



Formulario 2027

(Lista de medicamentos cubiertos o "Lista de medicamentos")

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

Archivo de formulario aprobado por el
HPMS, número de ID de entrega: 27184
Versión número: 6

Este formulario se actualizó con fecha 01/01/2027. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al **1-833-535-3767** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, o visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl. El formulario puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

H6378_001_129772_C_SPN

Formulario 2027 de AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) (Lista de medicamentos cubiertos o "Lista de medicamentos")

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

Archivo de Formulario aprobado por el HPMS
ID de entrega: 27184, versión número: 6

Este formulario se actualizó con fecha 01/01/2027. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contacte a AmeriHealth Caritas VIP Care **1-833-535-3767** (los usuarios TTY deben llamar al **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, o visite **www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl**.



Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth VIP Care al **1-833-535-3767 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl**.

Formulario actualizado por última vez el 01/01/2027

Nota para los miembros actuales: Este formulario cambió desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que usted toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (formulario) dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a AmeriHealth Caritas VIP Care. Cuando se refiere a “plan” o “nuestro plan”, significa AmeriHealth Caritas VIP Care.

Este documento incluye una Lista de medicamentos (formulario) de nuestro plan y está actualizado con fecha 01/01/2027. Para obtener una Lista de medicamentos actualizada (formulario), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos la Lista de medicamentos (formulario) por última vez, aparece en la portada y la contraportada.

Por lo general, deberá usar las farmacias de la red para acceder a sus beneficios de medicamentos bajo receta. Es posible que los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/coseguros cambien el 1.º de enero de 2027, y en algunas ocasiones durante el año.

¿Qué es el formulario de AmeriHealth Caritas VIP Care?

En este documento, usamos los términos Lista de medicamentos y formulario con el mismo significado. Un formulario es una lista de los medicamentos cubiertos seleccionados por AmeriHealth Caritas VIP Care mediante consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, AmeriHealth Caritas VIP Care cubrirá los medicamentos mencionados en nuestro formulario siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta médica se surta en una farmacia de la red de AmeriHealth Caritas VIP Care y se respeten otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas médicas, consulte su Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1.º de enero, pero AmeriHealth Caritas VIP Care puede agregar o eliminar medicamentos del formulario durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos cumplir con las normas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones al formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí:

www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl.

Cambios que le pueden afectar a usted este año: en los casos siguientes, se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año:

- **Sustitución inmediata de determinadas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Es posible que eliminemos de inmediato un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazamos por una nueva versión que



Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth VIP Care al **1-833-535-3767 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. **Para obtener más información,** visite **www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl**.

Formulario actualizado por última vez el 01/01/2027

aparece en un nivel de costo compartido igual o inferior y con iguales o menos restricciones. Cuando incorporamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero pasarlo inmediatamente a un nivel diferente de costo compartido o añadir nuevas restricciones.

Podemos realizar estos cambios inmediatos solo si añadimos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si añadimos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en el formulario (por ejemplo, añadir un biosimilar intercambiable que una farmacia puede sustituir por un producto biológico original sin necesidad de una nueva receta).

Si actualmente usted toma el medicamento de marca o producto biológico original, es posible que no le avisemos de antemano que realizaremos ese cambio inmediato, pero luego le brindaremos la información con los cambios específicos que realizamos.

Si realizamos dicho cambio, usted o el profesional que receta el medicamento pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección siguiente titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de AmeriHealth Caritas VIP Care?".

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

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si un fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que el medicamento debe retirarse por motivos de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y posteriormente notificarlo al miembro que lo toma.
- **Otros cambios.** Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos retirar un medicamento de marca del formulario al añadir un equivalente genérico, o retirar un producto biológico original al añadir un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, o moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas cosas. Es posible que realicemos cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro formulario, añadimos autorización previa, límites en la cantidad y/o restricciones de terapia escalonada en un medicamento, o movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar el cambio a los miembros afectados al menos 30 días antes de que el cambio sea efectivo. Asimismo, cuando un miembro solicita una renovación del medicamento, puede recibir un suministro de 30 días del medicamento y una notificación del cambio.



Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth VIP Care al **1-833-535-3767 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. **Para obtener más información,** visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl.

Formulario actualizado por última vez el 01/01/2027

Si realizamos estos otros cambios, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción para usted y continuemos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le brindemos también incluirá la información sobre los pasos a seguir para pedir una excepción. También puede encontrar información en la sección que aparece más adelante llamada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de AmeriHealth Caritas VIP Care?".

Cambios que lo afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si usted toma un medicamento incluido en nuestro formulario 2027 que estaba cubierto a principio de año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año 2027 excepto en los casos ya mencionados. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles con el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los toman por el resto del año de cobertura. Usted no recibirá una notificación directa este año sobre cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1.º de enero del próximo año, esos cambios podrían afectarlo y es importante revisar el formulario del nuevo año de beneficios por cualquier cambio que pueda ocurrir en los medicamentos.

El formulario adjunto está actualizado con fecha 01/01/2027. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por AmeriHealth Caritas VIP Care, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. Si nuestra *lista de medicamentos* cambia, recibirá una carta nuestra informándole del cambio. También cambiaremos la *lista de medicamentos* en nuestro sitio web con la *lista de medicamentos actualizada* que muestra el cambio.

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

Afección

El formulario comienza en la página 10. Los medicamentos en este formulario se agrupan en categorías según el tipo de afecciones que tratan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se incluyen en la categoría "Agentes cardiovasculares". Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 10. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado por orden alfabético

Si no está seguro de la categoría en que debe buscar, busque su medicamento en el Índice que comienza en la página 123. El Índice menciona todos los medicamentos incluidos en este documento por orden alfabético. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se enumeran en el Índice. Consulte el Índice y busque su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth VIP Care al **1-833-535-3767 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl.

Formulario actualizado por última vez el 01/01/2027

¿Qué son los medicamentos genéricos?

