>clindamycin phosphate injection</i>	1	PA; MO
COARTEM	1	MO
<i>colistin (colistimethate na)</i>	1	PA; MO; QL (30 por 10 días)
<i>dapsone oral</i>	1	MO
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 350 MG	1	MO
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	1	MO
EMVERM	1	MO
<i>ertapenem</i>	1	PA; MO; QL (14 por 14 días)
<i>ethambutol</i>	1	MO
<i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/50 ml</i>	1	PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 80 mg/100 ml</i>	1	PA
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	1	PA; MO
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	1	PA; MO
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	1	MO
<i>imipenem-cilastatin</i>	1	PA; MO
<i>isoniazid injection</i>	1	
<i>isoniazid oral</i>	1	MO
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	1	PA; MO; QL (20 por 30 días)
<i>lincomycin</i>	1	PA
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	1	PA; MO
<i>linezolid oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>linezolid oral tablet</i>	1	MO
<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i>	1	PA
<i>mefloquine</i>	1	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram</i>	1	PA; QL (30 por 10 días)
<i>meropenem intravenous recon soln 500 mg</i>	1	PA; QL (10 por 10 días)
<i>metro i.v.</i>	1	PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	1	PA; MO
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>neomycin</i>	1	MO
<i>nitazoxanide</i>	1	MO; QL (12 por 30 días)
<i>pentamidine inhalation</i>	1	B/D PA; MO; QL (1 por 28 días)
<i>pentamidine injection</i>	1	MO
<i>praziquantel</i>	1	MO
PRIFTIN	1	MO
PRIMAQUINE	1	MO
<i>pyrazinamide</i>	1	MO
<i>pyrimethamine</i>	1	PA; MO
<i>quinine sulfate</i>	1	MO
<i>rifabutin</i>	1	MO
<i>rifampin intravenous</i>	1	MO
<i>rifampin oral</i>	1	MO
SIRTURO	1	PA; LA
STREPTOMYCIN	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>tigecycline</i>	1	PA; MO
<i>tinidazole</i>	1	MO
TOBI PODHALER	1	MO; QL (224 por 56 días)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	1	PA; MO; QL (280 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>tobramycin inhalation</i>	1	PA; MO; QL (224 por 28 días)
<i>tobramycin sulfate injection recon soln</i>	1	PA; QL (9 por 14 días)
<i>tobramycin sulfate injection solution</i>	1	PA; MO
TRECATOR	1	MO
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/200 ML	1	PA; QL (4000 por 10 días)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 500 MG/100 ML	1	PA; QL (1000 por 10 días)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 750 MG/150 ML	1	PA; QL (4050 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg</i>	1	PA; MO; QL (20 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 10 gram</i>	1	PA; QL (2 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 5 gram</i>	1	PA; QL (4 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	1	PA; MO; QL (10 por 10 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>vancomycin intravenous recon soln 750 mg</i>	1	PA; MO; QL (27 por 10 días)
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	1	PA; MO; QL (40 por 10 días)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	1	PA; MO; QL (80 por 10 días)
VIBATIV INTRAVENOUS RECON SOLN 750 MG	1	PA
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	1	PA; QL (9 por 30 días)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
ANTIVÍRICOS		
<i>abacavir</i>	1	MO
<i>abacavir-lamivudine</i>	1	MO
<i>acyclovir oral capsule</i>	1	MO
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml (5 ml)</i>	1	
<i>acyclovir oral tablet</i>	1	MO
<i>acyclovir sodium intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>adefovir</i>	1	MO
<i>amantadine hcl</i>	1	MO
APTIVUS	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>atazanavir</i>	1	MO
BARACLUDE ORAL SOLUTION	1	MO
BIKTARVY	1	MO
CABENUVA	1	MO
<i>cidofovir</i>	1	B/D PA; MO
CIMDUO	1	MO
COMPLERA	1	MO
<i>darunavir</i>	1	MO
DELSTRIGO	1	MO
DESCOVY	1	MO
DOVATO	1	MO
EDURANT	1	MO
<i>efavirenz oral tablet</i>	1	MO
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir</i>	1	MO
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disop</i>	1	MO
<i>emtricitabine</i>	1	MO
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg</i>	1	MO
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	1	MO
EMTRIVA ORAL SOLUTION	1	MO
<i>entecavir</i>	1	MO
<i>etravirine</i>	1	MO
EVOTAZ	1	MO
<i>famciclovir</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fosamprenavir</i>	1	MO
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN	1	
<i>ganciclovir sodium intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>ganciclovir sodium intravenous solution</i>	1	B/D PA
GENVOYA	1	MO
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	1	MO
ISENTRESS HD	1	MO
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET	1	MO
ISENTRESS ORAL TABLET	1	MO
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	1	MO
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	1	MO
JULUCA	1	MO
LAGEVRIO (EUA)	1	QL (40 por 30 días)
<i>lamivudine</i>	1	MO
<i>lamivudine-zidovudine</i>	1	MO
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	1	PA; MO; QL (28 por 28 días)
LIVTENCITY	1	PA; LA; QL (120 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>lopinavir-ritonavir oral solution</i>	1	MO
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet</i>	1	MO
<i>maraviroc</i>	1	MO
MAVYRET ORAL PELLETS IN PACKET	1	PA; MO; QL (168 por 28 días)
MAVYRET ORAL TABLET	1	PA; MO; QL (84 por 28 días)
<i>nevirapine oral suspension</i>	1	
<i>nevirapine oral tablet</i>	1	MO
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	1	MO
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET	1	MO
ODEFSEY	1	MO
<i>oseltamivir</i>	1	MO
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)	1	QL (20 por 30 días)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	1	QL (30 por 30 días)
PIFELTRO	1	MO
PREVYMIS INTRAVENOUS	1	PA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
PREVYMIS ORAL TABLET	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
PREZCOBIX	1	MO
PREZISTA ORAL SUSPENSION	1	MO
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	1	MO
RELENZA DISKHALER	1	MO
RETROVIR INTRAVENOUS	1	MO
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET	1	MO
<i>ribavirin oral capsule</i>	1	MO
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	MO
<i>rimantadine</i>	1	MO
<i>ritonavir</i>	1	MO
RUKOBIA	1	MO
SELZENTRY ORAL SOLUTION	1	MO
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	1	PA; MO; QL (28 por 28 días)
STRIBILD	1	MO
SUNLENCA	1	
SYMTUZA	1	MO
SYNAGIS	1	MO; LA
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG	1	MO
TIVICAY PD	1	MO
TRIUMEQ	1	MO
TRIUMEQ PD	1	MO
TROGARZO	1	MO; LA
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>valacyclovir oral tablet 500 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>valganciclovir oral recon soln</i>	1	MO
<i>valganciclovir oral tablet</i>	1	MO
VEMLIDY	1	MO
VIRACEPT ORAL TABLET	1	MO
VIREAD ORAL POWDER	1	MO
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	1	MO
VOSEVI	1	PA; MO; QL (28 por 28 días)
XOFLUZA ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	1	MO
<i>zidovudine oral capsule</i>	1	MO
<i>zidovudine oral syrup</i>	1	MO
<i>zidovudine oral tablet</i>	1	MO

CEFALOSPORINAS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefaclor oral capsule</i>	1	MO
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefadroxil oral capsule</i>	1	MO
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml</i>	1	MO
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg</i>	1	MO
<i>cefazolin injection recon soln 10 gram, 100 gram, 300 gram</i>	1	
<i>cefazolin intravenous recon soln 1 gram</i>	1	
<i>cefdinir oral capsule</i>	1	MO
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>cefepime in dextrose,iso-osm</i>	1	
<i>cefepime injection</i>	1	MO
<i>cefixime</i>	1	MO
<i>cefloxitin in dextrose, iso-osm</i>	1	PA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefloxitin intravenous recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	PA; MO
<i>cefloxitin intravenous recon soln 10 gram</i>	1	PA
<i>cefprozime</i>	1	MO
<i>cefprozil</i>	1	MO
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	PA; MO
<i>ceftazidime injection recon soln 6 gram</i>	1	PA
<i>ceftriaxone in dextrose,iso-os</i>	1	MO
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>ceftriaxone injection recon soln 10 gram</i>	1	
<i>ceftriaxone intravenous</i>	1	MO
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	1	MO
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	1	PA; MO
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram</i>	1	PA; MO
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 7.5 gram</i>	1	PA
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>tazicef injection</i>	1	PA; MO
<i>tazicef intravenous</i>	1	PA
TEFLARO	1	PA; MO
ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin intravenous</i>	1	PA; MO
<i>azithromycin oral packet</i>	1	MO
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack)</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	1	MO
<i>clarithromycin</i>	1	MO
DIFICID ORAL TABLET	1	MO; QL (20 por 10 días)
<i>ery-tab oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg</i>	1	MO
<i>erythrocin (as stearate) oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i>	1	
<i>erythromycin oral</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
PENICILINAS		
<i>amoxicillin oral capsule</i>	1	MO
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>amoxicillin oral tablet</i>	1	MO
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable</i>	1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	MO
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	PA; MO
<i>ampicillin sodium intravenous</i>	1	PA
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 3 gram</i>	1	PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 15 gram</i>	1	PA
<i>ampicillin-sulbactam intravenous</i>	1	PA
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125-31.25 MG/5 ML	1	MO
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML	1	PA; MO
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 600,000 UNIT/ML	1	PA
<i>dicloxacillin</i>	1	MO
<i>nafcillin in dextrose iso-osm intravenous piggyback 2 gram/100 ml</i>	1	PA
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	PA; MO
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	1	PA
<i>oxacillin in dextrose(iso-osm) intravenous piggyback 2 gram/50 ml</i>	1	PA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxacillin injection recon soln 1 gram, 10 gram</i>	1	PA
<i>oxacillin injection recon soln 2 gram</i>	1	PA; MO
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS PIGGYBACK 2 MILLION UNIT/50 ML, 3 MILLION UNIT/50 ML	1	PA
<i>penicillin g potassium</i>	1	PA; MO
<i>penicillin g sodium</i>	1	PA; MO
<i>penicillin v potassium</i>	1	MO
<i>pfizerpen-g</i>	1	PA
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 13.5 gram, 40.5 gram</i>	1	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram</i>	1	MO
QUINOLONAS		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	1	PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 500 mg/5 ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml</i>	1	PA
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	1	PA; MO
<i>levofloxacin intravenous</i>	1	PA
<i>levofloxacin oral solution</i>	1	MO
<i>levofloxacin oral tablet</i>	1	MO
<i>moxifloxacin oral</i>	1	MO
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	1	PA; MO
SULFAMIDAS/AGENTES RELACIONADOS		
<i>sulfadiazine</i>	1	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous</i>	1	PA; MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension</i>	1	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet</i>	1	MO
TETRACICLINAS		
<i>demeclocycline</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>doxy-100</i>	1	PA; MO
<i>doxycycline hyclate intravenous</i>	1	PA
<i>doxycycline hyclate oral capsule</i>	1	MO
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>minocycline oral capsule</i>	1	MO
<i>minocycline oral tablet</i>	1	MO
<i>monodoxyne nl oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>tetracycline oral capsule</i>	1	MO
CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS		
AGENTES ANTIARRÍTMICOS		
<i>adenosine</i>	1	
<i>amiodarone intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	MO
<i>amiodarone oral tablet 400 mg</i>	1	
<i>dofetilide</i>	1	MO
<i>flecainide</i>	1	MO
<i>ibutilide fumarate</i>	1	
<i>lidocaine (pf) intravenous</i>	1	
<i>lidocaine in 5 % dextrose (pf) intravenous parenteral solution 4 mg/ml (0.4 %), 8 mg/ml (0.8 %)</i>	1	
<i>mexiletine</i>	1	MO
MULTAQ	1	MO
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>procainamide injection</i>	1	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>propafenone oral tablet</i>	1	MO
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	1	MO
<i>sotalol af</i>	1	
<i>sotalol oral</i>	1	MO
AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS		

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
CAMZYOS	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>digoxin oral solution</i>	1	MO
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	1	MO
<i>dobutamine</i>	1	B/D PA
<i>dobutamine in d5w intravenous parenteral solution 1,000 mg/250 ml (4,000 mcg/ml), 250 mg/250 ml (1 mg/ml), 500 mg/250 ml (2,000 mcg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>dopamine in 5 % dextrose intravenous solution 200 mg/250 ml (800 mcg/ml), 400 mg/250 ml (1,600 mcg/ml), 400 mg/500 ml (800 mcg/ml), 800 mg/500 ml (1,600 mcg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>dopamine in 5 % dextrose intravenous solution 800 mg/250 ml (3,200 mcg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
<i>dopamine intravenous solution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>dopamine intravenous solution 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ENTRESTO	1	QL (60 por 30 días)
ENTRESTO SPRINKLE	1	QL (240 por 30 días)
<i>ivabradine</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>milrinone</i>	1	B/D PA
<i>milrinone in 5 % dextrose</i>	1	B/D PA
<i>norepinephrine bitartrate</i>	1	
<i>ranolazine</i>	1	MO
<i>sodium nitroprusside</i>	1	B/D PA
VERQUVO	1	MO; QL (30 por 30 días)
VYNDAMAX	1	PA; MO
AGENTES PARA REDUCIR LOS LÍPIDOS/EL COLESTEROL		
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>atorvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>cholestyramine (with sugar)</i>	1	MO
<i>cholestyramine light oral powder</i>	1	
<i>cholestyramine light oral powder in packet</i>	1	MO
<i>colesevelam</i>	1	MO
<i>colestipol oral granules</i>	1	MO
<i>colestipol oral packet</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>colestipol oral tablet</i>	1	MO
<i>ezetimibe</i>	1	MO
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	1	MO
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	1	MO
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	1	MO
<i>fenofibric acid</i>	1	
<i>fenofibric acid (choline)</i>	1	MO
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>fluvastatin oral capsule 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>gemfibrozil</i>	1	MO
<i>icosapent ethyl</i>	1	MO
<i>lovastatin oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
NEXLETOL	1	PA; MO
NEXLIZET	1	PA; MO
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>pitavastatin calcium</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>pravastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>prevalite</i>	1	MO
REPATHA	1	PA; QL (6 por 28 días)
REPATHA PUSHTRONEX	1	PA; QL (7 por 28 días)
REPATHA SURECLICK	1	PA; QL (6 por 28 días)
<i>rosuvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>simvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

NITRATOS		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate</i>	1	MO
<i>nitro-bid</i>	1	MO
<i>nitroglycerin in 5 % dextrose intravenous solution 100 mg/250 ml (400 mcg/ml), 25 mg/250 ml (100 mcg/ml), 50 mg/250 ml (200 mcg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>nitroglycerin intravenous</i>	1	B/D PA
<i>nitroglycerin sublingual</i>	1	MO
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>nitroglycerin translingual</i>	1	MO

TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO		
<i>acebutolol</i>	1	MO
<i>aliskiren</i>	1	MO
<i>amiloride</i>	1	MO
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>amlodipine</i>	1	MO
<i>amlodipine-benazepril</i>	1	MO
<i>amlodipine-olmesartan</i>	1	MO
<i>amlodipine-valsartan</i>	1	MO
<i>amlodipine-valsartan-hcthidiazid</i>	1	MO
<i>atenolol</i>	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	1	MO
<i>benazepril</i>	1	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>betaxolol oral</i>	1	MO
<i>bisoprolol fumarate</i>	1	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>bumetanide injection</i>	1	MO
<i>bumetanide oral</i>	1	MO
<i>candesartan</i>	1	MO
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>captopril</i>	1	MO
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg</i>	1	
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>carvedilol</i>	1	MO
<i>chlorothiazide sodium</i>	1	MO
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>clonidine transdermal patch</i>	1	MO; QL (4 por 28 días)
<i>clonidine (pf) epidural solution 1,000 mcg/10 ml (100 mcg/ml)</i>	1	
<i>clonidine hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl intravenous</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral</i>	1	MO
<i>dilt-xr</i>	1	MO
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>doxazosin oral tablet 8 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
EDARBI	1	MO
EDARBYCLOR	1	MO
<i>enalapril maleate oral tablet</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>enalaprilat intravenous solution</i>	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>eplerenone</i>	1	MO
<i>esmolol intravenous solution</i>	1	
<i>ethacrynate sodium</i>	1	
<i>felodipine</i>	1	MO
<i>fosinopril</i>	1	MO
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>furosemide injection solution</i>	1	MO
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	MO
<i>furosemide oral tablet</i>	1	MO
<i>hydralazine</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>indapamide</i>	1	MO
<i>irbesartan</i>	1	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>isosorbide-hydralazine</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>isradipine</i>	1	
KERENDIA	1	PA; QL (30 por 30 días)
<i>labetalol intravenous solution</i>	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>labetalol intravenous syringe 20 mg/4 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril</i>	1	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>losartan</i>	1	MO
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>mannitol 20 %</i>	1	
<i>mannitol 25 % intravenous solution</i>	1	MO
<i>matzim la</i>	1	MO
<i>metolazone</i>	1	MO
<i>metoprolol succinate</i>	1	MO
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	1	MO
<i>metoprolol tartrate intravenous</i>	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>metyrosine</i>	1	PA; MO
<i>minoxidil oral</i>	1	MO
<i>moexipril</i>	1	MO
<i>nadolol</i>	1	MO
<i>nebivolol</i>	1	MO
<i>nicardipine intravenous solution</i>	1	
<i>nicardipine oral</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>nifedipine oral tablet extended release</i>	1	MO
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr</i>	1	MO
<i>nimodipine oral capsule</i>	1	MO
<i>olmesartan</i>	1	MO
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiacid</i>	1	MO
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>osmitrol 20 %</i>	1	
<i>perindopril erbumine</i>	1	MO
<i>phentolamine</i>	1	
<i>pindolol</i>	1	MO
<i>prazosin</i>	1	MO
<i>propranolol intravenous</i>	1	
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>propranolol oral solution</i>	1	MO
<i>propranolol oral tablet</i>	1	MO
<i>quinapril</i>	1	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>ramipril</i>	1	MO
<i>spironolactone oral tablet</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	1	MO
<i>telmisartan</i>	1	MO
<i>telmisartan-amlodipine</i>	1	MO
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	1	MO
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>terazosin oral capsule 10 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>tiadylt er</i>	1	MO
<i>timolol maleate oral</i>	1	MO
<i>torse mide oral</i>	1	MO
<i>trandolapril</i>	1	MO
<i>trandolapril-verapamil</i>	1	MO
<i>treprostinil sodium</i>	1	PA; MO; LA
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	1	MO
UPTRA VI ORAL TABLET	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días)
UPTRA VI ORAL TABLETS,DOSE PACK	1	PA; MO; LA; QL (200 por 180 días)
<i>valsartan oral tablet</i>	1	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>veletri</i>	1	B/D PA; MO
<i>verapamil intravenous</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct</i>	1	MO
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr</i>	1	MO
<i>verapamil oral tablet</i>	1	MO
<i>verapamil oral tablet extended release</i>	1	MO
TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN		
<i>aminocaproic acid intravenous</i>	1	MO
<i>aminocaproic acid oral</i>	1	MO
<i>aspirin-dipyridamole</i>	1	MO
BRILINTA	1	MO
CABLIVI INJECTION KIT	1	PA; LA
CEPROTIN (BLUE BAR)	1	PA; MO
CEPROTIN (GREEN BAR)	1	PA; MO
<i>cilostazol</i>	1	MO
<i>clopidogrel oral tablet 300 mg</i>	1	MO
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>dabigatran etexilate</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>dipyridamole intravenous</i>	1	
<i>dipyridamole oral</i>	1	MO
DOPTLET (10 TAB PACK)	1	PA; MO; LA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
DOPTELET (15 TAB PACK)	1	PA; MO; LA
DOPTELET (30 TAB PACK)	1	PA; MO; LA
ELIQUIS	1	MO; QL (60 por 30 días)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	1	MO; QL (74 por 180 días)
<i>enoxaparin subcutaneous solution</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	1	MO; QL (28 por 28 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	1	MO; QL (22.4 por 28 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml, 60 mg/0.6 ml</i>	1	MO; QL (16.8 por 28 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	1	MO; QL (11.2 por 28 días)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	1	MO
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 20,000 unit/500 ml (40 unit/ml)</i>	1	
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 1,000 unit/500 ml</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 2,000 unit/1,000 ml</i>	1	
<i>heparin (porcine) injection cartridge</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) injection solution</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) injection syringe 5,000 unit/ml</i>	1	MO
HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 12,500 UNIT/250 ML	1	
<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml, 25,000 unit/500 ml</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	1	
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 5,000 unit/0.5 ml</i>	1	MO
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml</i>	1	MO
HEPARIN, PORCINE (PF) INJECTION SYRINGE 5,000 UNIT/ML	1	
HEPARIN, PORCINE (PF) SUBCUTANEOUS	1	MO
<i>jantoven</i>	1	MO
<i>pentoxifylline</i>	1	MO
<i>prasugrel hcl</i>	1	MO
PROMACTA	1	PA; MO; LA
<i>protamine</i>	1	
<i>warfarin</i>	1	MO
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	1	MO; QL (51 por 180 días)
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	1	MO; QL (775 por 28 días)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)

GASTROENTEROLOGÍA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i>	1	PA; MO
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i>	1	PA; MO
<i>aprepitant</i>	1	B/D PA; MO
<i>balsalazide</i>	1	MO
<i>betaine</i>	1	MO
<i>budesonide oral capsule, delayed, extended release</i>	1	MO
<i>budesonide oral tablet, delayed and extended release</i>	1	MO
CIMZIA POWDER FOR RECONST	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
CIMZIA STARTER KIT	1	PA; MO; QL (3 por 180 días)
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
CINVANTI	1	MO
<i>compro</i>	1	MO
<i>constulose</i>	1	MO
CORTIFOAM	1	MO
CREON	1	MO
<i>cromolyn oral</i>	1	MO
<i>dimenhydrinate injection solution</i>	1	MO
<i>dronabinol</i>	1	B/D PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>droperidol injection solution</i>	1	MO
ENTYVIO	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
<i>enulose</i>	1	MO
<i>fosaprepitant</i>	1	MO
GATTEX 30-VIAL	1	PA; MO
GATTEX ONE-VIAL	1	PA; MO
<i>gavilyte-c</i>	1	MO
<i>gavilyte-g</i>	1	MO
<i>gavilyte-n</i>	1	
<i>generlac</i>	1	MO
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	1	MO
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	1	
<i>granisetron hcl oral</i>	1	B/D PA; MO
<i>hydrocortisone rectal</i>	1	MO
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator</i>	1	MO
<i>lactulose oral solution</i>	1	MO
LINZESS	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>lubiprostone</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	MO
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets)</i>	1	MO
<i>mesalamine oral capsule, extended release</i>	1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr</i>	1	MO
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	MO
<i>mesalamine rectal</i>	1	MO
<i>mesalamine with cleansing wipe</i>	1	MO
<i>metoclopramide hcl injection solution</i>	1	MO
<i>metoclopramide hcl injection syringe</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	1	MO
<i>metoclopramide hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>nitroglycerin rectal</i>	1	MO
OICALIVA	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días)
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution</i>	1	MO
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe</i>	1	
<i>ondansetron hcl intravenous</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>palonosetron intravenous solution 0.25 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>palonosetron intravenous syringe</i>	1	
<i>peg 3350-electrolytes</i>	1	
<i>peg-electrolyte</i>	1	MO
<i>prochlorperazine</i>	1	MO
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	1	MO
<i>prochlorperazine maleate oral</i>	1	MO
<i>procto-med hc</i>	1	MO
<i>proctosol hc topical</i>	1	MO
<i>proctozone-hc</i>	1	MO
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	ST; MO; QL (18 por 30 días)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	1	ST; MO; QL (18 por 30 días)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	1	ST; MO; QL (12 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
REMICADE	1	PA; MO; QL (20 por 28 días)
SANCUSO	1	MO
<i>scopolamine base</i>	1	MO
SKYRIZI INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (30 por 180 días)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	1	PA; MO; QL (1.2 por 56 días)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	1	PA; MO; QL (2.4 por 56 días)
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i>	1	MO
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	1	
SUCRAID	1	PA
<i>sulfasalazine</i>	1	MO
SYMPROIC	1	MO; QL (30 por 30 días)
TRULANCE	1	QL (30 por 30 días)
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ursodiol oral tablet</i>	1	MO
VARUBI	1	B/D PA
VIBERZI	1	MO; QL (60 por 30 días)
VOWST	1	PA; LA
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 - 63,000 UNIT, 20,000-63,000-84,000 UNIT, 25,000-79,000-105,000 UNIT, 3,000-10,000 - 14,000-UNIT, 40,000-126,000-168,000 UNIT, 5,000-17,000-24,000 UNIT	1	MO
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 60,000-189,600-252,600 UNIT	1	MO
ZYMFENTRA	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>atropine injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>atropine injection syringe 0.1 mg/ml</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>atropine intravenous solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>atropine intravenous syringe 0.25 mg/5 ml (0.05 mg/ml)</i>	1	
<i>dicyclomine intramuscular</i>	1	MO
<i>dicyclomine oral capsule</i>	1	MO
<i>dicyclomine oral solution</i>	1	MO
<i>dicyclomine oral tablet</i>	1	MO
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet</i>	1	MO
<i>glycopyrrolate (pf) in water intravenous syringe 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	1	MO
<i>glycopyrrolate injection</i>	1	MO
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>loperamide oral capsule</i>	1	MO
<i>opium tincture</i>	1	MO
TRATAMIENTO DE ÚLCERAS		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
esomeprazole sodium intravenous recon soln 40 mg	1	MO
famotidine (pf)	1	MO
famotidine (pf)-nacl (iso-os)	1	MO
famotidine intravenous	1	MO
famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg	1	MO
lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
misoprostol	1	MO
nizatidine oral capsule	1	MO
omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
pantoprazole intravenous	1	MO
pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
sucralfate oral suspension	1	MO
sucralfate oral tablet	1	MO
IMMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA		
MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS		
ACTIMMUNE	1	PA; MO
ARCALYST	1	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)
BESREMI	1	PA; LA
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT	1	PA; MO; QL (14 por 28 días)
FULPHILA	1	PA; MO
ILARIS (PF)	1	PA; MO; LA; QL (2 por 28 días)
NIVESTYM	1	PA; MO
NYVEPRIA	1	PA; MO
OMNITROPE	1	PA; MO
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	MO; QL (4 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	MO; QL (2 por 28 días)
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (1 por 180 días)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (1 por 180 días)
<i>plerixafor</i>	1	B/D PA; MO
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	1	PA; MO
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	1	PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
RELEUKO SUBCUTANEOUS	1	PA; MO
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	1	PA; MO
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	1	PA; MO
VACUNAS/AGENTES INMUNOLÓGICOS VARIOS		
ABRYSVO (PF)	1	V
ACTHIB (PF)	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	1	V
AREXVY (PF)	1	V
BCG VACCINE, LIVE (PF)	1	V
BEXSERO	1	V
BOOSTRIX TDAP	1	V
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	1	
DENGVAXIA (PF)	1	
ENGERIX-B (PF)	1	B/D PA; V
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	1	B/D PA; V
<i>fomepizole</i>	1	
GAMASTAN	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
GARDASIL 9 (PF)	1	V
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	1	V
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	1	
HEPLISAV-B (PF)	1	B/D PA; V
HIBERIX (PF)	1	
HIZENTRA	1	B/D PA; MO
HYPERHEP B	1	
HYPERHEP B NEONATAL	1	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	1	V
INFANRIX (DTAP) (PF)	1	
IPOL	1	V
IXCHIQ (PF)	1	V
IXIARO (PF)	1	V
JYNNEOS (PF)	1	B/D PA; V
KINRIX (PF)	1	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	V
MENQUADFI (PF)	1	V
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	1	V
M-M-R II (PF)	1	V
MRESVIA (PF)	1	V
PEDIARIX (PF)	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
PEDVAX HIB (PF)	1	
PENBRAYA (PF)	1	V
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	1	
PRIORIX (PF)	1	V
PRIVIGEN	1	PA; MO
PROQUAD (PF)	1	
QUADRACEL (PF)	1	
RABAVERT (PF)	1	V
RECOMBIVAX HB (PF)	1	B/D PA; V
ROTARIX ORAL SUSPENSION	1	
ROTATEQ VACCINE	1	
SHINGRIX (PF)	1	V; QL (2 por 720 días)
TENIVAC (PF)	1	V
TICE BCG	1	B/D PA
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	1	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	1	V
TRUMENBA	1	V
TWINRIX (PF)	1	V
TYPHIM VI	1	V

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	1	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	1	V
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	1	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	1	V
VARIVAX (PF)	1	V
VARIZIG	1	
VAXCHORA VACCINE	1	V
VIVOTIF	1	MO; V
YF-VAX (PF)	1	V
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES		
AGENTES COADYUVANTES		
<i>dexrazoxane hcl</i>	1	B/D PA; MO
ELITEK	1	MO
KHAPZORY INTRAVENOUS RECON SOLN 175 MG	1	B/D PA
<i>leucovorin calcium oral</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>levoleucovorin calcium intravenous reconstituted solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>levoleucovorin calcium intravenous solution</i>	1	B/D PA
<i>mesna intravenous</i>	1	B/D PA; MO
<i>mesna oral</i>	1	MO
MESNEX ORAL	1	MO
XGEVA	1	B/D PA; MO
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
ABRAXANE	1	B/D PA; MO
ADCETRIS	1	B/D PA; MO
ADSTILADRIN	1	PA
AKEEGA	1	PA; LA; QL (60 por 30 días)
ALECENSA	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)
ALIQOPA	1	B/D PA; LA
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	1	PA; QL (30 por 30 días)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	1	PA; QL (60 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK	1	PA; QL (30 por 180 días)
<i>anastrozole</i>	1	MO
ANKTIVA	1	PA; MO
<i>arsenic trioxide intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	B/D PA
<i>arsenic trioxide intravenous solution 2 mg/ml</i>	1	B/D PA; MO
ASPARLAS	1	PA
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)
AYVAKIT	1	PA; LA; QL (30 por 30 días)
<i>azacitidine</i>	1	B/D PA; MO
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>azathioprine sodium</i>	1	B/D PA; MO
BALVERSA	1	PA; LA
BAVENCIO	1	B/D PA; LA
BELEODAQ	1	B/D PA
<i>bendamustine intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
BENDEKA	1	B/D PA; MO
BESPO NSA	1	B/D PA; MO; LA
<i>bexarotene</i>	1	PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>bicalutamide</i>	1	MO
BIZENGRI	1	PA
<i>bleomycin</i>	1	B/D PA; MO
BLINCYTO INTRAVENOUS KIT	1	B/D PA
BORTEZOMIB INJECTION RECON SOLN 1 MG, 2.5 MG	1	B/D PA
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i>	1	B/D PA; MO
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA; MO; QL (330 por 30 días)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
BRAFTOVI	1	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días)
BRUKINSA	1	PA; LA; QL (120 por 30 días)
<i>busulfan</i>	1	B/D PA
CABOMETYX	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días)
CALQUENCE	1	PA; LA; QL (60 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	1	PA; LA; QL (60 por 30 días)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	1	PA; LA; QL (60 por 30 días)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	1	PA; LA; QL (30 por 30 días)
<i>carboplatin intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>carmustine intravenous recon soln 100 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>cisplatin intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>cladribine</i>	1	B/D PA; MO
<i>clofarabine</i>	1	B/D PA
COLUMVI	1	PA; MO
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	1	PA; MO; QL (56 por 28 días)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	1	PA; MO; QL (112 por 28 días)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	1	PA; MO; QL (84 por 28 días)
COPIKTRA	1	PA; LA; QL (60 por 30 días)
COTELLIC	1	PA; MO; LA; QL (63 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET	1	B/D PA
<i>cyclosporine modified oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
<i>cyclosporine modified oral solution</i>	1	B/D PA
<i>cyclosporine oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
CYRAMZA	1	B/D PA; MO
<i>cytarabine</i>	1	B/D PA; MO
<i>cytarabine (pf) injection solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
<i>cytarabine (pf) injection solution 20 mg/ml</i>	1	B/D PA
<i>dacarbazine</i>	1	B/D PA; MO
<i>dactinomycin</i>	1	B/D PA; MO
DANYELZA	1	B/D PA
DANZITEN	1	PA; QL (112 por 28 días)
DARZALEX	1	B/D PA; MO; LA
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 80 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>dasatinib oral tablet 70 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
DATROWAY	1	PA
<i>daunorubicin</i>	1	B/D PA
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>decitabine</i>	1	B/D PA; MO
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
<i>doxorubicin intravenous recon soln 10 mg</i>	1	B/D PA
<i>doxorubicin intravenous recon soln 50 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	1	B/D PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>doxorubicin intravenous solution 2 mg/ml</i>	1	B/D PA
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	1	B/D PA; MO
DROXIA	1	MO
ELAHERE	1	PA; LA
ELIGARD	1	PA; MO
ELIGARD (3 MONTH)	1	PA; MO
ELIGARD (4 MONTH)	1	PA; MO
ELIGARD (6 MONTH)	1	PA; MO
ELREXFIO	1	PA
ELZONRIS	1	B/D PA; LA
EMPLICITI	1	B/D PA; MO
ENVARUSUS XR	1	B/D PA; MO
<i>epirubicin intravenous solution 200 mg/100 ml</i>	1	B/D PA
EPKINLY	1	PA
ERBITUX	1	B/D PA; MO
<i>eribulin</i>	1	B/D PA
ERIVEDGE	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
ERWINASE	1	B/D PA
ETOPOPHOS	1	B/D PA; MO
<i>etoposide intravenous</i>	1	B/D PA; MO
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg</i>	1	PA; MO; QL (330 por 30 días)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg</i>	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 5 mg</i>	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>exemestane</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	1	PA; MO
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	1	PA; MO
<i>floxuridine</i>	1	B/D PA
<i>fludarabine intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>fludarabine intravenous solution</i>	1	B/D PA
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 500 mg/10 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>fluorouracil intravenous solution 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml</i>	1	B/D PA
FOTIVDA	1	PA; LA; QL (21 por 28 días)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA; QL (84 por 28 días)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	1	PA; QL (21 por 28 días)
<i>fulvestrant</i>	1	B/D PA; MO
FYARRO	1	PA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
GAVRETO	1	PA; LA; QL (120 por 30 días)
GAZYVA	1	B/D PA; MO
<i>gefitinib</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 200 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>gemcitabine intravenous recon soln 2 gram</i>	1	B/D PA
<i>gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
GEMCITABINE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML	1	B/D PA
<i>gengraf</i>	1	B/D PA; MO
GILOTRIF	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG	1	MO
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG, 40 MG	1	MO
GRAFAPEX	1	B/D PA
<i>hydroxyurea</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
IBRANCE	1	PA; MO; QL (21 por 28 días)
ICLUSIG	1	PA; QL (30 por 30 días)
<i>idarubicin</i>	1	B/D PA; MO
IDHIFA	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días)
<i>ifosfamide intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>ifosfamide intravenous solution 3 gram/60 ml</i>	1	B/D PA
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	1	PA; QL (120 por 30 días)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	1	PA; QL (30 por 30 días)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION	1	PA; QL (324 por 30 días)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	1	PA; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
IMDELLTRA	1	PA; MO
IMFINZI	1	B/D PA; MO; LA
IMJUDO	1	PA; MO
IMKELDI	1	PA; MO; QL (280 por 28 días)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
INQOVI	1	PA; MO; QL (5 por 28 días)
INREBIC	1	PA; MO; LA; QL (120 por 30 días)
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>irinotecan intravenous solution 300 mg/15 ml, 500 mg/25 ml</i>	1	B/D PA
<i>irinotecan intravenous solution 40 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; MO
ISTODAX	1	B/D PA; MO
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
IWILFIN	1	PA; LA; QL (240 por 30 días)
IXEMPRA	1	B/D PA; MO
JAKAFI	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
JEMPERLI	1	PA; MO
JEVTANA	1	B/D PA; MO
JYLAMVO	1	B/D PA; MO
KADCYLA	1	PA; MO
KEYTRUDA	1	PA; MO
KIMMTRAK	1	B/D PA
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	1	PA; QL (70 por 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	1	PA; QL (91 por 28 días)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	PA; MO; QL (21 por 28 días)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	1	PA; MO; QL (42 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	1	PA; MO; QL (63 por 28 días)
KOSELUGO	1	PA
KRAZATI	1	PA; QL (180 por 30 días)
KYPROLIS	1	B/D PA
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i>	1	PA; MO
<i>lapatinib</i>	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	1	PA; LA; QL (30 por 30 días)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	1	PA; LA; QL (60 por 30 días)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	PA; MO; QL (28 por 28 días)
<i>lenalidomide oral capsule 2.5 mg, 20 mg</i>	1	PA; QL (28 por 28 días)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY (10 MG X 2-4 MG X 1)	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
LENVIMA ORAL CAPSULE 14 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2)	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>letrozole</i>	1	MO
LEUKERAN	1	MO
<i>leuprolide subcutaneous kit</i>	1	PA; MO
LIBTAYO	1	PA; LA
LONSURF	1	PA; MO
LOQTORZI	1	PA; MO
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
LUNSUMIO	1	PA; MO
LUPRON DEPOT	1	PA; MO
LYNPARZA	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
LYSODREN	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3)	1	PA; LA; QL (84 por 28 días)
LYTGOBI ORAL TABLET 16 MG/DAY (4 MG X 4)	1	PA; LA; QL (112 por 28 días)
LYTGOBI ORAL TABLET 20 MG/DAY (4 MG X 5)	1	PA; LA; QL (140 por 28 días)
MARGENZA	1	B/D PA
MATULANE	1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml)</i>	1	PA
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	1	PA; MO
<i>megestrol oral suspension 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	1	PA; MO
<i>megestrol oral tablet</i>	1	PA; MO
MEKINIST ORAL RECON SOLN	1	PA; MO; QL (1260 por 30 días)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
MEKTOVI	1	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días)
<i>melphalan hcl</i>	1	B/D PA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>mercaptopurine oral tablet</i>	1	MO
<i>methotrexate sodium</i>	1	B/D PA; MO
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln</i>	1	B/D PA
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>mitomycin intravenous recon soln 20 mg, 5 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>mitomycin intravenous recon soln 40 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>mitoxantrone</i>	1	B/D PA; MO
MONJUVI	1	PA; LA
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	1	B/D PA; MO
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution</i>	1	B/D PA; MO
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	1	B/D PA; MO
<i>mycophenolate sodium</i>	1	B/D PA; MO
MYHIBBIN	1	B/D PA; MO
MYLOTARG	1	B/D PA; MO; LA
<i>nelarabine</i>	1	B/D PA; MO
NERLYNX	1	PA; MO; LA
<i>nilutamide</i>	1	PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
NINLARO	1	PA; MO; QL (3 por 28 días)
NUBEQA	1	PA; MO; LA; QL (120 por 30 días)
NULOJIX	1	B/D PA; MO
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	1	PA; MO
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	1	PA; MO
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml)</i>	1	PA; MO
<i>octreotide acetate injection syringe 500 mcg/ml (1 ml)</i>	1	PA; MO
<i>octreotide, microspheres</i>	1	PA
ODOMZO	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días)
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA; QL (56 por 28 días)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	1	PA; QL (180 por 30 días)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	1	PA; QL (96 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4)	1	PA; QL (16 por 28 días)
OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5)	1	PA; QL (20 por 28 días)
OJEMDA ORAL TABLET 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	1	PA; QL (24 por 28 días)
OJJAARA	1	PA; QL (30 por 30 días)
ONCASPAR	1	B/D PA
ONIVYDE	1	B/D PA
ONUREG	1	PA; MO; QL (14 por 28 días)
OPDIVO	1	PA; MO
OPDIVO QVANTIG	1	PA
OPDUALAG	1	PA; MO
ORGOVYX	1	PA; LA; QL (30 por 28 días)
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	1	PA; QL (30 por 30 días)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>oxaliplatin intravenous reconstruction solution 100 mg</i>	1	B/D PA
<i>oxaliplatin intravenous reconstruction solution 50 mg</i>	1	B/D PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
<i>oxaliplatin intravenous solution 200 mg/40 ml</i>	1	B/D PA
<i>paclitaxel</i>	1	B/D PA; MO
<i>paclitaxel protein-bound</i>	1	B/D PA; MO
PADCEV	1	PA; MO
<i>paraplatin</i>	1	B/D PA
<i>pazopanib</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
PEMAZYRE	1	PA; LA; QL (28 por 28 días)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 750 mg</i>	1	B/D PA
PERJETA	1	B/D PA; MO
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	PA; MO; QL (28 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	1	PA; MO; QL (56 por 28 días)
POLIVY	1	PA; MO
POMALYST	1	PA; MO; LA; QL (21 por 28 días)
POTELIGEO	1	PA
PRALATREXATE	1	B/D PA; MO
PROGRAF INTRAVENOUS	1	B/D PA; MO
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET	1	B/D PA; MO
PURIXAN	1	
QINLOCK	1	PA; LA; QL (90 por 30 días)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA; MO; LA; QL (120 por 30 días)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	1	PA; MO; LA; QL (90 por 30 días)
REVLIMID	1	PA; MO; LA; QL (28 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG, 160 MG	1	PA; QL (60 por 30 días)
REZLIDHIA	1	PA; QL (60 por 30 días)
REZUROCK	1	PA; LA; QL (30 por 30 días)
<i>romidepsin intravenous reconstruction</i>	1	B/D PA
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET	1	PA; MO; QL (336 por 28 días)
RUBRACA	1	PA; MO; LA; QL (120 por 30 días)
RUXIENCE	1	PA; MO
RYBREVANT	1	PA; MO
RYDAPT	1	PA; MO; QL (224 por 28 días)
RYLAZE	1	B/D PA
RYTELO	1	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE	1	PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
SARCLISA	1	PA; LA
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	1	PA; QL (120 por 30 días)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	1	PA; QL (600 por 30 días)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	1	PA; QL (300 por 30 días)
SIGNIFOR	1	PA
SIMULECT	1	B/D PA; MO
<i>sirolimus oral solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>sirolimus oral tablet</i>	1	B/D PA; MO
SOLTAMOX	1	MO
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML	1	PA; MO
<i>sorafenib</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
SPRYCEL ORAL TABLET 70 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
STIVARGA	1	PA; MO; QL (84 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>sunitinib malate</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
SYLVANT	1	B/D PA; MO
TABLOID	1	MO
TABRECTA	1	PA; MO
<i>tacrolimus oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
TAFINLAR ORAL CAPSULE	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION	1	PA; MO; QL (840 por 28 días)
TAGRISSO	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días)
TALVEY	1	PA
TALZENNA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>tamoxifen</i>	1	MO
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	1	PA; MO; QL (112 por 28 días)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
TAZVERIK	1	PA; LA
TECENTRIQ	1	B/D PA; MO; LA
TECENTRIQ HYBREZA	1	B/D PA; MO; LA
TECVAYLI	1	PA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
TEMODAR INTRAVENOUS	1	B/D PA; MO
<i>temsirolimus</i>	1	B/D PA; MO
TEPMETKO	1	PA; LA
TEVIMBRA	1	PA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; MO; QL (112 por 28 días)
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA; MO; QL (28 por 28 días)
<i>thiotepa injection recon soln 100 mg</i>	1	B/D PA
<i>thiotepa injection recon soln 15 mg</i>	1	B/D PA; MO
TIBSOVO	1	PA
TIVDAK	1	PA; MO
<i>topotecan</i>	1	B/D PA; MO
<i>toremifene</i>	1	MO
<i>torpenz</i>	1	PA; QL (30 por 30 días)
TRAZIMERA	1	B/D PA; MO
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	1	PA; MO
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	1	MO
TRODELVY	1	PA; LA
TRUQAP	1	PA; QL (64 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA; LA; QL (120 por 30 días)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	1	PA; LA; QL (300 por 30 días)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	1	PA; LA; QL (120 por 30 días)
UNITUXIN	1	B/D PA
<i>valrubicin</i>	1	B/D PA; MO
VANFLYTA	1	PA; QL (56 por 28 días)
VECTIBIX	1	B/D PA; MO
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	1	PA; LA; QL (60 por 30 días)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	1	PA; LA; QL (180 por 30 días)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	1	PA; LA; QL (30 por 30 días)
VENCLEXTA STARTING PACK	1	PA; LA; QL (42 por 180 días)
VERZENIO	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días)
<i>vinblastine</i>	1	B/D PA; MO
<i>vincristine</i>	1	B/D PA; MO
<i>vinorelbine</i>	1	B/D PA; MO
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días)
VITRAKVI ORAL SOLUTION	1	PA; MO; LA; QL (300 por 30 días)
VIZIMPRO	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
VONJO	1	PA; QL (120 por 30 días)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	1	PA; QL (60 por 30 días)
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	1	PA; QL (30 por 30 días)
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA; LA
VYXEOS	1	B/D PA
WELIREG	1	PA; LA
XALKORI ORAL CAPSULE	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
XALKORI ORAL PELLET 20 MG, 50 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
XERMELO	1	PA; LA; QL (84 por 28 días)
XOSPATA	1	PA; LA; QL (90 por 30 días)
XPOVIO	1	PA; LA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
XTANDI ORAL CAPSULE	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
YERVOY	1	B/D PA; MO
YONDELIS	1	B/D PA
ZALTRAP	1	B/D PA; MO
ZEJULA ORAL TABLET	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días)
ZELBORAF	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)
ZEPZELCA	1	PA
ZIIHERA	1	PA
ZIRABEV	1	B/D PA; MO
ZOLADDEX	1	PA; MO
ZOLINZA	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
ZYDELIG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
ZYKADIA	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
ZYNLONTA	1	PA; LA
ZYNYZ	1	PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.		
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
<i>benztropine injection</i>	1	MO
<i>benztropine oral</i>	1	PA; MO
<i>bromocriptine</i>	1	MO
<i>carbidopa</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	1	MO
<i>entacapone</i>	1	MO
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE	1	PA; QL (300 por 30 días)
NEUPRO	1	MO
<i>pramipexole oral tablet</i>	1	MO
<i>rasagiline</i>	1	MO
<i>ropinirole oral tablet</i>	1	MO
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>selegiline hcl</i>	1	MO
<i>trihexyphenidyl oral tablet</i>	1	MO
ANALGÉSICOS NARCÓTICOS		