AmeriHealth Caritas VIP Care cubre tanto medicamentos de marca como genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA e indica que tiene el mismo principio activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien que los de marca y suelen ser más baratos. Existen sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos suelen poder sustituir a los de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, dependiendo de las leyes estatales.

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

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, podría referirse a un medicamento o a un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de contar con un genérico, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las legislaciones estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por los de marca.

Para más información sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de cobertura, capítulo 5, "La Lista de medicamentos indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos".

¿Existen restricciones en mi cobertura?

Es posible que algunos medicamentos cubiertos tengan requisitos adicionales o límites en la cobertura. Estos son algunos de los requisitos o límites:

- **Autorización previa:** AmeriHealth Caritas VIP Care requiere que usted o el profesional que receta el medicamento obtengan la autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted necesitará conseguir la aprobación de AmeriHealth Caritas VIP Care en base a criterios específicos antes de surtir sus recetas médicas. Es posible que AmeriHealth Caritas VIP Care no cubra los medicamentos si usted no obtiene esta aprobación.
- **Límites en la cantidad:** Para ciertos medicamentos, AmeriHealth Caritas VIP Care limita la cantidad del medicamento que cubrirá AmeriHealth Caritas VIP Care. Por ejemplo, AmeriHealth Caritas VIP Care permite 30 tabletas cada 30 días de suministro de una receta de montelukast. Esto puede agregarse a un suministro estándar de un mes o de tres meses.



Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth VIP Care al **1-833-535-3767 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. **Para obtener más información,** visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl.

Formulario actualizado por última vez el 01/01/2027

- **Terapia escalonada:** En algunos casos, AmeriHealth Caritas VIP Care requiere que usted pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su afección para que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el B tratan su afección, es posible que AmeriHealth Caritas VIP Care no cubra el medicamento B a menos que pruebe primero el A. Si el medicamento A no funciona para usted, AmeriHealth Caritas VIP Care entonces cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene algún otro límite o requisito, puede consultar el formulario que comienza en la página 10. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a determinados medicamentos cubiertos a través de nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y la contraportada.

Puede pedir a AmeriHealth Caritas VIP Care que haga una excepción a estas restricciones o límites o solicitar una lista de otros medicamentos similares que podrían tratar su afección. Consulte la sección, “¿Cómo solicito una excepción al formulario de AmeriHealth Caritas VIP Care?” en la página 7 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué son los Medicamentos de venta libre (OTC)?

Los medicamentos de venta libre (OTC) son medicamentos sin receta que normalmente no están cubiertos por un Plan de medicamentos bajo receta de Medicare. Estos medicamentos de venta libre (OTC) se encuentran en la lista de medicamentos en el Nivel 50. AmeriHealth Caritas VIP Care le proporcionará estos medicamentos de venta libre sin costo para usted. El costo que tienen estos medicamentos de venta libre para AmeriHealth Caritas VIP Care no contará para su costo total de medicamentos de la Parte D.

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

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios al Miembro y preguntar si su medicamento está cubierto. Para obtener más información, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y la contraportada.

Si se entera que AmeriHealth Caritas VIP Care no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedir a Servicios al Miembro una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por AmeriHealth Caritas VIP Care. Cuando reciba la lista, muéstrese la a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que sí esté cubierto por AmeriHealth Caritas VIP Care.



Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth VIP Care al **1-833-535-3767 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl.

Formulario actualizado por última vez el 01/01/2027

- Puede solicitar a AmeriHealth Caritas VIP Care que haga una excepción para cubrir su medicamento. Vea a continuación la información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de AmeriHealth Caritas VIP Care?

Puede pedir a AmeriHealth Caritas VIP Care que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, aunque no esté en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá solicitarnos que brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede solicitarnos que le eximamos de una restricción de cobertura, por ejemplo, la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, AmeriHealth Caritas VIP Care limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite en la cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido menor a menos que el medicamento se encuentre en el nivel de medicamentos de especialidad. Si se aprueba, esto reducirá el monto que debe pagar por su medicamento.

Por lo general, AmeriHealth Caritas VIP Care solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, los medicamentos con menor costo compartido o la aplicación de la restricción no serían tan eficaces para usted y/o le causarían efectos adversos.

Usted o el profesional que le receta el medicamento deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción al formulario o una nueva asignación de nivel, incluida una excepción a una restricción de cobertura. ***Cuando solicita una excepción, el profesional que receta el medicamento deberá explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.*** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas de haber recibido la declaración de respaldo del profesional que receta el medicamento. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si cree, y nosotros estamos de acuerdo, que su salud podría verse gravemente afectada por esperar hasta 72 horas para obtener una decisión. Si estamos de acuerdo, o si el profesional que le receta el medicamento solicita una decisión rápida, debemos darle una respuesta a más tardar 24 horas después de recibir la declaración de respaldo del profesional que le receta el medicamento.



Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth VIP Care al **1-833-535-3767 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl.

Formulario actualizado por última vez el 01/01/2027

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

Como miembro nuevo o continuo de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no estén incluidos en nuestro formulario. O quizás esté tomando un medicamento que esté incluido en nuestro formulario, pero que tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con el profesional que le receta el medicamento sobre la posibilidad de solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubrimos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan el curso de acción correcto para usted, podemos cubrir su medicamento en determinados casos durante los primeros 90 días en que usted es miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no estén en nuestro formulario o que tengan una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta médica indica menos días, permitiremos recargas para brindar un suministro máximo de 30 días de medicación. Si no se aprueba la cobertura, después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si usted ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si usted reside en un centro médico de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o su capacidad para obtenerlo es limitada, pero tiene más de 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras solicita la excepción al formulario.

Un cambio del Nivel de atención sucede cuando usted cambia de un hospital a un centro médico de atención a largo plazo o de un hospital a su hogar. Si hace un cambio de Nivel de atención, es posible que pueda recibir un suministro temporal de un medicamento que no esté en el formulario (un medicamento que no esté en la Lista de medicamentos) o un medicamento que tenga normas especiales de cobertura.

Si un miembro tiene más de un cambio de nivel de atención en un mes, la farmacia deberá llamar a nuestro plan para solicitar una extensión de la política de transición.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de farmacia de AmeriHealth Caritas VIP Care, consulte su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre AmeriHealth Caritas VIP Care, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y la contraportada.



Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth VIP Care al **1-833-535-3767 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl.

Formulario actualizado por última vez el 01/01/2027

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar <https://www.medicare.gov>.

Formulario de AmeriHealth Caritas VIP Care

El formulario que comienza en la siguiente página brinda información sobre la cobertura de los medicamentos que cubre AmeriHealth Caritas VIP Care. Si tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 123.

La primera columna del cuadro indica el nombre de los medicamentos. Los medicamentos de marca están escritos en mayúscula (p. ej., SYNTHROID) y los medicamentos genéricos están escritos en letra cursiva minúscula (p. ej., *levothyroxine*).

La información en la columna de Requisitos/Límites le indica si AmeriHealth Caritas VIP Care tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Lista de abreviaturas

B/D: este medicamento con receta tiene un requisito administrativo de autorización previa de la Parte B frente a la Parte D. Este medicamento puede estar cubierto según la Parte B o D de Medicare según las circunstancias. Es posible que deba presentarse información que describa el uso y el ámbito del medicamento para tomar una decisión.

QL: límite de cantidad. Para ciertos medicamentos, AmeriHealth Caritas VIP Care limita la cantidad del medicamento que cubrirá el plan. Por ejemplo, nuestro plan brinda nueve comprimidos por receta médica para 30 días de una receta de sumatriptan succinate.

ST: terapia escalonada. En algunos casos, AmeriHealth Caritas VIP Care requiere que usted pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su afección para que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el B tratan su afección, es posible que AmeriHealth Caritas VIP Care no cubra el medicamento B a menos que pruebe primero el A. Si el medicamento A no funciona para usted, AmeriHealth Caritas VIP Care entonces cubrirá el medicamento B.

ST NSO: Terapia escalonada solo para el inicio del tratamiento. En algunos casos, AmeriHealth Caritas VIP Care requiere que usted pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su afección antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el B tratan su afección, es posible que AmeriHealth Caritas VIP Care no cubra el medicamento B a menos que pruebe primero el A. Si el medicamento A no funciona para usted, AmeriHealth Caritas VIP Care entonces cubrirá el medicamento B.

PA: autorización previa. AmeriHealth Caritas VIP Care requiere que usted o su médico obtengan la autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted necesitará conseguir la aprobación de AmeriHealth Caritas VIP Care para poder surtir



Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth VIP Care al **1-833-535-3767 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl.

Formulario actualizado por última vez el 01/01/2027

sus recetas médicas. Es posible que AmeriHealth Caritas VIP Care no cubra los medicamentos si usted no obtiene esta aprobación.

PA NSO: Autorización previa solo para el inicio del tratamiento. AmeriHealth Caritas VIP Care requiere que usted o su médico obtengan la autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted necesitará conseguir la aprobación de AmeriHealth Caritas VIP Care para poder surtir sus recetas médicas. Es posible que AmeriHealth Caritas VIP Care no cubra los medicamentos si usted no obtiene esta aprobación.

NDS: Este medicamento está limitado a un suministro de 30 días.



Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth VIP Care al **1-833-535-3767 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl.

Formulario actualizado por última vez el 01/01/2027

AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-DSNP)

2027 Formulary

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Analgesics		
<i>acetaminophen-codeine oral solution</i>	3	NDS
<i>acetaminophen-codeine oral tablet</i>	2	NDS
<i>buprenorphine transdermal patch weekly</i>	4	QL (4 EA per 28 days); NDS
<i>celecoxib oral capsule</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour</i>	3	
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>	4	PA; QL (300 ML per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release</i>	2	
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	2	
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	4	
<i>endocet oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	NDS
<i>endocet oral tablet 5-325 mg</i>	2	NDS
<i>etodolac oral capsule</i>	3	
<i>etodolac oral tablet</i>	3	
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	4	NDS
<i>flurbiprofen oral tablet</i>	2	
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 2.5-108 mg/5ml, 5-217 mg/10ml, 7.5-325 mg/15ml</i>	3	NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl oral tablet 8 mg</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 4 mg/ml, 50 mg/5ml, 500 mg/50ml</i>	4	NDS
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml, 200 mg/10ml</i>	2	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>indomethacin er oral capsule extended release</i>	3	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>indomethacin oral capsule</i>	2	
JOURNAVX ORAL TABLET	4	QL (30 EA per 90 days)
<i>ketorolac tromethamine +rfid injection solution</i>	4	
<i>ketorolac tromethamine injection solution 15 mg/ml</i>	4	
<i>ketorolac tromethamine intramuscular solution 60 mg/2ml</i>	4	
<i>ketorolac tromethamine oral tablet</i>	4	QL (20 EA per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine solution 30 mg/ml injection</i>	4	
KETOROLAC TROMETHAMINE SOLUTION 30 MG/ML INJECTION	4	
<i>meloxicam oral tablet</i>	1	
<i>methadone hcl intensol oral concentrate</i>	3	NDS
<i>methadone hcl oral concentrate</i>	3	NDS
<i>methadone hcl oral solution</i>	3	NDS
<i>methadone hcl oral tablet</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate (pf) intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate oral solution</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate oral tablet</i>	3	NDS
<i>nabumetone oral tablet</i>	2	
<i>naproxen dr oral tablet delayed release</i>	4	
<i>naproxen oral tablet</i>	1	
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	2	
<i>naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	4	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	3	
<i>oxaprozin oral tablet</i>	3	
<i>oxycodone hcl oral solution</i>	3	NDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	NDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	3	NDS