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 300 mg-30 mg /12.5 ml</i>	1	QL (4500 por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	MO; QL (4500 por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
BELBUCA	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>buprenorphine hcl injection syringe</i>	1	
<i>buprenorphine hcl sublingual</i>	1	MO
<i>buprenorphine transdermal patch</i>	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
<i>endocet</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>fentanyl citrate (pf) injection solution</i>	1	
<i>fentanyl citrate (pf) intravenous syringe 100 mcg/2 ml (50 mcg/ml)</i>	1	
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	1	PA; MO; QL (10 por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml</i>	1	QL (5550 por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	1	MO; QL (5550 por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg</i>	1	QL (360 por 30 días)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	1	MO; QL (50 por 30 días)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml, 2 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone injection solution 2 mg/ml</i>	1	MO
<i>hydromorphone injection syringe 1 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydromorphone injection syringe 2 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone oral liquid</i>	1	MO; QL (2400 por 30 días)
<i>hydromorphone oral tablet</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>hydromorphone oral tablet extended release 24 hr</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>methadone injection solution</i>	1	
<i>methadone intensol</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>methadone oral concentrate</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	PA; MO; QL (600 por 30 días)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	PA; MO; QL (1200 por 30 días)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)
<i>methadose oral concentrate</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>morphine (pf) injection solution 0.5 mg/ml</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>morphine (pf) injection solution 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>morphine concentrate oral solution</i>	1	MO; QL (900 por 30 días)
<i>morphine injection syringe 4 mg/ml</i>	1	MO
<i>morphine intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	MO
<i>morphine intravenous syringe 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>morphine oral solution</i>	1	MO; QL (900 por 30 días)
<i>morphine oral tablet</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>morphine oral tablet extended release</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>oxycodone oral capsule</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>oxycodone oral concentrate</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>oxycodone oral solution</i>	1	MO; QL (1200 por 30 días)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>oxycodone oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg</i>	1	QL (360 por 30 días)
OXYCONTIN, ORAL ONLY, EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
OXYCONTIN, ORAL ONLY, EXT.REL.12 HR 80 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
SUBLOCADE	1	MO
ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS		
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 4-1 mg, 8-2 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 8-2 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>butorphanol injection</i>	1	MO
<i>butorphanol nasal</i>	1	MO; QL (10 por 28 días)
<i>celecoxib</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>clonidine (pf) epidural solution 5,000 mcg/10 ml</i>	1	
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium oral</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	1	MO; QL (1000 por 28 días)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump</i>	1	MO; QL (224 por 28 días)
<i>diclofenac-misoprostol</i>	1	MO
<i>diflunisal</i>	1	MO
<i>etodolac oral capsule</i>	1	MO
<i>etodolac oral tablet</i>	1	MO
<i>etodolac oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	MO
<i>ibu</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral suspension</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>meloxicam oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>nabumetone</i>	1	MO
<i>nalbuphine</i>	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>naloxone injection solution</i>	1	MO
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml (prefilled syringe)</i>	1	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>naloxone nasal</i>	1	MO
<i>naltrexone</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	MO
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	1	MO
<i>oxaprozin oral tablet</i>	1	MO
<i>piroxicam</i>	1	MO
<i>salsalate</i>	1	MO
<i>sulindac</i>	1	MO
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
<i>tramadol-acetaminophen</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
VIVITROL	1	MO
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 8.6-2.1 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
ANTICONVULSIVANTES		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG	1	MO; QL (180 por 30 días)
APTIOM ORAL TABLET 400 MG	1	MO; QL (90 por 30 días)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
BRIVIACT INTRAVENOUS	1	MO; QL (600 por 30 días)
BRIVIACT ORAL SOLUTION	1	MO; QL (600 por 30 días)
BRIVIACT ORAL TABLET	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml</i>	1	
<i>carbamazepine oral tablet</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>clobazam oral suspension</i>	1	PA; MO; QL (480 por 30 días)
<i>clobazam oral tablet</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (300 por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	1	MO; QL (300 por 30 días)
DIACOMIT	1	PA; LA
<i>diazepam rectal</i>	1	MO
DILANTIN 30 MG	1	MO
<i>divalproex</i>	1	MO
EPIDIOLEX	1	PA; MO; LA
<i>epitol</i>	1	MO
EPRONTIA	1	PA; MO
<i>ethosuximide</i>	1	MO
<i>felbamate</i>	1	MO
FINTEPLA	1	PA; LA; QL (360 por 30 días)
<i>fosphenytoin</i>	1	MO
FYCOMPA ORAL SUSPENSION	1	MO; QL (720 por 30 días)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg</i>	1	MO; QL (270 por 30 días)
<i>gabapentin oral capsule 300 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	MO; QL (2160 por 30 días)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml)</i>	1	QL (2160 por 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>lacosamide intravenous</i>	1	MO; QL (1200 por 30 días)
<i>lacosamide oral solution</i>	1	MO; QL (1200 por 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>lamotrigine oral tablet</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible</i>	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating</i>	1	MO
<i>levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,000 mg/100 ml, 500 mg/100 ml</i>	1	MO
<i>levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,500 mg/100 ml</i>	1	
<i>levetiracetam intravenous</i>	1	MO
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	1	MO
<i>levetiracetam oral solution 500 mg/5 ml (5 ml)</i>	1	
<i>levetiracetam oral tablet</i>	1	MO
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
LIBERVANT	1	PA; MO; QL (10 por 30 días)
<i>methsuximide</i>	1	MO
NAYZILAM	1	PA; MO; QL (10 por 30 días)
<i>oxcarbazepine oral suspension</i>	1	MO
<i>oxcarbazepine oral tablet</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>phenobarbital oral elixir</i>	1	PA; MO
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	PA
<i>phenobarbital oral tablet 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	1	PA; MO
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml</i>	1	MO
<i>phenobarbital sodium injection solution 65 mg/ml</i>	1	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>phenytoin oral tablet, chewable</i>	1	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	1	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>phenytoin sodium intravenous solution</i>	1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>pregabalin oral solution</i>	1	MO; QL (900 por 30 días)
PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG	1	MO
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>roweepra oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>rufinamide oral suspension</i>	1	PA; MO
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	1	PA; MO
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	1	PA; MO
SPRITAM	1	MO
<i>subvenite</i>	1	MO
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>tiagabine</i>	1	MO
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	1	PA; MO
<i>topiramate oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>valproate sodium</i>	1	MO
<i>valproic acid</i>	1	MO
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml)</i>	1	
VALTOCO	1	PA; MO; QL (10 por 30 días)
<i>vigabatrin</i>	1	PA; MO; LA
<i>vigadrone</i>	1	PA; LA
<i>vigpoder</i>	1	PA; LA
XCOPRI MAINTENANCE PACK	1	MO; QL (56 por 28 días)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	1	MO; QL (28 por 180 días)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	1	MO; QL (28 por 180 días)
ZONISADE	1	PA; MO
<i>zonisamide</i>	1	PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ZTALMY	1	PA; LA; QL (1100 por 30 días)

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS

ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	1	MO; QL (2.4 por 56 días)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	1	MO; QL (3.2 por 56 días)
ABILIFY MAINTENA	1	MO; QL (1 por 28 días)
<i>amitriptyline</i>	1	MO
<i>amoxapine</i>	1	MO
<i>aripiprazole oral solution</i>	1	MO
<i>aripiprazole oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
ARISTADA INITIO	1	MO; QL (4.8 por 365 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	1	MO; QL (3.9 por 56 días)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	1	MO; QL (1.6 por 28 días)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	1	MO; QL (2.4 por 28 días)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	1	MO; QL (3.2 por 28 días)
<i>armodafinil</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>asenapine maleate</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
AUVELITY	1	ST; QL (60 por 30 días)
BELSOMRA	1	PA; QL (30 por 30 días)
<i>bupropion hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>buspirone</i>	1	MO
CAPLYTA	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>chlorpromazine injection</i>	1	MO
<i>chlorpromazine oral</i>	1	MO
<i>citalopram oral solution</i>	1	MO
<i>citalopram oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>clomipramine</i>	1	MO
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg</i>	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (360 por 30 días)
<i>clozapine oral tablet</i>	1	
<i>clozapine oral tablet, disintegrating</i>	1	
COBENFY	1	MO; QL (60 por 30 días)
COBENFY STARTER PACK	1	MO; QL (56 por 180 días)
<i>desipramine</i>	1	MO
<i>desvenlafaxine succinate</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr</i>	1	MO
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet</i>	1	MO
<i>diazepam injection</i>	1	PA
<i>diazepam intensol</i>	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)
<i>diazepam oral concentrate</i>	1	PA; QL (240 por 30 días)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	1	PA; MO; QL (1200 por 30 días)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)</i>	1	PA; QL (1200 por 30 días)
<i>diazepam oral tablet</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>doxepin oral capsule</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>doxepin oral concentrate</i>	1	MO
<i>doxepin oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
EMSAM	1	MO
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	1	MO
<i>escitalopram oxalate oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>eszopiclone</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
FANAPT ORAL TABLET	1	ST; MO; QL (60 por 30 días)
FANAPT ORAL TABLETS, DOSE PACK	1	ST; MO; QL (8 por 180 días)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)-40 MG (26)	1	QL (28 por 180 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR	1	QL (30 por 30 días)
<i>flumazenil</i>	1	
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>fluoxetine oral capsule 20 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>fluoxetine oral capsule 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>fluoxetine oral solution</i>	1	MO
<i>fluphenazine decanoate</i>	1	MO
<i>fluphenazine hcl</i>	1	MO
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>fluvoxamine oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>fluvoxamine oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>haloperidol</i>	1	MO
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml (1ml)</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1	MO
<i>haloperidol lactate injection</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>haloperidol lactate intramuscular</i>	1	
<i>haloperidol lactate oral</i>	1	MO
<i>imipramine hcl</i>	1	MO
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	1	MO; QL (3.5 por 180 días)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	1	MO; QL (5 por 180 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	1	MO; QL (0.75 por 28 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	1	MO; QL (1 por 28 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	1	MO; QL (1.5 por 28 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	1	MO; QL (0.25 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	1	MO; QL (0.5 por 28 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	1	MO; QL (0.88 por 90 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	1	MO; QL (1.32 por 90 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	1	MO; QL (1.75 por 90 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	1	MO; QL (2.63 por 90 días)
<i>lithium carbonate</i>	1	MO
<i>lithium citrate</i>	1	
<i>lorazepam injection</i>	1	PA; MO
<i>lorazepam intensol</i>	1	PA; QL (150 por 30 días)
<i>lorazepam oral concentrate</i>	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
<i>loxapine succinate</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
MARPLAN	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral solution</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet,chewable</i>	1	MO
<i>mirtazapine oral tablet</i>	1	MO
<i>mirtazapine oral tablet,disintegrating</i>	1	MO
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>molindone oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	1	
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>nefazodone</i>	1	MO
<i>nortriptyline oral capsule</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>nortriptyline oral solution</i>	1	MO
NUPLAZID	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>olanzapine intramuscular</i>	1	MO
<i>olanzapine oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>paroxetine hcl oral suspension</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>paroxetine hcl oral tablet 30 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>pentobarbital sodium injection solution</i>	1	
<i>perphenazine</i>	1	MO
<i>phenelzine</i>	1	MO
<i>pimozide</i>	1	MO
<i>protriptyline</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>ramelteon</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
REXULTI ORAL TABLET	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml</i>	1	MO; QL (2 por 28 días)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i>	1	MO; QL (2 por 28 días)
<i>risperidone oral solution</i>	1	MO
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>risperidone oral tablet 4 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 4 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
SECUADO	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>sertraline oral concentrate</i>	1	MO
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>sertraline oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
SODIUM OXYBATE (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00054)	1	PA; LA; QL (540 por 30 días)
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	1	PA; MO
<i>thioridazine</i>	1	MO
<i>thiothixene</i>	1	MO
<i>tranylcypromine</i>	1	MO
<i>trazodone</i>	1	MO
<i>trifluoperazine</i>	1	MO
<i>trimipramine</i>	1	MO
TRINTELLIX	1	QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	1	MO; QL (0.28 por 28 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	1	MO; QL (0.35 por 28 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	1	MO; QL (0.42 por 56 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	1	MO; QL (0.56 por 56 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	1	MO; QL (0.7 por 56 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	1	MO; QL (0.14 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	1	MO; QL (0.21 por 28 días)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 75 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>venlafaxine oral tablet</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
VERSACLOZ	1	
<i>vilazodone</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
VRAYLAR ORAL CAPSULE	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>ziprasidone hcl</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>ziprasidone mesylate</i>	1	MO
<i>zolpidem oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	1	PA; MO; QL (28 por 365 días)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	1	PA; MO; QL (14 por 365 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
RELAJANTES MUSCULARES/TERAPIA ANTIESPASMÓDICA		
<i>baclofen oral tablet</i>	1	MO
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	PA; MO
<i>dantrolene intravenous</i>	1	
<i>dantrolene oral</i>	1	MO
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	1	MO
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release</i>	1	MO
<i>revonto</i>	1	
<i>tizanidine oral tablet</i>	1	MO
VYVGART	1	PA; MO; LA
VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA; MO; LA
TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	1	PA; MO; QL (1 por 30 días)
<i>dihydroergotamine injection</i>	1	
<i>dihydroergotamine nasal</i>	1	QL (8 por 28 días)
EMGALITY PEN	1	PA; MO; QL (2 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
EMGALITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	1	PA; MO; QL (2 por 30 días)
<i>ergotamine-caffeine</i>	1	MO
<i>naratriptan</i>	1	MO; QL (18 por 28 días)
NURTEC ODT	1	PA; QL (16 por 30 días)
QULIPTA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>rizatriptan oral tablet</i>	1	MO; QL (24 por 28 días)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating</i>	1	MO; QL (24 por 28 días)
<i>sumatriptan</i>	1	MO; QL (18 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate oral</i>	1	MO; QL (18 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge</i>	1	QL (8 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml</i>	1	QL (8 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i>	1	MO; QL (8 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i>	1	MO; QL (8 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
------------------------	----------------------	--------------------

UBRELVY	1	PA; QL (20 por 30 días)
---------	---	-------------------------

TRATAMIENTO NEUROLÓGICO DIVERSOS

AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
---------------------------------	---	------------------------------

AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
--------------------------	---	-----------------------------

AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
---	---	-----------------------------

AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
---	---	-----------------------------

AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 24 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
---	---	-----------------------------

AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	1	PA; MO; QL (210 por 30 días)
--	---	------------------------------

AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG	1	PA; MO; QL (28 por 180 días)
---	---	------------------------------