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	NDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	2	NDS
<i>piroxicam oral capsule</i>	3	
<i>sulindac oral tablet</i>	2	
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	1	NDS
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet</i>	2	NDS
XTAMPZA ER ORAL CAPSULE ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT	3	NDS
Anesthetics		
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	3	PA; QL (150 GM per 30 days)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine-prilocaine external cream</i>	2	PA; QL (30 GM per 30 days)
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release</i>	4	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual</i>	2	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film</i>	3	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual</i>	2	
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>disulfiram oral tablet</i>	3	
KLOXXADO NASAL LIQUID	4	
<i>naloxone hcl injection solution</i>	2	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge</i>	2	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	3	
<i>naltrexone hcl oral tablet</i>	2	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION	4	QL (360 ML per 365 days)
OPVEE NASAL SOLUTION	3	
REXTOVY NASAL LIQUID	4	
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack</i>	4	QL (504 EA per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet</i>	4	QL (504 EA per 365 days)
<i>varenicline tartrate(continue) oral tablet</i>	4	QL (504 EA per 365 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	5	
Antibacterials		
ALCOHOL PREP PAD 70 %	3	
ALCOHOL PREP PADS PAD , 70 %	3	
<i>amikacin sulfate injection solution</i>	4	
<i>amoxicillin oral capsule</i>	1	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet chewable</i>	2	
<i>amoxicillin trihydrate oral suspension reconstituted</i>	1	
<i>amoxicillin-potassium clavulanate er oral tablet extended release 12 hour</i>	4	
<i>amoxicillin-potassium clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin-potassium clavulanate oral suspension reconstituted 250-62.5 mg/5ml</i>	4	
<i>amoxicillin-potassium clavulanate oral tablet 250-125 mg</i>	4	
<i>amoxicillin-potassium clavulanate oral tablet 500-125 mg, 875-125 mg</i>	2	
<i>ampicillin oral capsule</i>	2	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted</i>	3	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm</i>	3	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted</i>	3	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted</i>	3	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION	5	PA; QL (235.2 ML per 28 days)
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	4	
AUM ALCOHOL PREP PADS PAD	3	
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted</i>	3	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted</i>	2	
<i>azithromycin oral tablet</i>	1	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>aztreonam injection solution reconstituted</i>	4	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	4	
<i>cefaclor oral capsule</i>	2	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted</i>	4	
<i>cefadroxil oral capsule</i>	2	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted</i>	2	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted</i> <i>1 gm, 10 gm, 2 gm, 3 gm, 500 mg</i>	4	
<i>cefazolin sodium intravenous solution</i> <i>reconstituted</i>	4	
<i>cefdinir oral capsule</i>	2	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted</i>	2	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted</i>	4	
<i>cefepime hcl intravenous solution</i>	4	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted</i>	4	
<i>cefepime-dextrose intravenous solution</i> <i>reconstituted</i>	4	
<i>cefixime oral capsule</i>	4	
CEFOTAXIME SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	2	
<i>cefotetan disodium injection solution</i> <i>reconstituted</i>	4	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution</i> <i>reconstituted</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension</i> <i>reconstituted</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet</i>	4	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefprozil oral tablet</i>	2	
<i>ceftaroline fosamil intravenous solution</i> <i>reconstituted</i>	5	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted</i>	3	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted</i>	3	
<i>ceftriaxone sodium injection solution</i> <i>reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution</i> <i>reconstituted 10 gm</i>	3	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	2	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted</i>	3	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted</i>	3	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted</i>	2	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet</i>	1	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution</i>	3	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour</i>	4	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted</i>	4	
<i>clarithromycin oral tablet</i>	2	
<i>clindacin etz external swab</i>	3	QL (69 EA per 30 days)
<i>clindacin-p external swab</i>	3	QL (69 EA per 30 days)
<i>clindamycin hcl oral capsule</i>	2	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted</i>	4	
<i>clindamycin phosphate external swab</i>	3	QL (69 EA per 30 days)
<i>clindamycin phosphate injection solution</i>	3	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream</i>	4	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted</i>	4	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted</i>	4	
DAPTOMYCIN-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION	4	
<i>demeclocycline hcl oral tablet</i>	4	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule</i>	3	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted</i>	4	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted</i>	4	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 75 mg</i>	3	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PAD	3	
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted</i>	4	
<i>erythromycin base oral tablet delayed release</i>	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</i>	4	
<i>erythromycin oral tablet delayed release</i>	4	
<i>fidaxomicin oral tablet</i>	5	QL (20 EA per 10 days)
<i>fosfomycin tromethamine oral packet</i>	4	
<i>gentamicin sulfate external cream</i>	3	
<i>gentamicin sulfate external ointment</i>	3	
<i>gentamicin sulfate injection solution</i>	3	
GOODSENSE ALCOHOL SWABS PAD	3	
HUMATIN ORAL CAPSULE	5	
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted</i>	3	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE	5	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution</i>	4	
<i>levofloxacin intravenous solution</i>	4	
<i>levofloxacin oral solution</i>	4	
<i>levofloxacin oral tablet</i>	2	
<i>linezolid intravenous solution</i>	4	
<i>linezolid oral suspension reconstituted</i>	5	QL (1800 ML per 28 days)
<i>linezolid oral tablet</i>	4	QL (56 EA per 28 days)
<i>meropenem intravenous solution reconstituted</i>	3	
<i>methenamine hippurate oral tablet</i>	4	
<i>metronidazole intravenous solution</i>	2	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>metronidazole vaginal gel</i>	3	
<i>minocycline hcl oral capsule</i>	3	
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution</i>	4	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet</i>	3	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted</i>	4	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted</i>	4	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>neomycin sulfate oral tablet</i>	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	3	
<i>nitrofurantoin monohydrate macrocrystals oral capsule</i>	2	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted</i>	5	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted</i>	2	
<i>penicillin v potassium oral tablet</i>	2	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3-0.375 gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4-0.5 gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	4	
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	QL (6 EA per 30 days)
SIVEXTRO ORAL TABLET	5	QL (6 EA per 30 days)
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted</i>	5	QL (60 EA per 30 days)
<i>sulfadiazine oral tablet</i>	5	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension</i>	3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet</i>	1	
<i>tazicef injection solution reconstituted</i>	3	
<i>tazicef intravenous solution reconstituted</i>	3	
<i>tetracycline hcl oral capsule</i>	3	
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted</i>	4	
<i>tinidazole oral tablet</i>	4	
<i>tobramycin sulfate injection solution</i>	4	
<i>tobramycin sulfate injection solution reconstituted</i>	4	
<i>trimethoprim oral tablet</i>	2	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 1.75 gm, 10 gm, 2 gm, 500 mg, 750 mg</i>	3	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	4	QL (240 EA per 30 days)
Anticonvulsants		
<i>brivaracetam oral solution</i>	4	PA NSO; QL (600 ML per 30 days)
<i>brivaracetam oral tablet 10 mg</i>	4	PA NSO

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>brivaracetam oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	PA NSO; QL (60 EA per 30 days)
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour</i>	4	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour</i>	3	
<i>carbamazepine oral suspension</i>	3	
<i>carbamazepine oral tablet</i>	3	
<i>carbamazepine oral tablet chewable</i>	2	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	4	QL (480 ML per 30 days)
<i>clobazam oral tablet</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	1	QL (300 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	4	QL (90 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	4	QL (300 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE	5	PA NSO
DIACOMIT ORAL PACKET	5	PA NSO
<i>diazepam rectal gel 10 mg</i>	4	QL (5 EA per 30 days)
<i>diazepam rectal gel 2.5 mg, 20 mg</i>	4	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	4	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour</i>	2	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle</i>	2	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release</i>	2	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION	5	PA NSO
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 200 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 400 mg</i>	4	
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule</i>	3	
<i>ethosuximide oral solution</i>	3	
<i>felbamate oral suspension</i>	4	
<i>felbamate oral tablet</i>	4	
FINTEPLA ORAL SOLUTION	5	PA NSO; QL (360 ML per 30 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	1	QL (360 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	1	QL (270 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral solution</i>	4	QL (2160 ML per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	2	QL (150 EA per 30 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 50 mg/5ml</i>	4	
<i>lacosamide oral tablet</i>	4	
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour</i>	4	
<i>lamotrigine oral tablet</i>	1	
<i>lamotrigine oral tablet chewable</i>	2	
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit</i>	4	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour</i>	3	
<i>levetiracetam oral solution</i>	2	
<i>levetiracetam oral tablet</i>	2	
LEVETIRACETAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG	4	
LEVETIRACETAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 500 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>methsuximide oral capsule</i>	4	
NAYZILAM NASAL SOLUTION	4	QL (10 EA per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension</i>	4	
<i>oxcarbazepine oral tablet</i>	2	
<i>perampanel oral suspension</i>	5	
<i>perampanel oral tablet</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>phenobarbital oral elixir</i>	4	
<i>phenobarbital oral tablet</i>	4	
<i>phenytek oral capsule</i>	2	
<i>phenytoin infatabs oral tablet chewable</i>	2	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	2	
<i>phenytoin oral tablet chewable</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule</i>	2	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 300 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral solution</i>	4	QL (900 ML per 30 days)
<i>primidone oral tablet</i>	2	
<i>roweepra oral tablet</i>	2	
<i>rufinamide oral suspension</i>	5	
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	4	
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	5	
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG	4	
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 500 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
SUBVENITE ORAL SUSPENSION	4	
<i>subvenite oral tablet</i>	1	
<i>subvenite starter kit-blue oral kit</i>	4	
<i>subvenite starter kit-green oral kit</i>	4	
<i>subvenite starter kit-orange oral kit</i>	4	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5	
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet</i>	4	
<i>topiramate oral capsule sprinkle</i>	3	
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i>	4	
<i>topiramate oral tablet</i>	1	
<i>valproic acid oral capsule</i>	2	
<i>valproic acid oral solution</i>	2	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID	5	QL (10 EA per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK	5	QL (10 EA per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK	5	QL (10 EA per 30 days)
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID	5	QL (10 EA per 30 days)
<i>vigabatrin oral packet</i>	5	PA NSO
<i>vigabatrin oral tablet</i>	5	PA NSO; QL (180 EA per 30 days)
VIGADRONE ORAL PACKET	5	PA NSO