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
------------------------	----------------------	--------------------

AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	1	PA; QL (42 por 180 días)
--	---	--------------------------

BRIUMVI	1	PA; MO; QL (24 por 180 días)
---------	---	------------------------------

<i>dalfampridine</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
----------------------	---	-----------------------------

<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg</i>	1	PA; MO; QL (56 por 28 días)
--	---	-----------------------------

<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	1	PA; MO; QL (120 por 180 días)
--	---	-------------------------------

<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
--	---	-----------------------------

<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
--	---	----

<i>donepezil oral tablet 23 mg</i>	1	MO
------------------------------------	---	----

<i>donepezil oral tablet, disintegrating</i>	1	MO
--	---	----

<i> fingolimod</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
--------------------	---	-----------------------------

<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr</i>	1	MO
---	---	----

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>galantamine oral solution</i>	1	MO
<i>galantamine oral tablet</i>	1	MO
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	1	PA; QL (30 por 30 días)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	1	PA; QL (12 por 28 días)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (12 por 28 días)
INGREZZA	1	PA; LA; QL (30 por 30 días)
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	1	PA; LA; QL (28 por 180 días)
INGREZZA SPRINKLE	1	PA; LA; QL (30 por 30 días)
KESIMPTA PEN	1	PA; MO; QL (1.6 por 28 días)
<i>memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr</i>	1	PA; MO
<i>memantine oral solution</i>	1	PA; MO
<i>memantine oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>memantine-donepezil</i>	1	PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
NAMZARIC ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK	1	PA
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR	1	PA; MO
NUEDEXTA	1	PA; MO
RADICAVA ORS	1	PA; MO
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP	1	PA; MO
<i>rivastigmine</i>	1	MO
<i>rivastigmine tartrate</i>	1	MO
<i>teriflunomide</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
VUMERITY	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
ZEPOSIA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	1	PA; MO; QL (28 por 180 días)
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY)	1	PA; MO; QL (7 por 180 días)

MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES VARIOS		
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i>	1	QL (60 por 30 días)
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane</i>	1	MO
<i>denta 5000 plus</i>	1	MO
<i>dentagel</i>	1	MO
<i>fluoride (sodium) dental cream</i>	1	
<i>fluoride (sodium) dental gel</i>	1	
<i>fluoride (sodium) dental paste</i>	1	MO
<i>fraiche 5000</i>	1	
<i>ipratropium bromide nasal</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>kourzeq</i>	1	
<i>oralone</i>	1	
<i>periogard</i>	1	MO
<i>sf</i>	1	MO
<i>sf 5000 plus</i>	1	MO
<i>sodium fluoride 5000 dry mouth</i>	1	MO
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide dental</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS		
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	1	MO; QL (7.5 por 7 días)
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear)</i>	1	MO
PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS		
<i>acetic acid otic (ear)</i>	1	MO
<i>ciprofloxacin hcl otic (ear)</i>	1	MO
<i>flac otic oil</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	1	MO
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	1	MO
<i>ofloxacin otic (ear)</i>	1	MO
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA		
ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS		
<i>altavera (28)</i>	1	MO
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	1	MO
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	1	MO
<i>amethyst (28)</i>	1	MO
<i>apri</i>	1	MO
<i>aranelle (28)</i>	1	MO
<i>aubra eq</i>	1	MO
<i>aviane</i>	1	MO
<i>azurette (28)</i>	1	MO
<i>camrese</i>	1	MO
<i>cryselle (28)</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>cyred eq</i>	1	MO
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	1	MO
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	1	MO
<i>daysee</i>	1	MO
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	1	
<i>drospirenone-e.estradiol-lm.fá oral tablet 3-0.03-0.451 mg (21) (7)</i>	1	MO
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	1	MO
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	1	
<i>elinet</i>	1	MO
<i>enpresse</i>	1	MO
<i>enskyce</i>	1	MO
<i>estarylla</i>	1	MO
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	1	
<i>falmina (28)</i>	1	MO
<i>introvale</i>	1	
<i>isibloom</i>	1	MO
<i>jasmie (28)</i>	1	MO
<i>jolessa</i>	1	MO
<i>juleber</i>	1	MO
<i>kalliga</i>	1	
<i>kariva (28)</i>	1	
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	1	MO
<i>kelnor 1/50 (28)</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>kurvelo (28)</i>	1	MO
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg</i>	1	MO
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	1	MO
<i>larin 1/20 (21)</i>	1	MO
<i>larin 24 fe</i>	1	MO
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	1	MO
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	1	MO
<i>lessina</i>	1	MO
<i>levonest (28)</i>	1	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablets,dose pack,3 month</i>	1	
<i>levonorg-eth estradiol triphasic</i>	1	MO
<i>levora-28</i>	1	
<i>loryna (28)</i>	1	MO
<i>low-ogestrel (28)</i>	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>lo-zumandimine (28)</i>	1	MO
<i>luter (28)</i>	1	
<i>marlissa (28)</i>	1	MO
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	1	MO
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	1	MO
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	1	MO
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	1	MO
<i>mili</i>	1	MO
<i>mono-lynyah</i>	1	MO
<i>nikki (28)</i>	1	MO
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg, 0.25-0.035 mg</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	1	MO
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	1	MO
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	1	MO
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	1	MO
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>philith</i>	1	MO
<i>pimtrea (28)</i>	1	MO
<i>portia 28</i>	1	MO
<i>reclipsen (28)</i>	1	MO
<i>setlakin</i>	1	MO
<i>sprintec (28)</i>	1	MO
<i>sronyx</i>	1	
<i>syeda</i>	1	MO
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	1	MO
<i>tilia fe</i>	1	MO
<i>tri-estarylla</i>	1	MO
<i>tri-legest fe</i>	1	MO
<i>tri-lynyah</i>	1	MO
<i>tri-lo-estarylla</i>	1	MO
<i>tri-lo-marzia</i>	1	MO
<i>tri-lo-sprintec</i>	1	
<i>tri-sprintec (28)</i>	1	MO
<i>trivora (28)</i>	1	
<i>turqoz (28)</i>	1	MO
<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	1	MO
<i>vestura (28)</i>	1	MO
<i>vienva</i>	1	MO
<i>viorele (28)</i>	1	MO
<i>wera (28)</i>	1	MO
<i>zovia 1-35 (28)</i>	1	MO
<i>zumandimine (28)</i>	1	MO
ESTRÓGENOS/PROGESTINAS		
<i>camila</i>	1	MO
<i>deblitane</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
DEPO-SUBQ PROVERA 104	1	MO
<i>dotti</i>	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)
DUAVEE	1	MO
<i>emzahn</i>	1	
<i>errin</i>	1	MO
<i>estradiol oral</i>	1	PA; MO
<i>estradiol transdermal patch semiweekly</i>	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)
<i>estradiol transdermal patch weekly</i>	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
<i>estradiol vaginal</i>	1	MO
<i>estradiol valerate</i>	1	MO
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	1	PA; MO
<i>fyavolv</i>	1	PA; MO
<i>gallifrey</i>	1	MO
<i>heather</i>	1	MO
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	1	MO
IMVEXXY STARTER PACK	1	MO
<i>incassia</i>	1	MO
<i>jencycla</i>	1	MO
<i>jinteli</i>	1	PA; MO
<i>lyleq</i>	1	MO
<i>lyllana</i>	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)
<i>lyza</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>medroxyprogesterone</i>	1	MO
<i>mimvey</i>	1	PA; MO
<i>nora-be</i>	1	MO
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	1	
<i>norethindrone acetate</i>	1	MO
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	1	PA; MO
PREMARIN ORAL	1	MO
PREMARIN VAGINAL	1	MO
PREMPHASE	1	MO
PREMPRO	1	MO
<i>progesterone</i>	1	MO
<i>progesterone micronized</i>	1	MO
<i>sharobel</i>	1	MO
<i>yuvafem</i>	1	
OXITÓCICOS		
<i>methylergonovine oral</i>	1	PA
PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	1	MO
<i>eluryng</i>	1	MO
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	1	
LILETTA	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	1	MO
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	1	LA
MYFEMBREE	1	PA; MO
NEXPLANON	1	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	1	
<i>terconazole</i>	1	MO
<i>tranexamic acid oral</i>	1	MO
<i>xulane</i>	1	
<i>zafemy</i>	1	MO

OFTALMOLOGÍA

AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

<i>bromfenac</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>flurbiprofen sodium</i>	1	MO
<i>ketorolac ophthalmic (eye)</i>	1	MO

AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS

<i>apraclonidine</i>	1	MO
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %</i>	1	MO
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	1	MO

ANTIBIÓTICOS

<i>bacitracin ophthalmic (eye)</i>	1	
------------------------------------	---	--

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	1	MO
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>erythromycin ophthalmic (eye)</i>	1	MO; QL (3.5 por 14 días)
<i>gatifloxacin</i>	1	MO
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO; QL (70 por 30 días)
<i>levofloxacin ophthalmic (eye)</i>	1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous</i>	1	
NATACYN	1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	1	MO
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	1	MO
<i>neo-polycin</i>	1	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>polycin</i>	1	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	1	MO
<i>tobramycin ophthalmic (eye)</i>	1	MO; QL (10 por 14 días)
ANTIVÍRICOS		
<i>trifluridine</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ZIRGAN	1	MO
BETABLOQUEANTES		
<i>betaxolol ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>carteolol</i>	1	MO
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	MO
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops (not single use)</i>	1	MO
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution</i>	1	MO
COMBINACIONES DE ESTEROIDES-ANTIBIÓTICOS		
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	1	MO
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>	1	MO
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>neo-polycin hc</i>	1	
TOBRADEX OPTHALMIC (EYE) OINTMENT	1	MO; QL (3.5 por 14 días)
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	1	MO; QL (10 por 14 días)
ESTEROIDES		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>fluorometholone</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
INVELTYS	1	MO
<i>loteprednol etabonate</i>	1	MO
OZURDEX	1	MO
<i>prednisolone acetate</i>	1	MO
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	1	MO
MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA		
<i>acetazolamide</i>	1	MO
<i>acetazolamide sodium</i>	1	MO
<i>methazolamide</i>	1	MO
OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA		
<i>dorzolamide</i>	1	MO
<i>dorzolamide-timolol</i>	1	MO
<i>latanoprost</i>	1	MO
LUMIGAN OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	1	MO
<i>miostat</i>	1	
RHOPRESSA	1	MO
ROCKLATAN	1	MO
SIMBRINZA	1	MO
<i>travoprost</i>	1	MO
PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS VARIOS		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>azelastine ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>bss</i>	1	
CIMERLI	1	PA; MO
<i>cromolyn ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>cyclosporine ophthalmic (eye)</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
CYSTARAN	1	PA
<i>epinastine</i>	1	MO
EYLEA	1	PA; MO
MIEBO (PF)	1	MO; QL (12 por 30 días)
OXERVATE	1	PA; MO
PAVBLU	1	PA; MO
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	MO
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment</i>	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	1	MO
XDEMY	1	PA; QL (10 por 42 días)
XIIDRA	1	MO; QL (60 por 30 días)

PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS

AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	1	MO
NICOTROL NS	1	MO
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)</i>	1	
<i>varenicline tartrate oral tablets,dose pack</i>	1	MO
AGENTES VARIOS		
<i>acamprosate</i>	1	MO
<i>acetic acid irrigation</i>	1	MO
<i>anagrelide</i>	1	MO
<i>caffeine citrate intravenous</i>	1	
<i>caffeine citrate oral</i>	1	MO
<i>carglumic acid</i>	1	PA; MO
<i>cevimeline</i>	1	MO
CHEMET	1	PA
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	1	B/D PA
<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	1	
<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i>	1	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	1	MO
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>deferasirox oral granules in packet</i>	1	PA; MO
<i>deferasirox oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg</i>	1	PA; MO
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg</i>	1	PA; MO
<i>deferiprone</i>	1	PA; MO
<i>deferoxamine</i>	1	B/D PA; MO
<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	1	
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>	1	
<i>dextrose 25 % in water (d25w)</i>	1	
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	1	MO
<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>	1	MO
<i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.3 % sod.chloride</i>	1	
<i>dextrose 50 % in water (d50w)</i>	1	
<i>dextrose 70 % in water (d70w)</i>	1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg</i>	1	MO
<i>disulfiram oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>droxidopa</i>	1	PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>glutamine (sickle cell)</i>	1	PA; MO
INCRELEX	1	LA
<i>kionex (with sorbitol)</i>	1	
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	1	MO
<i>levocarnitine oral solution 100 mg/ml</i>	1	MO
<i>levocarnitine oral tablet</i>	1	MO
LOKELMA	1	MO
<i>midodrine</i>	1	MO
<i>nitisinone</i>	1	PA; MO
<i>pilocarpine hcl oral</i>	1	MO
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA; MO; LA
REZDIFFRA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>riluzole</i>	1	PA; MO
<i>risedronate oral tablet 30 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>sevelamer carbonate oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>sodium benzoate-sod phenylacet</i>	1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous</i>	1	MO
<i>sodium chloride irrigation</i>	1	MO
<i>sodium phenylbutyrate oral powder</i>	1	PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet</i>	1	PA
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	MO
<i>sps (with sorbitol) oral</i>	1	MO
<i>sps (with sorbitol) rectal</i>	1	
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	1	PA; MO
VELPHORO	1	PA; MO
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 25.2 GRAM	1	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 8.4 GRAM	1	MO
<i>water for irrigation, sterile</i>	1	MO
XIAFLEX	1	PA
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i>	1	PA; MO
ANTÍDOTOS		
<i>acetylcysteine intravenous</i>	1	
SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN		
<i>lactated ringers irrigation</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	1	
<i>ringer's irrigation</i>	1	MO
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO		
ANTIBACTERIANOS TÓPICOS		
<i>gentamicin topical</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>mupirocin</i>	1	MO; QL (44 por 30 días)
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	1	MO
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan topical solution</i>	1	QL (6.6 por 28 días)
<i>ciclopirox topical cream</i>	1	MO; QL (90 por 28 días)
<i>ciclopirox topical gel</i>	1	MO; QL (100 por 28 días)
<i>ciclopirox topical shampoo</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)
<i>ciclopirox topical solution</i>	1	MO; QL (6.6 por 28 días)
<i>ciclopirox topical suspension</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>clotrimazole topical cream</i>	1	MO; QL (45 por 28 días)
<i>clotrimazole topical solution</i>	1	MO; QL (30 por 28 días)
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream</i>	1	MO; QL (45 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>econazole nitrate</i>	1	MO; QL (85 por 28 días)
<i>ketconazole topical cream</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>ketconazole topical shampoo</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)
<i>klayesta</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>naftifine topical gel</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>nyamyc</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>nystatin topical cream</i>	1	MO; QL (30 por 28 días)
<i>nystatin topical ointment</i>	1	MO; QL (30 por 28 días)
<i>nystatin topical powder</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>nystatin-triamcinolone</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>nystop</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
ANTIPSORIÁSICOS/ANTISEBORREICOS		
<i>acitretin</i>	1	MO
<i>calcipotriene scalp</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>calcipotriene topical cream</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>calcipotriene topical ointment</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
COSENTYX (2 SYRINGES)	1	PA; MO; QL (10 por 28 días)
COSENTYX INTRAVENOUS	1	PA; QL (20 por 28 días)
COSENTYX PEN	1	PA; MO; QL (5 por 28 días)
COSENTYX PEN (2 PENS)	1	PA; MO; QL (10 por 28 días)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; MO; QL (5 por 28 días)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (2.5 por 28 días)
COSENTYX UNOREADY PEN	1	PA; MO; QL (10 por 28 días)
SELARSDI INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (104 por 180 días)
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)
<i>selenium sulfide topical lotion</i>	1	MO
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
SOTYKTU	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
STELARA INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (104 por 180 días)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)
TREMFYA INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (20 por 28 días)
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; QL (2 por 28 días)
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
TREMFYA SUBCUTANEOUS	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
YESINTEK INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (104 por 180 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)

ANTIVIRALES TÓPICOS

<i>acyclovir topical ointment</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>penciclovir</i>	1	MO; QL (5 por 30 días)

CORTICOESTEROIDES TÓPICOS

<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	1	MO
<i>alclometasone</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate</i>	1	MO
<i>betamethasone valerate topical cream</i>	1	MO
<i>betamethasone valerate topical lotion</i>	1	MO
<i>betamethasone valerate topical ointment</i>	1	MO
<i>betamethasone, augmented topical cream</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>betamethasone, augmented topical gel</i>	1	MO
<i>betamethasone, augmented topical lotion</i>	1	MO
<i>betamethasone, augmented topical ointment</i>	1	MO
<i>clobetasol scalp</i>	1	MO; QL (100 por 28 días)
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)
<i>clobetasol topical foam</i>	1	MO; QL (100 por 28 días)
<i>clobetasol topical gel</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)
<i>clobetasol topical lotion</i>	1	MO; QL (118 por 28 días)
<i>clobetasol topical ointment</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)
<i>clobetasol topical shampoo</i>	1	MO; QL (236 por 28 días)
<i>clobetasol-emollient topical cream</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)
<i>desonide topical cream</i>	1	MO
<i>desonide topical ointment</i>	1	MO
<i>fluocinolone</i>	1	MO
<i>fluocinolone and shower cap</i>	1	MO
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluocinonide topical gel</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluocinonide topical ointment</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluocinonide topical solution</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluocinonide-emollient</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluticasone propionate topical cream</i>	1	MO
<i>fluticasone propionate topical ointment</i>	1	MO
<i>halobetasol propionate topical cream</i>	1	MO
<i>halobetasol propionate topical ointment</i>	1	MO
<i>hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	1	MO
<i>mometasone topical</i>	1	MO
<i>prednicarbate topical ointment</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide topical lotion</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	MO

<i>triderm topical cream 0.5 %</i>	1	
------------------------------------	---	--

ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS

<i>malathion</i>	1	MO
------------------	---	----

<i>permethrin</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
-------------------	---	-------------------------

PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS

ADBRY	1	PA; MO; QL (6 por 28 días)
-------	---	----------------------------

<i>ammonium lactate</i>	1	MO
-------------------------	---	----

<i>chloroprocaine (pf)</i>	1	
----------------------------	---	--

CIBINQO	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
---------	---	-----------------------------

<i>dermacinrx lidocan</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
---------------------------	---	-------------------------

<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	1	PA; MO; QL (100 por 28 días)
--	---	------------------------------

DUPIXENT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML	1	PA; MO; QL (4.56 por 28 días)
---	---	-------------------------------

DUPIXENT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)
--	---	----------------------------

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	1	PA; MO; QL (4.56 por 28 días)

DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)
---	---	----------------------------

<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	1	MO
---------------------------------------	---	----

<i>fluorouracil topical solution</i>	1	MO
--------------------------------------	---	----

<i>glydo</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
--------------	---	-------------------------

<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	1	MO
--	---	----

<i>lidocaine (pf) injection solution</i>	1	
--	---	--

<i>lidocaine hcl injection solution</i>	1	
---	---	--

<i>lidocaine hcl laryngotracheal</i>	1	
--------------------------------------	---	--

<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly</i>	1	QL (60 por 30 días)
--	---	---------------------

<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
--	---	-------------------------

<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %</i>	1	MO
---	---	----

<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	1	MO
--	---	----

<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
---	---	-----------------------------

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>lidocaine topical ointment</i>	1	MO; QL (36 por 30 días)
<i>lidocaine viscous</i>	1	
<i>lidocaine-epinephrine</i>	1	
<i>lidocaine-epinephrine (pf) injection solution 1.5 %-1:200,000, 2 %-1:200,000</i>	1	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>lidocan iii</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>lidocan iv</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>lidocan v</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>methoxsalen</i>	1	MO
PANRETIN	1	PA; MO
<i>pimecrolimus</i>	1	PA; MO; QL (100 por 30 días)
<i>podofilox topical solution</i>	1	MO
<i>polocaine injection solution 1 % (10 mg/ml)</i>	1	
<i>polocaine-mpf</i>	1	
REGGRANEX	1	MO; QL (15 por 30 días)
SANTYL	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>silver sulfadiazine</i>	1	MO
<i>ssd</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>tacrolimus topical</i>	1	PA; MO; QL (100 por 30 días)
<i>tridacaine ii</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
VALCHLOR	1	PA; MO
TRATAMIENTO DEL ACNÉ		
<i>acutane</i>	1	
<i>amnestem oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>azelaic acid</i>	1	MO
<i>claravis</i>	1	
<i>clindamycin phosphate topical gel</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>clindamycin phosphate topical gel, once daily</i>	1	MO; QL (150 por 30 días)
<i>clindamycin phosphate topical lotion</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>clindamycin phosphate topical solution</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>ery pads</i>	1	MO
<i>erythromycin with ethanol topical solution</i>	1	MO
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
<i>metronidazole topical</i>	1	MO
<i>tazarotene topical cream</i>	1	PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>tazarotene topical gel</i>	1	PA; MO
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	1	PA; MO
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	1	PA; MO
<i>zenatane</i>	1	

SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES

AGENTES ANTITIROIDEOS

<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>propylthiouracil</i>	1	MO

HORMONAS SUPRARRENALES

<i>cortisone</i>	1	
<i>dexamethasone intensol</i>	1	MO
<i>dexamethasone oral elixir</i>	1	MO
<i>dexamethasone oral solution</i>	1	MO
<i>dexamethasone oral tablet</i>	1	MO
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</i>	1	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate injection</i>	1	MO
<i>fludrocortisone</i>	1	MO
<i>hydrocortisone oral</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>methylprednisolone acetate</i>	1	MO
<i>methylprednisolone oral tablet</i>	1	B/D PA; MO
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack</i>	1	MO
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous</i>	1	MO
<i>prednisolone oral solution</i>	1	MO
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	1	MO
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (5 ml)</i>	1	
<i>prednisone intensol</i>	1	MO
<i>prednisone oral solution</i>	1	MO
<i>prednisone oral tablet</i>	1	MO
<i>prednisone oral tablets,dose pack</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
HORMONAS TIROIDEAS		
<i>euthyrox</i>	1	MO
<i>levo-t</i>	1	
<i>levothyroxine intravenous reconstn</i>	1	
<i>levothyroxine oral tablet</i>	1	MO
<i>levoxyl oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	MO
<i>liothyronine</i>	1	MO
<i>unithroid</i>	1	MO
HORMONAS VARIAS		
ALDURAZYME	1	PA; MO
<i>cabergoline</i>	1	MO
<i>calcitonin (salmon) injection</i>	1	MO
<i>calcitonin (salmon) nasal</i>	1	MO
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	1	
<i>calcitriol oral capsule</i>	1	MO
<i>calcitriol oral solution</i>	1	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1	PA; MO
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i>	1	PA; MO
<i>clomid</i>	1	PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>clomiphene citrate</i>	1	PA
CRYSVITA	1	PA; MO; LA
<i>danazol</i>	1	MO
<i>desmopressin injection</i>	1	MO
<i>desmopressin nasal spray with pump</i>	1	MO
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin oral</i>	1	MO
<i>doxercalciferol intravenous</i>	1	MO
<i>doxercalciferol oral</i>	1	MO
ELAPRASE	1	PA; MO
FABRAZYME	1	PA; MO
KANUMA	1	PA; MO
LUMIZYME	1	PA; MO
MEPSEVII	1	PA; MO
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	1	PA; MO
NAGLAZYME	1	PA; MO; LA
<i>pamidronate intravenous solution</i>	1	MO
<i>paricalcitol intravenous</i>	1	
<i>paricalcitol oral</i>	1	MO
<i>sapropterin</i>	1	PA; MO
SOMAVERT	1	PA; MO
STRENSIQ	1	PA; LA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	1	PA; MO
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate</i>	1	PA; MO
<i>testosterone transdermal gel</i>	1	PA; MO; QL (300 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	1	PA; MO; QL (300 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i>	1	PA; MO; QL (300 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram)</i>	1	PA; MO; QL (37.5 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)</i>	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app</i>	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
<i>tolvaptan</i>	1	PA; MO
VIMIZIM	1	PA; MO; LA
<i>zoledronic acid intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
TRATAMIENTO DE LA DIABETES		
<i>acarbose oral tablet 100 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>acarbose oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>acarbose oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>alcohol pads</i>	1	PA; MO
BAQSIMI	1	MO
BYDUREON BCISE	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
BYETTA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MCG/DOSE(250 MCG/ML) 2.4 ML	1	PA; MO; QL (2.4 por 30 días)
BYETTA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 5 MCG/DOSE (250 MCG/ML) 1.2 ML	1	PA; MO; QL (1.2 por 30 días)
<i>diazoxide</i>	1	MO
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	1	PA
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
FARXIGA ORAL TABLET 5 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
FREESTYLE INSULINX STRIP	1	MO
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS	1	MO
FREESTYLE LITE STRIPS	1	MO
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS	1	MO
FREESTYLE TEST	1	MO
<i>glimepiride oral tablet 1 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
<i>glimepiride oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
GLYXAMBI	1	MO; QL (30 por 30 días)
GVOKE	1	MO
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML	1	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 1 MG/0.2 ML	1	MO
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	1	MO
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	1	MO
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	1	MO
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	1	MO
HUMALOG KWIKPEN INSULIN	1	MO
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	1	MO
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN	1	MO
HUMALOG U-100 INSULIN	1	MO
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN	1	MO
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	1	MO
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN	1	MO
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN	1	MO
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN	1	MO
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN	1	MO
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	1	MO
INPEFA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
INSULIN LISPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	MO
JANUMET	1	MO; QL (60 por 30 días)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
JANUVIA	1	MO; QL (30 por 30 días)
JARDIANCE	1	MO; QL (30 por 30 días)
JENTADUETO	1	MO; QL (60 por 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	1	MO
LANTUS U-100 INSULIN	1	MO
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN	1	MO
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN	1	MO
LYUMJEV U-100 INSULIN	1	MO
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	MO; QL (75 por 30 días)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	MO; QL (150 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
MOUNJARO	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>nateglinide oral tablet 60 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
ONETOUCH ULTRA TEST	1	MO
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS	1	MO
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	1	PA; MO; QL (3 por 28 días)
<i>pioglitazone</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
PRECISION XTRA TEST	1	MO
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg</i>	1	MO; QL (960 por 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 1 mg</i>	1	MO; QL (480 por 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>saxagliptin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 5-1,000 mg, 5-500 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 7.5-1,000 MG, 7.5-500 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-500 MG	1	MO; QL (120 por 30 días)
SOLQUA 100/33	1	MO; QL (90 por 30 días)
STEGLATRO	1	MO; QL (30 por 30 días)
SYMLINPEN 120	1	PA; MO; QL (10.8 por 30 días)
SYMLINPEN 60	1	PA; MO; QL (6 por 30 días)
SYNJARDY	1	MO; QL (60 por 30 días)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	1	MO
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	1	MO
TRADJENTA	1	MO; QL (30 por 30 días)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
TRULICITY	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA		
OTROS AGENTES REUMATOLÓGICOS		
ACTEMRA ACTPEN	1	PA; MO; QL (3.6 por 28 días)
ACTEMRA INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (160 por 28 días)
ACTEMRA SUBCUTANEOUS	1	PA; MO; QL (3.6 por 28 días)
BENLYSTA	1	PA; MO
CYLTEZO(CF) PEN	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	1	PA; QL (6 por 180 días)
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV	1	PA; QL (4 por 180 días)
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
ENBREL MINI	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)
ENBREL SURECLICK	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)
HUMIRA (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
HUMIRA PEN (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074)	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
HUMIRA(CF) (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
HUMIRA(CF) (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
HUMIRA(CF) PEN (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
HUMIRA(CF) PEN (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074)	1	PA; MO; QL (3 por 180 días)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074)	1	PA; MO; QL (3 por 180 días)
<i>leflunomide</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
ORENCIA (WITH MALTOSE)	1	PA; MO; QL (12 por 28 días)
ORENCIA CLICKJECT	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 50 MG/0.4 ML	1	PA; MO; QL (1.6 por 28 días)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 87.5 MG/0.7 ML	1	PA; MO; QL (2.8 por 28 días)
OTEZLA	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	1	PA; MO; QL (55 por 180 días)
<i>penicillamine oral tablet</i>	1	PA; MO
RIDAURA	1	MO
RINVOQ LQ	1	PA; MO; QL (360 por 30 días)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG	1	PA; MO; QL (84 por 180 días)
SAVELLA ORAL TABLET	1	QL (60 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK	1	QL (55 por 180 días)
TYENNE AUTOINJECTOR	1	PA; MO; QL (3.6 por 28 días)
TYENNE INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (160 por 28 días)
TYENNE SUBCUTANEOUS	1	PA; MO; QL (3.6 por 28 días)
XELJANZ ORAL SOLUTION	1	PA; MO; QL (480 por 24 días)
XELJANZ ORAL TABLET	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
XELJANZ XR	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS	1	PA; MO; QL (3 por 180 días)
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)

TRATAMIENTO DE LA GOTA

<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>allopurinol sodium</i>	1	
<i>aloprim</i>	1	
<i>colchicine oral tablet</i>	1	MO
<i>febuxostat</i>	1	MO
<i>probenecid</i>	1	MO
<i>probenecid-colchicine</i>	1	MO

TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS

<i>alendronate oral solution</i>	1	MO; QL (300 por 28 días)
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	MO; QL (4 por 28 días)
<i>ibandronate intravenous solution</i>	1	PA
<i>ibandronate intravenous syringe</i>	1	PA; MO
<i>ibandronate oral</i>	1	MO; QL (1 por 30 días)
PROLIA	1	PA; MO; QL (1 por 180 días)
<i>raloxifene</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i>	1	MO; QL (1 por 30 días)
<i>risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	1	MO; QL (4 por 28 días)
<i>risedronate oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	MO; QL (4 por 28 días)
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (620MCG/2.48ML)	1	PA; QL (2.48 por 28 días)

SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA

AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALÉRGICOS

<i>adrenalin injection solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>adrenalin injection solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	1	MO
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	1	MO
<i>diphenhydramine hcl injection syringe</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml (manufactured by mylan specialty)</i>	1	MO; QL (4 por 30 días)
<i>epinephrine injection solution</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>levocetirizine oral solution</i>	1	MO
<i>levocetirizine oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>promethazine injection solution</i>	1	MO
<i>promethazine oral</i>	1	PA; MO
AGENTES PULMONARES		
<i>acetylcysteine</i>	1	B/D PA; MO
ADEMPAS	1	PA; MO; LA; QL (90 por 30 días)
ADVAIR HFA	1	MO; QL (12 por 30 días)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	1	MO; QL (17 por 30 días)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation package size 6.7 gm</i>	1	QL (13.4 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 5 mg/ml</i>	1	B/D PA
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	1	MO
<i>albuterol sulfate oral tablet</i>	1	MO
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160 MCG/ACTUATION	1	MO; QL (12.2 por 30 días)
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 80 MCG/ACTUATION	1	MO; QL (6.1 por 30 días)
<i>alyq</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>ambrisentan</i>	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días)
<i>arformoterol</i>	1	B/D PA; MO; QL (120 por 30 días)
ASMANEX HFA	1	MO; QL (13 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 110 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (60)	1	MO; QL (1 por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ ACTUATION (120)	1	MO; QL (2 por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ ACTUATION (14)	1	QL (2 por 28 días)
ATROVENT HFA	1	MO; QL (25.8 por 30 días)
BEVESPI AEROSPHERE	1	MO; QL (10.7 por 30 días)
<i>bosentan</i>	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días)
BREO ELLIPTA	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>breyana</i>	1	MO; QL (10.3 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
BREZTRI AEROSPHERE	1	MO; QL (10.7 por 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>budesonide-formoterol</i>	1	QL (10.2 por 30 días)
CINRYZE	1	PA; MO
COMBIVENT RESPIMAT	1	QL (8 por 30 días)
<i>cromolyn inhalation</i>	1	B/D PA
DULERA	1	MO; QL (13 por 30 días)
ELIXOPHYLLIN	1	
FASENRA PEN	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días)
<i>flunisolide</i>	1	MO; QL (50 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	1	ST; MO; QL (12 por 30 días)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	1	ST; MO; QL (24 por 30 días)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	1	ST; MO; QL (10.6 por 30 días)
<i>fluticasone propionate nasal</i>	1	MO; QL (16 por 30 días)
<i>fluticasone propionate-salmeterol inhalation blister with device</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>formoterol fumarate</i>	1	B/D PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>icatibant</i>	1	PA; MO
<i>ipratropium bromide inhalation</i>	1	B/D PA; MO
<i>ipratropium-albuterol</i>	1	B/D PA; MO
KALYDECO	1	PA; MO; QL (56 por 28 días)
<i>mometasone nasal</i>	1	MO; QL (34 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>montelukast oral granules in packet</i>	1	MO
<i>montelukast oral tablet</i>	1	MO
<i>montelukast oral tablet, chewable</i>	1	MO
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN	1	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	1	PA; MO; LA; QL (0.4 por 28 días)
OFEV	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
OPSUMIT	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días)
OPSYNVI	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET	1	PA; MO; QL (56 por 28 días)
ORKAMBI ORAL TABLET	1	PA; MO; QL (112 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>pirfenidone oral capsule</i>	1	PA; MO; QL (270 por 30 días)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	1	PA; MO; QL (270 por 30 días)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTUATION	1	MO; QL (2 por 30 días)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	1	MO; QL (1 por 30 días)
PULMOZYME	1	B/D PA; MO
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION	1	QL (10.6 por 30 días)
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACTUATION	1	QL (21.2 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>roflumilast</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>sajazir</i>	1	PA; MO
<i>sildenafil (pulmonary arterial hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml</i>	1	
<i>sildenafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT	1	MO; QL (4 por 30 días)
STIOLTO RESPIMAT	1	MO; QL (4 por 30 días)
STRIVERDI RESPIMAT	1	MO; QL (4 por 30 días)
SYMDEKO	1	PA; MO; QL (56 por 28 días)
<i>tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg</i>	1	PA; QL (60 por 30 días)
<i>terbutaline oral</i>	1	MO
<i>terbutaline subcutaneous</i>	1	MO
<i>theophylline oral elixir</i>	1	MO
<i>theophylline oral solution</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>tiotropium bromide</i>	1	QL (90 por 90 días)
TRELEGY ELLIPTA	1	MO; QL (60 por 30 días)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL	1	PA; MO; QL (56 por 28 días)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL	1	PA; MO; QL (84 por 28 días)
TYVASO	1	B/D PA; MO; QL (81.2 por 28 días)
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	1	B/D PA; QL (11.6 por 180 días)
TYVASO REFILL KIT	1	B/D PA; MO; QL (81.2 por 28 días)
TYVASO STARTER KIT	1	B/D PA; MO; QL (81.2 por 180 días)
<i>wixela inhub</i>	1	QL (60 por 30 días)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	1	PA; MO; LA; QL (8 por 28 días)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 75 MG/0.5 ML	1	PA; MO; LA; QL (1 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN	1	PA; MO; LA; QL (8 por 28 días)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	1	PA; MO; LA; QL (8 por 28 días)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	1	PA; MO; LA; QL (1 por 28 días)
<i>zafirlukast</i>	1	MO
SUMINISTROS DIVERSOS		
SUMINISTROS DIVERSOS		
NOVO PEN NEEDLE	1	PA; MO
CEQR SIMPLICITY	1	MO
CEQR SIMPLICITY INSERTER	1	MO
DEXCOM G6 RECEIVER	1	MO
DEXCOM G6 SENSOR	1	MO
DEXCOM G6 TRANSMITTER	1	MO
DEXCOM G7 RECEIVER	1	MO
DEXCOM G7 SENSOR	1	MO
FREESTYLE FREEDOM LITE	1	MO
FREESTYLE INSULINX	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	1	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	1	MO
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR	1	MO
FREESTYLE LIBRE 2 READER	1	MO
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	1	MO
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR	1	MO
FREESTYLE LIBRE 3 READER	1	MO
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	1	MO
FREESTYLE LITE METER	1	MO
GAUZE PADS 2 X 2	1	PA; MO
EMBECTA INSULIN SYRINGE	1	PA; MO
BD PEN NEEDLE	1	PA
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)	1	MO
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	1	MO; QL (1 por 720 días)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2 PLUS)	1	MO; QL (1 por 720 días)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	1	QL (1 por 720 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	1	MO
ONETOUCH ULTRA2 METER	1	MO
ONETOUCH VERIO FLEX METER	1	MO
ONETOUCH VERIO REFLECT METER	1	
EMBECTA PEN NEEDLE	1	PA; MO
PRECISION XTRA MONITOR	1	MO
BD INSULIN SYRINGE	1	PA

UROLÓGICOS		
AGENTES UROLÓGICOS VARIOS		
<i>alprostadil</i>	1	
<i>bethanechol chloride</i>	1	MO
CYSTAGON	1	PA; LA
ELMIRON	1	MO
<i>glycine urologic</i>	1	
<i>glycine urologic solution</i>	1	
K-PHOS NO 2	1	MO
K-PHOS ORIGINAL	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium citrate oral tablet extended release</i>	1	MO
RENACIDIN	1	MO
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)

ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS

<i>mirabegron</i>	1	MO
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION, EXTENDED REL RECON	1	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral syrup</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr</i>	1	MO
<i>solifenacin</i>	1	MO
<i>tolterodine</i>	1	MO
<i>tropium oral tablet</i>	1	MO

TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (BPH)

<i>alfuzosin</i>	1	MO
------------------	---	----

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>dutasteride</i>	1	MO
<i>dutasteride-tamsulosin</i>	1	MO
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>tamsulosin</i>	1	MO

VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS

DERIVADOS DE SANGRE

<i>albumin, human 25 %</i>	1	
<i>alburx (human) 25 %</i>	1	
<i>alburx (human) 5 %</i>	1	
<i>albutein 25 %</i>	1	
<i>albutein 5 %</i>	1	

ELECTROLITOS

<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	1	PA; MO
<i>calcium chloride</i>	1	
<i>calcium gluconate intravenous</i>	1	
<i>effer-k oral tablet, effervescent 25 meq</i>	1	MO
<i>klor-con 10</i>	1	MO
<i>klor-con 8</i>	1	MO
<i>klor-con m10</i>	1	MO
<i>klor-con m15</i>	1	MO
<i>klor-con m20</i>	1	MO
<i>klor-con oral packet 20</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>klor-con/ef</i>	1	MO
<i>lactated ringers intravenous</i>	1	MO
<i>magnesium chloride injection</i>	1	
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/100 ML	1	
<i>magnesium sulfate in water</i>	1	
<i>magnesium sulfate injection solution</i>	1	MO
<i>magnesium sulfate injection syringe</i>	1	
<i>potassium acetate</i>	1	
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl</i>	1	
<i>potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride in lr-d5 intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml</i>	1	
<i>potassium chloride intravenous</i>	1	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral liquid</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral packet</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral tablet extended release 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq, 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl</i>	1	
<i>potassium phosphate m-/d-basic intravenous solution 3 mmol/ml</i>	1	
<i>ringer's intravenous</i>	1	
<i>sodium acetate</i>	1	
<i>sodium bicarbonate intravenous</i>	1	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous</i>	1	MO
<i>sodium chloride 3 % hypertonic</i>	1	
<i>sodium chloride 5 % hypertonic</i>	1	MO
<i>sodium chloride intravenous</i>	1	
<i>sodium phosphate</i>	1	MO
PRODUCTOS NUTRICIONALES VARIOS		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	1	B/D PA
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	1	B/D PA
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	1	B/D PA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	1	B/D PA
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	1	B/D PA
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	1	B/D PA
<i>electrolyte-148</i>	1	
<i>electrolyte-48 in d5w</i>	1	
<i>electrolyte-a</i>	1	
<i>intralipid intravenous emulsion 20 %</i>	1	B/D PA
ISOLYTE S PH 7.4	1	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	1	
ISOLYTE-S	1	
PLENAMINE	1	B/D PA
<i>premasol 10 %</i>	1	B/D PA
<i>travasol 10 %</i>	1	B/D PA
TROPHAMINE 10 %	1	B/D PA
VITAMINAS/HEMATÍNICOS		
<i>fluoride (sodium) oral tablet</i>	1	MO
<i>fluoride (sodium) oral tablet,chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	1	MO
<i>prenatal vitamin oral tablet</i>	1	MO
<i>wescap-pn dha</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