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
VIGADRONE ORAL TABLET	5	PA NSO; QL (180 EA per 30 days)
VIGAFYDE ORAL SOLUTION	5	PA NSO
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; QL (60 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG, 14 X 150 MG & 14 X200 MG	5	PA NSO; QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	4	PA NSO; QL (56 EA per 365 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 50 MG & 14 X100 MG	5	PA NSO; QL (56 EA per 365 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	5	PA NSO
ZONISADE ORAL SUSPENSION	4	ST NSO
<i>zonisamide oral capsule</i>	2	
ZTALMY ORAL SUSPENSION	5	PA NSO
Antidementia Agents		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>donepezil hcl oral tablet 23 mg</i>	4	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible</i>	2	
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide oral solution</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide oral tablet</i>	4	
LEQEMBI IQLIK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA; QL (7.2 ML per 28 days)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet</i>	2	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule</i>	4	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour</i>	4	
Antidepressants		
<i>amitriptyline hcl oral tablet</i>	3	
<i>amoxapine oral tablet</i>	4	
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	4	QL (60 EA per 30 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
AUVELITY TITRATION PACK ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK	4	QL (102 EA per 365 days)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 150 mg, 200 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 75 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral solution</i>	4	QL (600 ML per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>clomipramine hcl oral capsule</i>	4	
<i>desipramine hcl oral tablet</i>	4	
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>doxepin hcl oral capsule</i>	3	
<i>doxepin hcl oral concentrate</i>	4	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 60 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30 MG, 40 MG	4	QL (90 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 120 mg, 80 mg, 90 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 60 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 30 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR	5	ST NSO; QL (30 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	3	
<i>escitalopram oxalate oral tablet</i>	1	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	5	ST NSO; QL (30 EA per 30 days)
EXXUA TITRATION PACK ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	5	ST NSO; QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	4	ST NSO; QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK	4	ST NSO; QL (56 EA per 365 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule</i>	1	
<i>fluoxetine hcl oral solution</i>	4	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet</i>	2	
<i>imipramine hcl oral tablet</i>	4	
MARPLAN ORAL TABLET	4	
<i>mirtazapine oral tablet</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible</i>	3	
<i>nefazodone hcl oral tablet</i>	4	
<i>nortriptyline hcl oral capsule</i>	2	
<i>nortriptyline hcl oral solution</i>	4	
<i>paroxetine hcl oral suspension</i>	4	
<i>paroxetine hcl oral tablet</i>	2	
<i>phenelzine sulfate oral tablet</i>	3	
<i>protriptyline hcl oral tablet</i>	4	
RALDESY ORAL SOLUTION	4	
<i>sertraline hcl oral concentrate</i>	3	
<i>sertraline hcl oral tablet</i>	1	
SPRAVATO (56 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK	5	PA NSO
SPRAVATO (84 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK	5	PA NSO
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet</i>	4	
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trimipramine maleate oral capsule</i>	4	
TRINTELLIX ORAL TABLET	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour</i>	2	
<i>venlafaxine hcl oral tablet</i>	2	
<i>vilazodone hcl oral tablet</i>	4	QL (30 EA per 30 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	5	PA NSO; QL (28 EA per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	5	PA NSO; QL (14 EA per 14 days)
Antiemetics		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	5	B/D PA; QL (2 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	4	B/D PA; QL (1 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	4	B/D PA; QL (8 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule therapy pack</i>	4	B/D PA; QL (6 EA per 30 days)
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY	4	
<i>dronabinol oral capsule</i>	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	4	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	4	B/D PA; QL (450 ML per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	B/D PA
<i>ondansetron odt oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	2	B/D PA
<i>prochlorperazine maleate oral tablet</i>	2	
<i>prochlorperazine rectal suppository</i>	4	
<i>promethazine hcl oral solution</i>	3	PA
<i>promethazine hcl oral tablet</i>	2	PA
<i>promethazine hcl rectal suppository</i>	4	PA
PROMETHEGAN RECTAL SUPPOSITORY 12.5 MG, 25 MG	4	PA
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour</i>	4	
Antifungals		
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted</i>	4	B/D PA
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted</i>	5	B/D PA
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted</i>	4	
<i>clotrimazole external cream</i>	2	QL (90 GM per 30 days)
<i>clotrimazole external solution</i>	2	QL (60 ML per 30 days)
<i>clotrimazole mouth/throat troche</i>	3	
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG	5	PA; QL (70 EA per 30 days)
CRESEMBA ORAL CAPSULE 74.5 MG	5	PA; QL (175 EA per 30 days)
<i>econazole nitrate external cream</i>	2	QL (85 GM per 30 days)
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution</i>	3	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>fluconazole oral suspension reconstituted</i>	3	
<i>fluconazole oral tablet</i>	2	
<i>flucytosine oral capsule</i>	5	
<i>griseofulvin microsize oral suspension</i>	4	
<i>griseofulvin microsize oral tablet</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	4	
<i>itraconazole oral capsule</i>	4	PA
JUBLIA EXTERNAL SOLUTION	5	
<i>ketoconazole external cream</i>	2	QL (90 GM per 30 days)
<i>ketoconazole external shampoo</i>	2	QL (120 ML per 30 days)
<i>ketoconazole oral tablet</i>	2	
<i>klayesta external powder</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>miconazole sodium intravenous solution reconstituted</i>	4	
<i>nyamyc external powder 100000 unit/gm</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>nystatin external cream</i>	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>nystatin external ointment</i>	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>nystatin external powder</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>nystatin mouth/throat suspension</i>	2	
<i>nystatin oral tablet</i>	3	
<i>nystop external powder</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>posaconazole oral suspension</i>	5	PA; QL (600 ML per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet delayed release</i>	5	PA; QL (93 EA per 30 days)
<i>terbinafine hcl oral tablet</i>	2	QL (84 EA per 180 days)
<i>terconazole vaginal cream</i>	3	
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted</i>	4	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted</i>	5	QL (600 ML per 30 days)
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	4	QL (480 EA per 30 days)
Antigout Agents		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
<i>colchicine oral tablet</i>	3	
<i>colchicine-probenecid oral tablet</i>	2	
<i>febuxostat oral tablet</i>	4	
<i>probenecid oral tablet</i>	2	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Antimigraine Agents		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	3	PA; QL (1 ML per 28 days)
AIMOVIG	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution</i>	4	PA; QL (8 ML per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; QL (3 ML per 28 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
<i>ergotamine-cafeine oral tablet</i>	3	QL (40 EA per 28 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet</i>	3	QL (9 EA per 30 days)
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE	5	PA; QL (18 EA per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet</i>	2	QL (18 EA per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible</i>	3	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution</i>	4	QL (12 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet</i>	2	QL (9 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i>	4	QL (5 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector</i>	4	QL (5 ML per 30 days)
<i>timolol maleate oral tablet</i>	3	
UBRELVY ORAL TABLET	5	PA; QL (16 EA per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet</i>	3	QL (12 EA per 30 days)
Antimyasthenic Agents		
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	2	
VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA
Antimycobacterials		
<i>cycloserine oral capsule</i>	5	
<i>dapsone oral tablet</i>	3	
<i>ethambutol hcl oral tablet</i>	2	
<i>isoniazid injection solution</i>	4	
<i>isoniazid oral syrup</i>	4	
<i>isoniazid oral tablet</i>	1	
PRETOMANID ORAL TABLET	4	
PRIFTIN ORAL TABLET	4	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>pyrazinamide oral tablet</i>	3	
<i>rifabutin oral capsule</i>	4	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted</i>	4	
<i>rifampin oral capsule</i>	3	
SIRTURO ORAL TABLET	5	
Antineoplastics		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	4	PA NSO
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	5	PA NSO
<i>abirtega oral tablet</i>	4	PA NSO
AKEEGA ORAL TABLET	5	PA NSO
ALECENSA ORAL CAPSULE	5	PA NSO
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA NSO; QL (120 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA NSO; QL (60 EA per 365 days)
<i>anastrozole oral tablet</i>	1	
AUGTYRO ORAL CAPSULE	5	PA NSO
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK ORAL THERAPY PACK	5	PA NSO
AYVAKIT ORAL TABLET	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET	5	PA NSO
<i>bexarotene external gel</i>	5	PA NSO; QL (60 GM per 30 days)
<i>bexarotene oral capsule</i>	5	PA NSO
<i>bicalutamide oral tablet</i>	2	
BOSULIF ORAL CAPSULE	5	PA NSO
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 500 MG	5	PA NSO
<i>bosutinib oral tablet</i>	5	PA NSO
BRAFTOVI ORAL CAPSULE	5	PA NSO
BRUKINSA ORAL CAPSULE	5	PA NSO
BRUKINSA ORAL TABLET	5	PA NSO
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; QL (60 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL TABLET	5	PA NSO
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
CAVHANZA ORAL TABLET DISPERSIBLE	5	PA NSO
<i>cisplatin intravenous solution 100 mg/100ml</i>	4	
COMETRIQ ORAL KIT	5	PA NSO
COPIKTRA ORAL CAPSULE	5	PA NSO
COTELLIC ORAL TABLET	5	PA NSO
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	3	B/D PA
DANZITEN ORAL TABLET	5	PA NSO
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 70 mg</i>	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg, 50 mg</i>	5	PA NSO; QL (90 EA per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 80 mg</i>	5	PA NSO; QL (60 EA per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET	5	PA NSO
DROXIA ORAL CAPSULE	3	
ENSACOVE ORAL CAPSULE	5	PA NSO
ERIVEDGE ORAL CAPSULE	5	PA NSO
ERLEADA ORAL TABLET	5	PA NSO
<i>erlotinib hcl oral tablet</i>	4	PA NSO
EULEXIN ORAL CAPSULE	4	
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
<i>everolimus oral tablet soluble</i>	5	PA NSO
<i>exemestane oral tablet</i>	4	
FOTIVDA ORAL CAPSULE	5	PA NSO
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; QL (84 EA per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA NSO; QL (21 EA per 28 days)
GAVRETO ORAL CAPSULE	5	PA NSO
<i>gefitinib oral tablet</i>	5	PA NSO
GILOTRIF ORAL TABLET	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE	5	PA NSO
GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE	5	PA NSO
HERNEXEOS ORAL TABLET	5	PA NSO
<i>hydroxyurea oral capsule</i>	2	
HYRNUO ORAL TABLET	5	PA NSO
IBRANCE ORAL CAPSULE	5	PA NSO
IBRANCE ORAL TABLET	5	PA NSO
IBTROZI ORAL CAPSULE	5	PA NSO