Index

A		
<i>abacavir</i>	5	<i>albutein 25 %</i>88
<i>abacavir-lamivudine</i>	5	<i>albutein 5 %</i>88
ABELCET.....	2	<i>albuterol sulfate</i>.....82
ABILIFY ASIMTUFII.....	48	<i>alclometasone</i>.....68
ABILIFY MAINTENA.....	48	<i>alcohol pads</i>.....74
<i>abiraterone</i>	26	ALDURAZYME.....73
ABRAXANE.....	26	ALECENSA.....26
ABRYSVO (PF).....	24	<i>alendronate</i>.....81
<i>acamprosate</i>	64	<i>alfuzosin</i>.....88
<i>acarbose</i>	74	ALIQOPA.....26
<i>accutane</i>	71	<i>aliskiren</i>.....14
<i>acebutolol</i>	14	<i>allopurinol</i>.....81
<i>acetaminophen-codeine</i>	41	<i>allopurinol sodium</i>.....81
<i>acetazolamide</i>	63	<i>aloprim</i>.....81
<i>acetazolamide sodium</i>	63	<i>alose tron</i>.....19
<i>acetic acid</i>	58, 64	<i>alprostadil</i>.....87
<i>acetylcysteine</i>	66, 82	<i>altavera (28)</i>.....58
<i>acitretin</i>	67	ALUNBRIG.....26, 27
ACTEMRA.....	78	ALVESCO.....82
ACTEMRA ACTPEN.....	78	<i>alyacen 1/35 (28)</i>.....58
ACTHIB (PF).....	24	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>.....58
ACTIMMUNE.....	23	<i>alyq</i>.....82
<i>acyclovir</i>	5, 68	<i>amantadine hcl</i>.....5
<i>acyclovir sodium</i>	5	<i>ambrisentan</i>.....82
ADACEL(TDAP		<i>amethyst (28)</i>.....58
ADOLESN/ADULT)(PF) 24		<i>amikacin</i>.....2
ADBRY.....	70	<i>amiloride</i>.....14
ADCETRIS.....	26	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>
<i>adefovir</i>	5	14
ADEMPAS.....	82	<i>aminocaproic acid</i>.....17
<i>adenosine</i>	11	<i>amiodarone</i>.....11, 12
<i>adrenalin</i>	81	<i>amitriptyline</i>.....48
ADSTILADRIN.....	26	<i>amlodipine</i>.....14
ADVAIR HFA.....	82	<i>amlodipine-atorvastatin</i>.....13
AIMOVIG AUTOINJECTOR		<i>amlodipine-benazepril</i>.....14
.....	55	<i>amlodipine-olmesartan</i>.....14
AKEEGA.....	26	<i>amlodipine-valsartan</i>.....14
<i>ala-cort</i>	68	<i>amlodipine-valsartan-hcthiacid</i>
<i>albendazole</i>	2	14
<i>albumin, human 25 %</i>	88	<i>ammonium lactate</i>.....70
<i>alburx (human) 25 %</i>	88	<i>amnestem</i>.....71
<i>alburx (human) 5 %</i>	88	<i>amoxapine</i>.....48
		<i>amoxicillin</i>.....9
		<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>.....9
		<i>amphotericin b</i>.....2
		<i>ampicillin</i>.....9
		<i>ampicillin sodium</i>.....9
		<i>ampicillin-sulbactam</i>.....9, 10
		<i>anagrelide</i>.....64
		<i>anastrozole</i>.....27
		ANKTIVA.....27
		<i>apraclonidine</i>.....62
		<i>aprepitant</i>.....19
		<i>apri</i>.....58
		APTIOM.....44
		APTIVUS.....5
		<i>aranelle (28)</i>.....58
		ARCALYST.....23
		AREXVY (PF).....24
		<i>arformoterol</i>.....82
		ARIKAYCE.....2
		<i>aripiprazole</i>.....48
		ARISTADA.....48
		ARISTADA INITIO.....48
		<i>armodafinil</i>.....48
		<i>arsenic trioxide</i>.....27
		<i>asenapine maleate</i>.....48
		ASMANEX HFA.....82
		ASMANEX TWISTHALER83
		ASPARLAS.....27
		<i>aspirin-dipyridamole</i>.....17
		ASSURE ID INSULIN
		SAFETY.....86
		<i>atazanavir</i>.....5
		<i>atenolol</i>.....14
		<i>atenolol-chlorthalidone</i>.....14
		<i>atomoxetine</i>.....48
		<i>atorvastatin</i>.....13
		<i>atovaquone</i>.....2
		<i>atovaquone-proguanil</i>.....2
		<i>atropine</i>.....22, 63
		ATROVENT HFA.....83
		<i>aubra eq</i>.....58
		AUGMENTIN.....10
		AUGTYRO.....27
		AUSTEDO.....56

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

AUSTEDO XR.....	56	BEVESPI AEROSPHERE ..	83	<i>cabergoline</i>	73
AUSTEDO XR TITRATION		<i>bexarotene</i>	27	CABLIVI.....	17
KT(WK1-4).....	56	BEXSERO.....	24	CABOMETYX.....	27
AUVELITY	49	<i>bicalutamide</i>	27	<i>caffeine citrate</i>	64
<i>aviane</i>	58	BICILLIN L-A	10	<i>calcipotriene</i>	67
AVONEX.....	23	BIKTARVY	5	<i>calcitonin (salmon)</i>	73
AYVAKIT	27	<i>bisoprolol fumarate</i>	14	<i>calcitriol</i>	73
<i>azacitidine</i>	27	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>		<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	
<i>azathioprine</i>	27	.....	14	.....	88
<i>azathioprine sodium</i>	27	BIZENGRI	27	<i>calcium chloride</i>	88
<i>azelaic acid</i>	71	<i>bleomycin</i>	27	<i>calcium gluconate</i>	88
<i>azelastine</i>	58, 64	BLINCYTO.....	27	CALQUENCE	27
<i>azithromycin</i>	9	BOOSTRIX TDAP.....	24	CALQUENCE	
<i>aztreonam</i>	2	<i>bortezomib</i>	27	(ACALABRUTINIB MAL)	
<i>azurette (28)</i>	58	BORTEZOMIB	27	.....	28
B		<i>bosentan</i>	83	<i>camila</i>	60
<i>bacitracin</i>	62	BOSULIF	27	<i>camrese</i>	58
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	62	BRAFTOVI.....	27	CAMZYOS.....	12
<i>baclofen</i>	55	BREO ELLIPTA	83	<i>candesartan</i>	14
<i>balsalazide</i>	19	<i>brey-na</i>	83	<i>candesartan-</i>	
BALVERSA.....	27	BREZTRI AEROSPHERE..	83	<i>hydrochlorothiazid</i>	14
BAQSIMI	74	BRILINTA	17	CAPLYTA.....	49
BARACLUDE	5	<i>brimonidine</i>	62	CAPRELSA.....	28
BAVENCIO	27	BRIUMVI.....	56	<i>captopril</i>	15
BCG VACCINE, LIVE (PF)	24	BRIVIACT	44	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	
BD PEN NEEDLE	87	<i>bromfenac</i>	62	.....	15
BELBUCA	41	<i>bromocriptine</i>	40	<i>carbamazepine</i>	44
BELEODAQ	27	BRUKINSA.....	27	<i>carbidopa</i>	40
BELSOMRA	49	<i>bss</i>	64	<i>carbidopa-levodopa</i>	40
<i>benazepril</i>	14	<i>budesonide</i>	19, 83	<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>		<i>budesonide-formoterol</i>	83	<i>entacapone</i>	40
.....	14	<i>bumetanide</i>	14	<i>carboplatin</i>	28
<i>bendamustine</i>	27	<i>buprenorphine hcl</i>	41	<i>carglumic acid</i>	64
BENDEKA.....	27	<i>buprenorphine transdermal</i>		<i>carmustine</i>	28
BENLYSTA	78	<i>patch</i>	41	<i>carteolol</i>	63
<i>benztropine</i>	40	<i>buprenorphine-naloxone</i>	43	<i>cartia xt</i>	15
BESPONSA	27	<i>bupropion hcl</i>	49	<i>carvedilol</i>	15
BESREMI.....	23	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>		<i>caspofungin</i>	2
<i>betaine</i>	19	.....	64	CAYSTON	3
<i>betamethasone dipropionate</i>	68	<i>buspirone</i>	49	<i>cefaclor</i>	8
<i>betamethasone valerate</i>	68	<i>busulfan</i>	27	<i>cefadroxil</i>	8
<i>betamethasone, augmented</i>	68,	<i>butorphanol</i>	43	<i>cefazolin</i>	8
69		BYDUREON BCISE	74	<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i> ..	8
BETASERON	23	BYETTA	74	<i>cefdinir</i>	8
<i>betaxolol</i>	14, 63	C		<i>cefepime</i>	8
<i>bethanechol chloride</i>	87	CABENUVA.....	5	<i>cefepime in dextrose,iso-osm</i> ..	8

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

<i>cefixime</i>.....8	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>.....10	COBENFY STARTER PACK.....49
<i>cefoxitin</i> .....8	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>.....58	<i>colchicine</i>.....81
<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i> .8	<i>cisplatin</i> .....28	<i>colesevelam</i>.....13
<i>cefpodoxime</i>.....8	<i>citalopram</i> .....49	<i>colestipol</i>.....13
<i>cefprozil</i> .....8	<i>cladribine</i>.....28	<i>colistin (colistimethate na)</i> ....3
<i>ceftazidime</i>.....8	<i>claravis</i> .....71	COLUMVI .....28
<i>ceftriaxone</i> .....8	<i>clarithromycin</i> .....9	COMBIVENT RESPIMAT..83
<i>ceftriaxone in dextrose,iso-os</i> .8	<i>clindamycin hcl</i>.....3	COMETRIQ .....28
<i>cefuroxime axetil</i> .....8	<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> ..3	COMPLERA .....5
<i>cefuroxime sodium</i>.....8	<i>clindamycin phosphate</i> ....3, 61, 71	<i>compro</i>.....19
<i>celecoxib</i>.....43	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE .....90	<i>constulose</i> .....19
<i>cephalexin</i>.....8, 9	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE .....90	COPIKTRA .....28
CEPROTIN (BLUE BAR) ...17	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE.....64	CORTIFOAM.....19
CEPROTIN (GREEN BAR) 17	CLINIMIX 5%- D20W(SULFITE-FREE)..90	<i>cortisone</i> .....72
CEQR SIMPLICITY .....86	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) .....90	COSENTYX.....67
CEQR SIMPLICITY INSERTER.....86	CLINIMIX 8%- D10W(SULFITE-FREE)..90	COSENTYX (2 SYRINGES) .....67
<i>cetirizine</i> .....81	CLINIMIX 8%- D14W(SULFITE-FREE)..90	COSENTYX PEN .....67
<i>cevimeline</i>.....64	<i>clobazam</i>.....45	COSENTYX PEN (2 PENS)67
CHEMET .....64	<i>clobetasol</i>.....69	COSENTYX UNOREADY PEN.....67
<i>chloramphenicol sod succinate</i>.....3	<i>clobetasol-emollient</i> .....69	COTELLIC.....28
<i>chlorhexidine gluconate</i> .....58	<i>clofarabine</i>.....28	CREON.....19
<i>chloroprocaine (pf)</i> .....70	<i>clomid</i> .....73	CRESEMBA.....2
<i>chloroquine phosphate</i> .....3	<i>clomiphene citrate</i> .....73	<i>cromolyn</i>.....19, 64, 83
<i>chlorothiazide sodium</i> .....15	<i>clomipramine</i>.....49	<i>cryselle (28)</i> .....58
<i>chlorpromazine</i>.....49	<i>clonazepam</i>.....45	CRYSVITA .....73
<i>chlorthalidone</i> .....15	<i>clonidine (pf)</i> .....15, 43	<i>cyclobenzaprine</i> .....55
<i>cholestyramine (with sugar)</i> .13	<i>clonidine hcl</i> .....15, 49	<i>cyclophosphamide</i> .....28
<i>cholestyramine light</i> .....13	<i>clonidine transdermal patch</i> .15	CYCLOPHOSPHAMIDE ....28
CIBINQO .....70	<i>clopidogrel</i>.....17	<i>cyclosporine</i>.....28, 64
<i>ciclodan</i> .....66	<i>clorazepate dipotassium</i> .....49	<i>cyclosporine modified</i>.....28
<i>ciclopirox</i>.....66	<i>clotrimazole</i> .....2, 66	CYLTEZO(CF) .....78
<i>cidofovir</i> .....5	<i>clotrimazole-betamethasone</i> 66, 67	CYLTEZO(CF) PEN .....78
<i>cilostazol</i>.....17	<i>clozapine</i>.....49	CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS .....78
CIMDUO.....5	COARTEM .....3	CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV .....78
CIMERLI .....64	COBENFY .....49	CYRAMZA .....28
CIMZIA.....19		<i>cyred eq</i> .....59
CIMZIA POWDER FOR RECONST.....19		CYSTAGON .....87
CIMZIA STARTER KIT ....19		CYSTARAN.....64
<i>cinacalcet</i> .....73		<i>cytarabine</i> .....28
CINRYZE.....83		<i>cytarabine (pf)</i> .....28
CINVANTI.....19		
<i>ciprofloxacin</i>.....11		
<i>ciprofloxacin hcl</i>.....10, 58, 62		

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

D		
d10 %-0.45 % sodium chloride	desmopressin	diflunisal
64	desog-e.estradiol/e.estradiol	digoxin
d2.5 %-0.45 % sodium	desonide	dihydroergotamine
chloride.....	desvenlafaxine succinate	DILANTIN 30 MG.....
64	dexamethasone	diltiazem hcl.....
d5 % and 0.9 % sodium	dexamethasone intensol.....	dilt-xr
chloride.....	dexamethasone sodium phos	dimenhydrinate
64	(pf)	dimethyl fumarate
dabigatran etexilate.....	dexamethasone sodium	diphenhydramine hcl
17	phosphate.....	63, 72
dacarbazine	DEXCOM G6 RECEIVER	diphenoxylate-atropine
28	86	22
dactinomycin	DEXCOM G6 SENSOR	dipyridamole.....
28	86	17
dalfampridine	DEXCOM G6	disulfiram.....
56	TRANSMITTER	65
danazol	86	divalproex
73	DEXCOM G7 RECEIVER	45
dantrolene.....	86	dobutamine
55	DEXCOM G7 SENSOR	12
DANYELZA	86	dobutamine in d5w
28	dexrazoxane hcl.....	12
DANZITEN.....	26	docetaxel.....
28	dextroamphetamine-	29
dapsone.....	amphetamine	dofetilide
3	49	12
DAPTACEL (DTAP	dextrose 10 % and 0.2 % nacl	donepezil.....
PEDIATRIC) (PF).....	.....	56
24	65	dopamine
daptomycin	dextrose 10 % in water (d10w)	12
3	.....	dopamine in 5 % dextrose ...
DAPTOMYCIN	65	12
3	dextrose 25 % in water (d25w)	DOPTELET (10 TAB PACK)
darunavir .....	.....	17
5	65	DOPTELET (15 TAB PACK)
DARZALEX	dextrose 5 % in water (d5w).	.....
28	65	18
dasatinib.....	.....	DOPTELET (30 TAB PACK)
28, 29	dextrose 5 %-lactated ringers	.....
dasetta 1/35 (28).....	.....	18
59	65	dorzolamide
dasetta 7/7/7 (28)	dextrose 5%-0.2 % sod	63
59	chloride.....	dorzolamide-timolol
DATROWAY.....	65	63
29	dextrose 5%-0.3 %	dotti.....
daunorubicin	sod.chloride	61
29	65	DOVATO
DAURISMO.....	dextrose 50 % in water (d50w)	5
29	.....	doxazosin
daysee	65	15
59	dextrose 70 % in water (d70w)	doxepin
deblitane .....	.....	49, 50
60	65	doxercalciferol.....
decitabine	DIACOMIT	73
29	45	doxorubicin.....
deferasirox.....	diazepam.....	29
65	45, 49	doxorubicin, peg-liposomal ..
deferiprone	diazepam intensol	29
65	49	doxy-100
deferoxamine	diazoxide.....	11
65	74	doxycycline hyclate.....
DELSTRIGO.....	diclofenac potassium	11
5	43	doxycycline monohydrate
demeclocycline	43, 62, 70	11
11	diclofenac-misoprostol	DRIZALMA SPRINKLE
DENG VAXIA (PF).....	43	50
24	dicloxacillin	dronabinol
denta 5000 plus	10	19
58	dicyclomine.....	20
dentagel	22	droperidol
58	DIFICID	20
DEPO-SUBQ PROVERA 104		DROPSAFE ALCOHOL
.....		PREP PADS
61		74
dermacinrx lidocan		drosiprenone-e.estradiol-lm.fa
70		.....
DESCOVY		59
5		
desipramine		
49		

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	59	EMTRIVA.....	5	<i>erythromycin with ethanol</i>	71
DROXIA	29	EMVERM	3	<i>escitalopram oxalate</i>	50
<i>droxidopa</i>	65	<i>emzahh</i>	61	<i>esmolol</i>	15
DUAVEE	61	<i>enalapril maleate</i>	15	<i>esomeprazole magnesium</i>	22,
DULERA.....	83	<i>enalaprilat</i>	15	23	
<i>duloxetine</i>	50	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	15	<i>esomeprazole sodium</i>	23
DUPIXENT PEN	70	ENBREL	79	<i>estarylla</i>	59
DUPIXENT SYRINGE.....	70	ENBREL MINI	78	<i>estradiol</i>	61
<i>dutasteride</i>	88	ENBREL SURECLICK	79	<i>estradiol valerate</i>	61
<i>dutasteride-tamsulosin</i>	88	<i>endocet</i>	41	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	61
E		ENGERIX-B (PF)	24	<i>eszopiclone</i>	50
<i>econazole nitrate</i>	67	ENGERIX-B PEDIATRIC		<i>ethacrynate sodium</i>	15
EDARBI.....	15	(PF).....	24	<i>ethambutol</i>	3
EDARBYCLOR.....	15	<i>enoxaparin</i>	18	<i>ethosuximide</i>	45
EDURANT.....	5	<i>enpresse</i>	59	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	59
<i>efavirenz</i>	5	<i>enskyce</i>	59	<i>etodolac</i>	43
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i>	5	<i>entacapone</i>	40	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>	5	<i>entecavir</i>	5	.....	61
<i>effer-k</i>	88	ENTRESTO.....	13	ETOPOPHOS	30
ELAHERE.....	29	ENTRESTO SPRINKLE	13	<i>etoposide</i>	30
ELAPRASE.....	73	ENTYVIO	20	<i>etravirine</i>	5
<i>electrolyte-148</i>	90	<i>enulose</i>	20	<i>euthyrox</i>	73
<i>electrolyte-48 in d5w</i>	90	ENVARUSUS XR	29	<i>everolimus (antineoplastic)</i> ..	30
<i>electrolyte-a</i>	90	EPIDIOLEX	45	<i>everolimus</i>	
ELIGARD	29	<i>epinastine</i>	64	(immunosuppressive).....	30
ELIGARD (3 MONTH).....	29	<i>epinephrine</i>	82	EVOTAZ	5
ELIGARD (4 MONTH).....	29	<i>epirubicin</i>	29	<i>exemestane</i>	30
ELIGARD (6 MONTH).....	29	<i>epitol</i>	45	EYLEA	64
<i>elinest</i>	59	EPKINLY	29	<i>ezetimibe</i>	13
ELIQUIS	18	<i>eplerenone</i>	15	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	13
ELIQUIS DVT-PE TREAT		EPRONTIA	45	F	
30D START	18	ERBITUX.....	29	FABRAZYME	73
ELITEK.....	26	<i>ergotamine-caffeine</i>	55	<i>falmina (28)</i>	59
ELIXOPHYLLIN.....	83	<i>eribulin</i>	29	<i>famciclovir</i>	5
ELMIRON.....	87	ERIVEDGE	29	<i>famotidine</i>	23
ELREXFIO.....	29	ERLEADA	29	<i>famotidine (pf)</i>	23
<i>eluryng</i>	61	<i>erlotinib</i>	30	<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i>	23
ELZONRIS.....	29	<i>errin</i>	61	FANAPT.....	50
EMGALITY PEN	55	<i>ertapenem</i>	3	FARXIGA	74, 75
EMGALITY SYRINGE.....	55	ERWINASE	30	FASENRA	83
EMPLICITI	29	<i>ery pads</i>	71	FASENRA PEN	83
EMSAM	50	<i>ery-tab</i>	9	<i>febuxostat</i>	81
<i>emtricitabine</i>	5	<i>erythrocin (as stearate)</i>	9	<i>felbamate</i>	45
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ...	5	<i>erythromycin</i>	9, 62	<i>felodipine</i>	15
		<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...	9	<i>fenofibrate</i>	13
				<i>fenofibrate micronized</i>	13