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ICLUSIG ORAL TABLET	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	3	PA NSO
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	4	PA NSO
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA NSO; QL (120 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA NSO; QL (28 EA per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION	5	PA NSO; QL (240 ML per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET	5	PA NSO; QL (28 EA per 28 days)
IMKELDI ORAL SOLUTION	5	PA NSO
INLURIYO ORAL TABLET	5	PA NSO
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA NSO; QL (180 EA per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; QL (120 EA per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET	5	PA NSO
INREBIC ORAL CAPSULE	5	PA NSO
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	5	PA NSO; QL (60 EA per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	5	PA NSO
IWILFIN ORAL TABLET	5	PA NSO
JAKAFI ORAL TABLET	5	PA NSO; QL (60 EA per 30 days)
JAKAFI XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; QL (90 EA per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA NSO; QL (21 EA per 21 days)
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA NSO; QL (42 EA per 21 days)
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA NSO; QL (63 EA per 21 days)
KOMZIFTI ORAL CAPSULE	5	PA NSO
KOSELUGO ORAL CAPSULE	5	PA NSO
KOSELUGO ORAL CAPSULE SPRINKLE	5	PA NSO
KRAZATI ORAL TABLET	5	PA NSO
<i>lapatinib ditosylate oral tablet</i>	5	PA NSO