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

<i>fenofibrate nanocrystallized</i>.....13	<i>fosaprepitant</i>.....20	GAMASTAN .....24
<i>fenofibric acid</i> .....13	<i>fosinopril</i> .....15	<i>ganciclovir sodium</i> .....6
<i>fenofibric acid (choline)</i>.....13	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>.....15	GARDASIL 9 (PF).....25
<i>fentanyl</i>.....41	<i>fosphenytoin</i>.....45	<i>gatifloxacin</i> .....62
<i>fentanyl citrate</i>.....41	FOTIVDA .....30	GATTEX 30-VIAL .....20
<i>fentanyl citrate (pf)</i>.....41	<i>fraiche 5000</i>.....58	GATTEX ONE-VIAL .....20
FETZIMA.....50	FREESTYLE FREEDOM LITE .....86	GAUZE PAD.....87
<i>finasteride</i>.....88	FREESTYLE INSULINX...75, 86	<i>gavilyte-c</i> .....20
<i>figolimod</i>.....56	FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS .....75	<i>gavilyte-g</i> .....20
FINTEPLA .....45	FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER .....87	<i>gavilyte-n</i> .....20
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE .....30	FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR.....87	GAVRETO .....31
<i>flac otic oil</i>.....58	FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR.....87	GAZYVA .....31
<i>flecainide</i> .....12	FREESTYLE LIBRE 2 READER.....87	<i>gefitinib</i>.....31
<i>floxuridine</i> .....30	FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR.....87	<i>gemcitabine</i>.....31
<i>fluconazole</i> .....2	FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR.....87	GEMCITABINE.....31
<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> .2	FREESTYLE LIBRE 3 READER.....87	<i>gemfibrozil</i> .....13
<i>flucytosine</i>.....2	FREESTYLE LITE METER87	<i>generlac</i> .....20
<i>fludarabine</i> .....30	FREESTYLE LITE STRIPS 75	<i>engraf</i>.....31
<i>fludrocortisone</i> .....72	FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS.....75	<i>gentamicin</i> .....3, 62, 66
<i>flumazenil</i> .....50	FREESTYLE TEST .....75	<i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i> ..3
<i>flunisolide</i> .....83	FRUZAQLA.....30	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i> ..3
<i>fluocinolone</i> .....69	FULPHILA.....23	GENVOYA .....6
<i>fluocinolone acetone oil</i> ....58	<i>fulvestrant</i> .....30	GILOTRIF .....31
<i>fluocinolone and shower cap</i> 69	<i>furosemide</i> .....15	<i>glatiramer</i> .....57
<i>fluocinonide</i> .....69	FUZEON .....6	<i>glatopa</i> .....57
<i>fluocinonide-emollient</i>.....69	FYARRO .....30	GLEOSTINE .....31
<i>fluoride (sodium)</i> .....58, 90	<i>fyavolv</i> .....61	<i>glimepiride</i>.....75
<i>fluorometholone</i> .....63	FYCOMPA.....45	<i>glipizide</i> .....75
<i>fluorouracil</i>.....30, 70	G	<i>glipizide-metformin</i>.....75
<i>fluoetine</i> .....50	<i>gabapentin</i> .....45	<i>glutamine (sickle cell)</i>.....65
<i>fluphenazine decanoate</i> .....50	<i>galantamine</i> .....56, 57	<i>glycine urologic</i> .....87
<i>fluphenazine hcl</i>.....50	<i>gallifrey</i> .....61	<i>glycine urologic solution</i> .....87
<i>flurbiprofen</i>.....43		<i>glycopyrrolate</i>.....22
<i>flurbiprofen sodium</i> .....62		<i>glycopyrrolate (pf) in water</i> ..22
<i>fluticasone propionate</i>....69, 84		<i>glydo</i> .....70
FLUTICASONE PROPIONATE .....84		GLYXAMBI.....75
<i>fluticasone propion-salmeterol</i>.....84		GRAFAPEX .....31
<i>fluvastatin</i> .....13		<i>granisetron (pf)</i>.....20
<i>fluvoxamine</i> .....50		<i>granisetron hcl</i>.....20
<i>fomepizole</i>.....24		<i>griseofulvin microsize</i>.....2
<i>fondaparinux</i> .....18		<i>griseofulvin ultramicrosize</i> ....2
<i>formoterol fumarate</i> .....84		GVOKE .....75
<i>fosamprenavir</i>.....6		GVOKE HYPOPEN 1-PACK.....75
		GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....75

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....	75	HUMIRA(CF) PEN (PREFERRED NDCS NDCS STARTING WITH 00074).....	79	<i>ibuprofen</i>	43
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE.....	75	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS (PREFERRED NDCS NDCS STARTING WITH 00074).....	79	<i>ibutilide fumarate</i>	12
H		HUMIRA(CF) PEN PSOR- UV-ADOL HS (PREFERRED NDCS NDCS STARTING WITH 00074).....	79	<i>icatibant</i>	84
<i>halobetasol propionate</i>	69	HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN	76	ICLUSIG	31
<i>haloperidol</i>	50	HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN.....	76	<i>icosapent ethyl</i>	13
<i>haloperidol decanoate</i>	50	HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN.....	76	<i>idarubicin</i>	31
<i>haloperidol lactate</i>	50, 51	HUMULIN N NPH U-100 INSULIN	76	IDHIFA.....	31
HAVRIX (PF)	25	HUMULIN R REGULAR U- 100 INSULN	76	<i>ifosfamide</i>	31
<i>heather</i>	61	HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN	76	ILARIS (PF)	23
<i>heparin (porcine)</i>	18	HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN.....	76	<i>imatinib</i>	31
<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i>	18	<i>hydralazine</i>	15	IMBRUVICA	31
<i>heparin (porcine) in nacl (pf)</i>	18	<i>hydrochlorothiazide</i>	15	IMDELLTRA	32
<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl</i>	18	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	41	IMFINZI	32
HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NACL.....	18	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	41	<i>imipenem-cilastatin</i>	3
<i>heparin, porcine (pf)</i>	19	<i>hydrocortisone</i>	20, 69, 72	<i>imipramine hcl</i>	51
HEPARIN, PORCINE (PF) .	19	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ...	58	<i>imiquimod</i>	70
HEPLISAV-B (PF)	25	<i>hydromorphone</i>	41, 42	IMJUDO	32
HIBERIX (PF).....	25	<i>hydromorphone (pf)</i>	41	IMKELDI	32
HIZENTRA	25	<i>hydroxychloroquine</i>	3	IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	25
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	75	<i>hydroxyurea</i>	31	IMVEXXY MAINTENANCE PACK	61
HUMALOG KWIKPEN INSULIN	75	<i>hydroxyzine hcl</i>	82	IMVEXXY STARTER PACK	61
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	75	HYPERHEP B.....	25	INBRIJA	40
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	75	HYPERHEP B NEONATAL	25	<i>incassia</i>	61
HUMALOG MIX 75-25(U- 100)INSULN	76	I		INCRELEX	65
HUMALOG U-100 INSULIN	76	<i>ibandronate</i>	81	<i>indapamide</i>	15
HUMIRA (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074).....	79	IBRANCE	31	INFANRIX (DTAP) (PF).....	25
HUMIRA PEN (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074).....	79	<i>ibu</i>	43	INGREZZA	57
HUMIRA(CF) (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074).....	79			INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	57
				INGREZZA SPRINKLE	57
				INLYTA	32
				INPEFA	76
				INQOVI	32
				INREBIC	32
				INSULIN LISPRO	76
				INSULIN SYRINGE- NEEDLE U-100	87
				INTELENCE	6
				<i>intralipid</i>	90
				<i>introvale</i>	59
				INVEGA HAFYERA	51
				INVEGA SUSTENNA	51
				INVEGA TRINZA	51

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

INVELTYS	63	juleber.....	59	lamivudine	6
IPOL	25	JULUCA.....	6	lamivudine-zidovudine.....	6
ipratropium bromide	58, 84	JYLAMVO	32	lamotrigine	45, 46
ipratropium-albuterol.....	84	JYNNEOS (PF)	25	lanreotide.....	33
irbesartan	15	K		lansoprazole	23
irbesartan-hydrochlorothiazide	15	KADCYLA	32	LANTUS SOLOSTAR U-100	
irinotecan	32	kalliga	59	INSULIN	76
ISENTRESS	6	KALYDECO	84	LANTUS U-100 INSULIN ..	76
ISENTRESS HD	6	KANUMA	73	lapatinib.....	33
isibloom	59	kariva (28)	59	larin 1.5/30 (21).....	59
ISOLYTE S PH 7.4.....	90	kelnor 1/35 (28).....	59	larin 1/20 (21).....	59
ISOLYTE-P IN 5 %		kelnor 1/50 (28).....	59	larin 24 fe	59
DEXTROSE	90	KERENDIA.....	15	larin fe 1.5/30 (28).....	59
ISOLYTE-S.....	90	KESIMPTA PEN	57	larin fe 1/20 (28).....	59
isoniazid	3	ketoconazole	2, 67	latanoprost.....	63
isosorbide dinitrate	14	ketorolac	62	LAZCLUZE	33
isosorbide mononitrate.....	14	KEYTRUDA	32	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	
isosorbide-hydralazine	15	KHAPZORY	26	.....	6
isotretinoin	71	KIMMTRAK.....	32	leflunomide	79
isradipine.....	15	KINRIX (PF).....	25	lenalidomide	33
ISTODAX	32	kionex (with sorbitol).....	65	LENVIMA.....	33
ITOVEBI.....	32	KISQALI	32, 33	lessina	59
itraconazole	2	KISQALI FEMARA CO-		letrozole	33
ivabradine.....	13	PACK	32	leucovorin calcium	26
ivermectin	3	klayesta	67	LEUKERAN.....	33
IWILFIN.....	32	klor-con 10	88	leuprolide.....	33
IXCHIQ (PF).....	25	klor-con 8	88	levetiracetam	46
IXEMPRA.....	32	klor-con m10.....	88	levetiracetam in nacl (iso-os)	
IXIARO (PF).....	25	klor-con m15.....	88	.....	46
J		klor-con m20.....	88	levobunolol	63
JAKAFI	32	klor-con oral packet 20	88	levocarnitine	65
jantoven	19	klor-con/ef	89	levocarnitine (with sugar)	65
JANUMET	76	KOSELUGO	33	levocetirizine.....	82
JANUMET XR.....	76	kourzeq	58	levofloxacin.....	11, 62
JANUVIA.....	76	K-PHOS NO 2.....	87	levofloxacin in d5w.....	11
JARDIANCE.....	76	K-PHOS ORIGINAL	87	levoleucovorin calcium.....	26
jasmiel (28).....	59	KRAZATI	33	levonest (28)	59
JAYPIRCA.....	32	kurvelo (28)	59	levonorgestrel-ethinyl estrad	59
JEMPERLI	32	KYPROLIS	33	levonorg-eth estrad triphasic	59
jencycla.....	61	L		levora-28.....	59
JENTADUETO	76	l norgest/e.estradiol-e.estrad	59	levo-t	73
JENTADUETO XR.....	76	labetalol.....	15, 16	levothyroxine	73
JEVTANA.....	32	lacosamide.....	45	levoxyl.....	73
jinteli.....	61	lactated ringers.....	66, 89	LIBERVANT	46
jolessa.....	59	lactulose.....	20	LIBTAYO.....	33
		LAGEVRIO (EUA).....	6	lidocaine	70, 71

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

<i>lidocaine (pf)</i>	12, 70	LUNSUMIO	33	MEPSEVII.....	73
<i>lidocaine hcl</i>	70	LUPRON DEPOT	33	<i>mercaptopurine</i>	34
<i>lidocaine in 5 % dextrose (pf)</i>	12	<i>lurasidone</i>	52	<i>meropenem</i>	3
<i>lidocaine viscous</i>	71	<i>lutra (28)</i>	60	<i>mesalamine</i>	20
<i>lidocaine-epinephrine</i>	71	<i>lyleq</i>	61	<i>mesalamine with cleansing</i> <i>wipe</i>	20
<i>lidocaine-epinephrine (pf)</i>	71	<i>lyllana</i>	61	<i>mesna</i>	26
<i>lidocaine-prilocaine</i>	71	LYNPARZA.....	33	MESNEX.....	26
<i>lidocan iii</i>	71	LYSODREN.....	33	<i>metformin</i>	76, 77
<i>lidocan iv</i>	71	LYTGOBI	34	<i>methadone</i>	42
<i>lidocan v</i>	71	LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN	76	<i>methadone intensol</i>	42
LILETTA	61	LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN	76	<i>methadose</i>	42
<i>lincomycin</i>	3	LYUMJEV U-100 INSULIN	76	<i>methazolamide</i>	63
<i>linezolid</i>	3	<i>lyza</i>	61	<i>methenamine hippurate</i>	2
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	3	M		<i>methenamine mandelate</i>	2
<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i>	3	<i>magnesium chloride</i>	89	<i>methimazole</i>	72
LINZESS	20	<i>magnesium sulfate</i>	89	<i>methotrexate sodium</i>	34
<i>liothyronine</i>	73	MAGNESIUM SULFATE IN D5W	89	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	34
<i>lisinopril</i>	16	<i>magnesium sulfate in water</i> ..	89	<i>methoxsalen</i>	71
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	16	<i>malathion</i>	70	<i>methsuximide</i>	46
<i>lithium carbonate</i>	51	<i>mannitol 20 %</i>	16	<i>methylergonovine</i>	61
<i>lithium citrate</i>	51	<i>mannitol 25 %</i>	16	<i>methylphenidate hcl</i>	52
LIVTENCITY	6	<i>maraviroc</i>	6	<i>methylprednisolone</i>	72
LOKELMA	65	MARGENZA	34	<i>methylprednisolone acetate</i> ..	72
LONSURF.....	33	<i>marlissa (28)</i>	60	<i>methylprednisolone sodium</i> <i>succ</i>	72
<i>loperamide</i>	22	MARPLAN	52	<i>metoclopramide hcl</i>	20
<i>lopinavir-ritonavir</i>	6	MATULANE.....	34	<i>metolazone</i>	16
LOQTORZI.....	33	<i>matzim la</i>	16	<i>metoprolol succinate</i>	16
<i>lorazepam</i>	51	MAVYRET	6	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	16
<i>lorazepam intensol</i>	51	<i>meclizine</i>	20	<i>metoprolol tartrate</i>	16
LORBRENA	33	<i>medroxyprogesterone</i>	61	<i>metro i.v.</i>	3
<i>loryna (28)</i>	59	<i>mefloquine</i>	3	<i>metronidazole</i>	4, 62, 71
<i>losartan</i>	16	<i>megestrol</i>	34	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> 4	
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	16	MEKINIST	34	<i>metyrosine</i>	16
<i>loteprednol etabonate</i>	63	MEKTOVI.....	34	<i>mexiletine</i>	12
<i>lovastatin</i>	13	<i>meloxicam</i>	43	<i>micafungin</i>	2
<i>low-ogestrel (28)</i>	59	<i>melphalan hcl</i>	34	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	60
<i>loxapine succinate</i>	51	<i>memantine</i>	57	<i>microgestin 1/20 (21)</i>	60
<i>lo-zumandimine (28)</i>	60	<i>memantine-donepezil</i>	57	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	60
<i>lubiprostone</i>	20	MENACTRA (PF)	25	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	60
LUMAKRAS	33	MENQUADFI (PF).....	25	<i>midodrine</i>	65
LUMIGAN.....	63	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	25	MIEBO (PF)	64
LUMIZYME	73			<i>mifepristone</i>	62, 73
				<i>mili</i>	60

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

<i>milrinone</i>	13	<i>naltrexone</i>	44	NIVESTYM	23
<i>milrinone in 5 % dextrose</i>	13	NAMZARIC.....	57	<i>nizatidine</i>	23
<i>mimvey</i>	61	<i>naproxen</i>	44	<i>nora-be</i>	61
<i>minocycline</i>	11	<i>naproxen sodium</i>	44	<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	62
<i>minoxidil</i>	16	<i>naratriptan</i>	55	<i>norepinephrine bitartrate</i>	13
<i>miostat</i>	63	NATACYN	62	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	61
<i>mirabegron</i>	88	<i>nateglinide</i>	77	<i>norethindrone acetate</i>	61
<i>mirtazapine</i>	52	NAYZILAM.....	46	<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	60, 61
<i>misoprostol</i>	23	<i>nebivolol</i>	16	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	60
<i>mitomycin</i>	34	<i>nefazodone</i>	52	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	60
<i>mitoxantrone</i>	34	<i>nelarabine</i>	34	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	60
M-M-R II (PF).....	25	<i>neomycin</i>	4	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	60
<i>modafinil</i>	52	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> 63		<i>nortrel 1/35 (28)</i>	60
<i>moexipril</i>	16	<i>neomycin-bacitracin-</i> <i>polymyxin</i>	62	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	60
<i>molindone</i>	52	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	66	<i>nortriptyline</i>	52
<i>mometasone</i>	69, 84	<i>neomycin-polymyxin b-</i> <i>dexameth</i>	63	NORVIR.....	6
<i>mondoxyne nl</i>	11	<i>neomycin-polymyxin-</i> <i>gramicidin</i>	62	NUBEQA	35
MONJUVI.....	34	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> ..	58, 63	NUCALA	84
<i>mono-lynyah</i>	60	<i>neo-polycin</i>	62	NUEDEXTA	57
<i>montelukast</i>	84	<i>neo-polycin hc</i>	63	NULOJIX	35
<i>morphine</i>	42	NERLYNX.....	34	NUPLAZID	52
<i>morphine (pf)</i>	42	NEUPRO	40	NURTEC ODT	55
<i>morphine concentrate</i>	42	<i>nevirapine</i>	6	<i>nyamyc</i>	67
MOUNJARO.....	77	NEXLETOL	13	<i>nystatin</i>	2, 67
<i>moxifloxacin</i>	11, 62	NEXLIZET.....	13	<i>nystatin-triamcinolone</i>	67
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	11	NEXPLANON.....	62	<i>nystop</i>	67
MRESVIA (PF).....	25	<i>niacin</i>	13	NYVEPRIA.....	23
MULTAQ.....	12	<i>nicardipine</i>	16	O	
<i>mupirocin</i>	66	NICOTROL NS.....	64	OALIVA	20
<i>mycophenolate mofetil</i>	34	<i>nifedipine</i>	16	<i>octreotide acetate</i>	35
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> .	34	<i>nikki (28)</i>	60	<i>octreotide,microspheres</i>	35
<i>mycophenolate sodium</i>	34	<i>nilutamide</i>	34	ODEFSEY	6
MYFEMBREE	62	<i>nimodipine</i>	16	ODOMZO.....	35
MYHIBBIN.....	34	NINLARO	35	OFEV.....	84
MYLOTARG	34	<i>nitazoxanide</i>	4	<i>ofloxacin</i>	58, 62
MYRBETRIQ	88	<i>nitisinone</i>	65	OGSIVEO.....	35
N		<i>nitro-bid</i>	14	OJEMDA.....	35
<i>nabumetone</i>	43	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ...	2	OJJAARA.....	35
<i>nadolol</i>	16	<i>nitrofurantoin monohyd/m-</i> <i>cryst</i>	2	<i>olanzapine</i>	52
<i>nafcillin</i>	10	<i>nitroglycerin</i>	14, 20	<i>olmesartan</i>	16
<i>nafcillin in dextrose iso-osm</i> 10		<i>nitroglycerin in 5 % dextrose</i>	14		
<i>naftifine</i>	67				
NAGLAZYME.....	73				
<i>nalbuphine</i>	43				
<i>naloxone</i>	44				

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

<i>olmesartan-amlodipin-hcthiacid</i>	16	ORENCIA CLICKJECT	79	PENBRAYA (PF)	25
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	16	ORGOVYX	35	<i>peniclovir</i>	68
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	13	ORKAMBI	84	<i>penicillamine</i>	80
<i>omeprazole</i>	23	ORSERDU	35	PENICILLIN G POT IN	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS).....	87	<i>oseltamivir</i>	6	DEXTROSE	10
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5).....	87	<i>osmitrol 20 %</i>	16	<i>penicillin g potassium</i>	10
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5).....	87	OTEZLA	80	<i>penicillin g sodium</i>	10
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	87	OTEZLA STARTER.....	80	<i>penicillin v potassium</i>	10
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	87	<i>oxacillin</i>	10	PENTACEL (PF).....	25
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	87	<i>oxacillin in dextrose(iso-osm)</i>	10	<i>pentamidine</i>	4
OMNITROPE.....	23	<i>oxaliplatin</i>	35, 36	<i>pentobarbital sodium</i>	52
ONCASPAR	35	<i>oxaprozin</i>	44	<i>pentoxifylline</i>	19
<i>ondansetron</i>	21	<i>oxcarbazepine</i>	46	<i>perindopril erbumine</i>	16
<i>ondansetron hcl</i>	20, 21	OXERVATE	64	<i>periogard</i>	58
<i>ondansetron hcl (pf)</i>	20	<i>oxybutynin chloride</i>	88	PERJETA	36
ONETOUCH ULTRA TEST	77	<i>oxycodone</i>	42	<i>permethrin</i>	70
ONETOUCH ULTRA2 METER	87	<i>oxycodone-acetaminophen</i> ..42, 43		<i>perphenazine</i>	52
ONETOUCH VERIO FLEX METER	87	OXYCONTIN	43	<i>pfizerpen-g</i>	10
ONETOUCH VERIO REFLECT METER.....	87	OZEMPIC	77	<i>phenelzine</i>	52
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS.....	77	OZURDEX.....	63	<i>phenobarbital</i>	46
ONIVYDE.....	35	P		<i>phenobarbital sodium</i>	46
ONUREG	35	<i>pacerone</i>	12	<i>phentolamine</i>	16
OPDIVO.....	35	<i>paclitaxel</i>	36	<i>phenytoin</i>	46
OPDIVO QVANTIG.....	35	<i>paclitaxel protein-bound</i>	36	<i>phenytoin sodium</i>	46
OPDUALAG.....	35	PADCEV	36	<i>phenytoin sodium extended</i> ...46	
<i>opium tincture</i>	22	<i>paliperidone</i>	52	<i>philith</i>	60
OPSUMIT	84	<i>palonosetron</i>	21	PIFELTRO	6
OPSYNVI.....	84	<i>pamidronate</i>	73	<i>pilocarpine hcl</i>	64, 65
<i>oralone</i>	58	PANRETIN	71	<i>pimecrolimus</i>	71
ORENCIA	79, 80	<i>pantoprazole</i>	23	<i>pimozide</i>	52
ORENCIA (WITH MALTOSE).....	79	<i>paraplatin</i>	36	<i>pimtrea (28)</i>	60
		<i>paricalcitol</i>	73	<i>pindolol</i>	16
		<i>paroxetine hcl</i>	52	<i>pioglitazone</i>	77
		PAVBLU	64	<i>piperacillin-tazobactam</i>	10
		PAXLOVID.....	6	PIQRAY	36
		<i>pazopanib</i>	36	<i>pirfenidone</i>	85
		PEDIARIX (PF)	25	<i>piroxicam</i>	44
		PEDVAX HIB (PF).....	25	<i>pitavastatin calcium</i>	14
		<i>peg 3350-electrolytes</i>	21	PLEGRIDY	24
		PEGASYS	23, 24	PLENAMINE	90
		<i>peg-electrolyte</i>	21	<i>plerixafor</i>	24
		PEMAZYRE	36	<i>podofilox</i>	71
		<i>pemetrexed disodium</i>	36	POLIVY	36
		PEN NEEDLE, DIABETIC .87		<i>polocaine</i>	71
				<i>polocaine-mpf</i>	71
				<i>polycin</i>	62

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	62	<i>prenatal vitamin oral tablet</i> ..	90	<i>quinapril</i>	16
<i>POMALYST</i>	36	<i>prevalite</i>	14	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	16
<i>portia 28</i>	60	<i>PREVYMIS</i>	6, 7	<i>quinidine sulfate</i>	12
<i>posaconazole</i>	2	<i>PREZCOBIX</i>	7	<i>quinine sulfate</i>	4
<i>potassium acetate</i>	89	<i>PREZISTA</i>	7	<i>QULIPTA</i>	55
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl</i>	89	<i>PRIFTIN</i>	4	<i>QVAR REDHALER</i>	85
<i>potassium chloride</i>	89	<i>PRIMAQUINE</i>	4	R	
<i>potassium chloride in 0.9%nacl</i>	89	<i>primidone</i>	47	<i>RABAVERT (PF)</i>	25
<i>potassium chloride in 5 % dex</i>	89	<i>PRIMIDONE</i>	47	<i>RADICAVA ORS</i>	57
<i>potassium chloride in lr-d5</i> ..	89	<i>PRIORIX (PF)</i>	25	<i>RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP</i>	57
<i>potassium chloride in water</i> .	89	<i>PRIVIGEN</i>	25	<i>raloxifene</i>	81
<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	89	<i>probenecid</i>	81	<i>ramelteon</i>	53
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl</i>	90	<i>probenecid-colchicine</i>	81	<i>ramipril</i>	16
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl</i>	90	<i>procainamide</i>	12	<i>ranolazine</i>	13
<i>potassium citrate</i>	88	<i>prochlorperazine</i>	21	<i>rasagiline</i>	40
<i>potassium phosphate m-/d-basic</i>	90	<i>prochlorperazine edisylate</i> ...	21	<i>reclipsen (28)</i>	60
<i>POTELIGEO</i>	36	<i>prochlorperazine maleate oral</i>	21	<i>RECOMBIVAX HB (PF)</i>	25
<i>PRALATREXATE</i>	36	<i>PROCRIT</i>	24	<i>REGRANEX</i>	71
<i>pramipexole</i>	40	<i>procto-med hc</i>	21	<i>RELENZA DISKHALER</i>	7
<i>prasugrel hcl</i>	19	<i>proctosol hc</i>	21	<i>RELEUKO</i>	24
<i>pravastatin</i>	14	<i>proctozone-hc</i>	21	<i>RELISTOR</i>	21
<i>praziquantel</i>	4	<i>progesterone</i>	61	<i>REMICADE</i>	21
<i>prazosin</i>	16	<i>progesterone micronized</i>	61	<i>RENACIDIN</i>	88
<i>PRECISION XTRA MONITOR</i>	87	<i>PROGRAF</i>	36	<i>repaglinide</i>	77
<i>PRECISION XTRA TEST</i> ..	77	<i>PROLASTIN-C</i>	65	<i>REPATHA</i>	14
<i>prednicarbate</i>	69	<i>PROLIA</i>	81	<i>REPATHA PUSHTRONEX</i> ..	14
<i>prednisolone</i>	72	<i>PROMACTA</i>	19	<i>REPATHA SURECLICK</i> ...	14
<i>prednisolone acetate</i>	63	<i>promethazine</i>	82	<i>RETACRIT</i>	24
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	63, 72	<i>propafenone</i>	12	<i>RETEVMO</i>	36
<i>prednisone</i>	72	<i>propranolol</i>	16	<i>RETROVIR</i>	7
<i>prednisone intensol</i>	72	<i>propylthiouracil</i>	72	<i>REVLIMID</i>	36
<i>pregabalin</i>	46, 47	<i>PROQUAD (PF)</i>	25	<i>revonto</i>	55
<i>PREMARIN</i>	61	<i>protamine</i>	19	<i>REVUFORJ</i>	37
<i>premasol 10 %</i>	90	<i>protriptyline</i>	52	<i>REXULTI</i>	53
<i>PREMPHASE</i>	61	<i>PULMICORT FLEXHALER</i>	85	<i>REYATAZ</i>	7
<i>PREMPRO</i>	61	<i>PULMOZYME</i>	85	<i>REZDIFFRA</i>	65
		<i>PURIXAN</i>	36	<i>REZLIDHIA</i>	37
		<i>pyrazinamide</i>	4	<i>REZUROCK</i>	37
		<i>pyridostigmine bromide</i>	55	<i>RHOPRESSA</i>	63
		<i>pyrimethamine</i>	4	<i>ribavirin</i>	7
		Q		<i>RIDAURA</i>	80
		<i>QINLOCK</i>	36	<i>rifabutin</i>	4
		<i>QUADRACEL (PF)</i>	25	<i>rifampin</i>	4
		<i>quetiapine</i>	53	<i>riluzole</i>	65

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

<i>rimantadine</i>	7	<i>selegiline hcl</i>	40	SOFOSBUVIR-	
<i>ringer's</i>	66, 90	<i>selenium sulfide</i>	67	VELPATASVIR	7
RINVOQ	80	SELZENTRY	7	<i>solifenacin</i>	88
RINVOQ LQ	80	<i>sertraline</i>	53	SOLQUA 100/33	77
<i>risedronate</i>	65, 81	<i>setlakin</i>	60	SOLTAMOX	37
<i>risperidone</i>	53	<i>sevelamer carbonate</i>	65	SOMATULINE DEPOT	37
<i>risperidone microspheres</i>	53	<i>sf 58</i>		SOMAVERT	73
<i>ritonavir</i>	7	<i>sf 5000 plus</i>	58	<i>sorafenib</i>	37
<i>rivastigmine</i>	57	<i>sharobel</i>	61	<i>sotalol</i>	12
<i>rivastigmine tartrate</i>	57	SHINGRIX (PF)	25	<i>sotalol af</i>	12
<i>rizatriptan</i>	55	SIGNIFOR	37	SOTYKTU	68
ROCKLATAN	63	<i>sildenafil (pulmonary arterial</i> <i>hypertension)</i>	85	SPIRIVA RESPIMAT	85
<i>roflumilast</i>	85	<i>silver sulfadiazine</i>	71	<i>spironolactone</i>	16
<i>romidepsin</i>	37	SIMBRINZA	63	<i>spironolacton-</i> <i>hydrochlorothiaz</i>	17
<i>ropinirole</i>	40	SIMULECT	37	SPRAVATO	53
<i>rosuvastatin</i>	14	<i>simvastatin</i>	14	<i>sprintec (28)</i>	60
ROTARIX	25	<i>sirolimus</i>	37	SPRITAM	47
ROTATEQ VACCINE	25	SIRTURO	4	SPRYCEL	37
<i>roweepra</i>	47	SKYRIZI	21, 67, 68	<i>sps (with sorbitol)</i>	66
ROZLYTREK	37	<i>sodium acetate</i>	90	<i>sronyx</i>	60
RUBRACA	37	<i>sodium benzoate-sod</i> <i>phenylacet</i>	65	<i>ssd</i>	71
<i>rufinamide</i>	47	<i>sodium bicarbonate</i>	90	STEGLATRO	77
RUKOBIA	7	<i>sodium chloride</i>	65, 90	STELARA	68
RUXIENCE	37	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	90	STIOLTO RESPIMAT	85
RYBELSUS	77	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	65	STIVARGA	37
RYBREVANT	37	<i>sodium chloride 3 %</i> <i>hypertonic</i>	90	STRENSIQ	73
RYDAPT	37	<i>sodium chloride 5 %</i> <i>hypertonic</i>	90	STREPTOMYCIN	4
RYLAZE	37	<i>sodium fluoride 5000 dry</i> <i>mouth</i>	58	STRIBILD	7
RYTELO	37	<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	58	STRIVERDI RESPIMAT ...	85
S		<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> ...	58	SUBLOCADE	43
<i>sajazir</i>	85	<i>sodium nitroprusside</i>	13	<i>subvenite</i>	47
<i>salsalate</i>	44	SODIUM OXYBATE (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00054)	53	SUCRAID	21
SANCUSO	21	<i>sodium phenylbutyrate</i> ...	65, 66	<i>sucrafate</i>	23
SANDOSTATIN LAR DEPOT	37	<i>sodium phosphate</i>	90	<i>sulfacetamide sodium</i>	64
SANTYL	71	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> ..	66	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> ..	66
<i>sapropterin</i>	73	<i>sodium, potassium, mag sulfates</i>	21	<i>sulfacetamide-prednisolone</i> ..	64
SARCLISA	37			<i>sulfadiazine</i>	11
SAVELLA	80			<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	11
<i>saxagliptin</i>	77			<i>sulfasalazine</i>	21
<i>saxagliptin-metformin</i>	77			<i>sulindac</i>	44
SCSEMBLIX	37			<i>sumatriptan</i>	55
<i>scopolamine base</i>	21			<i>sumatriptan succinate</i>	55
SECUADO	53			<i>sunitinib malate</i>	38
SEGLUROMET	77			SUNLENCA	7
SELARSDI	67				

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

syeda.....	60	terconazole	62	tramadol	44
SYLVANT	38	teriflunomide	57	tramadol-acetaminophen.....	44
SYMDEKO	85	TERIPARATIDE	81	trandolapril.....	17
SYMLINPEN 120	77	testosterone.....	74	trandolapril-verapamil	17
SYMLINPEN 60	77	testosterone cypionate	74	tranexamic acid	62
SYMPAZAN.....	47	testosterone enanthate.....	74	tranylcypromine.....	53
SYMPROIC	21	tetrabenazine	57	travasol 10 %.....	90
SYMTUZA.....	7	tetracycline	11	travoprost	63
SYNAGIS.....	7	TEVIMBRA	38	TRAZIMERA.....	38
SYNJARDY	77	THALOMID.....	38	trazodone	53
SYNJARDY XR	77, 78	theophylline	85, 86	TRECTOR	4
T		thioridazine.....	53	TRELEGY ELLIPTA.....	86
TABLOID	38	thiotepa	38	TRELSTAR.....	38
TABRECTA.....	38	thiothixene	53	TREMFYA	68
tacrolimus.....	38, 71	tiadylt er	17	TREMFYA PEN	68
tadalafil	88	tiagabine	47	treprostinil sodium.....	17
tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg.....	85	TIBSOVO.....	38	tretinoin (antineoplastic)	38
TAFINLAR	38	TICE BCG.....	25	tretinoin topical	72
TAGRISO	38	TICOVAC	25	triamcinolone acetonide 58, 69, 70, 72	
TALVEY.....	38	tigecycline.....	4	triamterene-hydrochlorothiazid	17
TALZENNA.....	38	tilia fe.....	60	tridacaine ii	71
tamoxifen	38	timolol maleate	17, 63	triderm	70
tamsulosin.....	88	tinidazole	4	trientine.....	66
tarina fe 1-20 eq (28)	60	tiotropium bromide.....	86	tri-estarylla	60
TASIGNA	38	TIVDAK.....	38	trifluoperazine	53
tazarotene	71, 72	TIVICAY.....	7	trifluridine.....	62
tazicef	9	TIVICAY PD	7	trihexyphenidyl	40
TAZVERIK.....	38	tizanidine	55	TRIARDY XR	78
TECENTRIQ.....	38	TOBI PODHALER	4	TRIKAFTA	86
TECENTRIQ HYBREZA....	38	TOBRADEX	63	tri-legest fe.....	60
TECVAYLI.....	38	tobramycin.....	4, 62	tri-lynyah	60
TEFLARO	9	tobramycin in 0.225 % nacl ...	4	tri-lo-estarylla.....	60
telmisartan.....	17	tobramycin sulfate	4	tri-lo-marzia	60
telmisartan-amlodipine	17	tobramycin-dexamethasone..	63	tri-lo-sprintec.....	60
telmisartan-hydrochlorothiazid	17	tolterodine	88	trimethoprim	2
TEMODAR	38	tolvaptan	74	trimipramine	53
temsirolimus	38	topiramate	47	TRINTELLIX.....	53
TENIVAC (PF)	25	topotecan	38	tri-sprintec (28)	60
tenofovir disoproxil fumarate.7		toremifene	38	TRIUMEQ.....	7
TEPMETKO.....	38	torpenz	38	TRIUMEQ PD.....	7
terazosin	17	torse mide	17	trivora (28)	60
terbinafine hcl	2	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	78	TRODELVY.....	38
terbutaline	85	TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	78	TROGARZO	7
		TRADJENTA.....	78	TROPHAMINE 10 %.....	90

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

<i>trospium</i>	88	VARIVAX (PF)	26	VYNDAMAX	13
TRULANCE.....	21	VARIZIG.....	26	VYVGART.....	55
TRULICITY	78	VARUBI.....	22	VYVGART HYTRULO	55
TRUMENBA	25	VAXCHORA VACCINE.....	26	VYXEOS	39
TRUQAP	38	VECTIBIX	39	W	
TUKYSA.....	39	<i>veletri</i>	17	<i>warfarin</i>	19
TURALIO	39	<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	60	<i>water for irrigation, sterile</i> ...	66
<i>turqoz (28)</i>	60	VELPHORO.....	66	WELIREG	39
TWINRIX (PF)	25	VELTASSA.....	66	<i>wera (28)</i>	60
TYENNE	80	VEMLIDY.....	7	<i>wescap-pn dha</i>	90
TYENNE AUTOINJECTOR	80	VENCLEXTA	39	<i>wixela inhub</i>	86
TYPHIM VI	25	VENCLEXTA STARTING PACK	39	X	
TYVASO.....	86	<i>venlafaxine</i>	54	XALKORI	39
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT.....	86	<i>verapamil</i>	17	XARELTO	19
TYVASO REFILL KIT	86	VERQUVO	13	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START.....	19
TYVASO STARTER KIT ...	86	VERSACLOZ	54	XCOPRI	47
U		VERZENIO	39	XCOPRI MAINTENANCE PACK	47
UBRELVY	56	<i>vestura (28)</i>	60	XCOPRI TITRATION PACK	47
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE.....	87	VIBATIV.....	5	XDEMVY.....	64
<i>unithroid</i>	73	VIBERZI	22	XELJANZ.....	80
UNITUXIN	39	<i>vienna</i>	60	XELJANZ XR.....	80
UPTRAVI.....	17	<i>vigabatrin</i>	47	XERMELO.....	39
<i>ursodiol</i>	21, 22	<i>vigadrone</i>	47	XGEVA	26
UZEDY	54	<i>vigpoder</i>	47	XIAFLEX	66
V		<i>vilazodone</i>	54	XIFAXAN	5
<i>valacyclovir</i>	7	VIMIZIM.....	74	XIGDUO XR.....	78
VALCHLOR	71	<i>vinblastine</i>	39	XIIDRA	64
<i>valganciclovir</i>	7	<i>vincristine</i>	39	XOFLUZA	7
<i>valproate sodium</i>	47	<i>vinorelbine</i>	39	XOLAIR	86
<i>valproic acid</i>	47	<i>violele (28)</i>	60	XOSPATA.....	39
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	47	VIRACEPT	7	XPOVIO	39
<i>valrubicin</i>	39	VIREAD	7	XTANDI.....	40
<i>valsartan</i>	17	VITRAKVI.....	39	<i>xulane</i>	62
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	17	VIVITROL	44	Y	
VALTOCO.....	47	VIVOTIF	26	YERVOY	40
<i>vancomycin</i>	4, 5	VIZIMPRO.....	39	YESINTEK.....	68
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL	4	VONJO	39	YF-VAX (PF).....	26
VANFLYTA	39	VORANIGO.....	39	YONDELIS	40
VAQTA (PF).....	26	<i>voriconazole</i>	2	YUFLYMA(CF).....	80, 81
<i>varenicline tartrate</i>	64	VOSEVI	7	YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS	80
		VOWST.....	22	YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR	80
		VRAYLAR.....	54		
		VUMERITY	57		
		VYLOY	39		

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.

<i>yuvaferm</i>	61	ZEPOSIA STARTER PACK		<i>zolpidem</i>	54
Z		(7-DAY)	57	ZONISADE	47
<i>zafemy</i>	62	ZEPZELCA	40	<i>zonisamide</i>	47
<i>zafirlukast</i>	86	<i>zidovudine</i>	7	<i>zovia 1-35 (28)</i>	60
<i>zaleplon</i>	54	ZIIHERA	40	ZTALMY	48
ZALTRAP	40	<i>ziprasidone hcl</i>	54	ZUBSOLV	44
ZEJULA	40	<i>ziprasidone mesylate</i>	54	<i>zumandimine (28)</i>	60
ZELBORAF	40	ZIRABEV	40	ZURZUVAE.....	54
<i>zenatane</i>	72	ZIRGAN.....	63	ZYDELIG.....	40
ZENPEP	22	ZOLADEX	40	ZYKADIA	40
ZEPOSIA	57	<i>zoledronic acid</i>	74	ZYMFENTRA.....	22
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY).....	57	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	66	ZYNLONTA	40
		ZOLINZA.....	40	ZYNYZ.....	40

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 04/22/2025.