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; QL (60 EA per 30 days)
<i>lederle leucovorin oral tablet</i>	3	
<i>lenalidomide oral capsule</i>	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG, 10 MG, 10 MG & 2 X 4 MG, 2 X 10 MG, 2 X 10 MG & 4 MG, 2 X 4 MG, 3 X 4 MG, 4 MG	5	PA NSO
<i>letrozole oral tablet</i>	2	
<i>leucovorin calcium oral tablet</i>	3	
LEUKERAN ORAL TABLET	5	
LIFYORLI (125 MG DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	5	PA NSO
LIFYORLI (150 MG DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	5	PA NSO
<i>lomustine oral capsule</i>	4	
LONSURF ORAL TABLET	5	PA NSO
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; QL (90 EA per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET	5	PA NSO
LYNPARZA ORAL TABLET	5	PA NSO; QL (120 EA per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET	5	
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA NSO
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA NSO
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA NSO
MATULANE ORAL CAPSULE	5	
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA NSO
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA NSO; QL (90 EA per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET	5	PA NSO
<i>mercaptopurine oral suspension</i>	5	
<i>mercaptopurine oral tablet</i>	3	
<i>mesna oral tablet</i>	3	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
MODEYSO ORAL CAPSULE	5	PA NSO
NERLYNX ORAL TABLET	5	PA NSO; QL (180 EA per 30 days)
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg</i>	5	PA NSO; QL (140 EA per 28 days)
<i>nilotinib hcl oral capsule 200 mg</i>	5	PA NSO; QL (112 EA per 28 days)
<i>nilotinib hcl oral capsule 50 mg</i>	5	PA NSO; QL (420 EA per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet</i>	5	
NINLARO ORAL CAPSULE	5	PA NSO
NUBEQA ORAL TABLET	5	PA NSO
ODOMZO ORAL CAPSULE	5	PA NSO
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO
OGSIVEO ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; QL (60 EA per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	5	PA NSO
OJEMDA ORAL TABLET	5	PA NSO
OJJAARA ORAL TABLET	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
ONUREG ORAL TABLET	5	PA NSO
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	5	PA NSO; QL (90 EA per 30 days)
PANRETIN EXTERNAL GEL	5	QL (120 GM per 30 days)
<i>pazopanib hcl oral tablet</i>	5	PA NSO
PEMAZYRE ORAL TABLET	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA NSO
PIQRAY ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA NSO
<i>pomalidomide oral capsule</i>	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
POMALYST ORAL CAPSULE	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
QINLOCK ORAL TABLET	5	PA NSO
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	5	PA NSO; QL (60 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; QL (90 EA per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET	5	PA NSO
REZLIDHIA ORAL CAPSULE	5	PA NSO
ROMVIMZA ORAL CAPSULE	5	PA NSO

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; QL (150 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; QL (90 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PACKET	5	PA NSO
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; QL (120 EA per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 250 MG, 300 MG	5	PA NSO
RYDAPT ORAL CAPSULE	5	PA NSO
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; QL (120 EA per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; QL (60 EA per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; QL (240 EA per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION	5	
<i>sorafenib tosylate oral tablet</i>	5	PA NSO
STIVARGA ORAL TABLET	5	PA NSO
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	5	PA NSO; QL (28 EA per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 37.5 mg</i>	5	PA NSO; QL (56 EA per 28 days)
TABLOID ORAL TABLET	5	
TABRECTA ORAL TABLET	5	PA NSO; QL (120 EA per 30 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE	5	PA NSO
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE	5	PA NSO
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
TAGRISSE ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 1 MG	5	PA NSO
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	5	PA NSO; QL (90 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
<i>tamoxifen citrate oral tablet</i>	2	
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO
TEPMETKO ORAL TABLET	5	PA NSO
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION	5	PA NSO
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; QL (112 EA per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TIBSOVO ORAL TABLET	5	PA NSO
<i>topotecan hcl intravenous solution</i>	5	
<i>topotecan hcl intravenous solution reconstituted</i>	5	
<i>toremifene citrate oral tablet</i>	4	
<i>tretinoin oral capsule</i>	5	
TRUQAP ORAL TABLET	5	PA NSO
TRUQAP ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA NSO
TUKYSA ORAL TABLET	5	PA NSO
TURALIO ORAL CAPSULE	5	PA NSO
VALCHLOR EXTERNAL GEL	5	PA NSO; QL (60 GM per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET	5	PA NSO
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	4	PA NSO
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA NSO; QL (84 EA per 365 days)
VEPPANU ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
VEPPANU ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO
VERZENIO ORAL TABLET	5	PA NSO; QL (56 EA per 28 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; QL (120 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; QL (180 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION	5	PA NSO; QL (600 ML per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO
VONJO ORAL CAPSULE	5	PA NSO
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; QL (60 EA per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE	5	PA NSO
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE	5	PA NSO
XOSPATA ORAL TABLET	5	PA NSO
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA NSO
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA NSO

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA NSO
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA NSO
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA NSO
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA NSO
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA NSO
XTANDI ORAL CAPSULE	5	PA NSO
XTANDI ORAL TABLET	5	PA NSO
YONSA ORAL TABLET	5	PA NSO
<i>yulithira oral tablet</i>	4	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET	5	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE	5	PA NSO
ZYDELIG ORAL TABLET	5	PA NSO
ZYKADIA ORAL TABLET	5	PA NSO
Antiparasitics		
<i>albendazole oral tablet</i>	4	
<i>atovaquone oral suspension</i>	4	QL (300 ML per 30 days)
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet</i>	4	
BENZNIDAZOLE ORAL TABLET	3	
<i>chloroquine phosphate oral tablet</i>	3	
COARTEM ORAL TABLET	4	
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	2	
<i>ivermectin oral tablet</i>	3	PA
<i>mefloquine hcl oral tablet</i>	2	
<i>nitazoxanide oral tablet</i>	5	QL (60 EA per 30 days)
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted</i>	3	B/D PA
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted</i>	3	
<i>praziquantel oral tablet</i>	4	
<i>primaquine phosphate oral tablet</i>	3	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>pyrimethamine oral tablet</i>	5	PA
<i>quinine sulfate oral capsule</i>	3	PA
Antiparkinson Agents		
<i>benztropine mesylate oral tablet</i>	2	
<i>bromocriptine mesylate oral capsule</i>	4	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet</i>	4	
<i>carbidopa oral tablet</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible</i>	4	
<i>entacapone oral tablet</i>	3	
INBRIJA INHALATION CAPSULE	5	PA
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet</i>	2	
<i>rasagiline mesylate oral tablet</i>	4	
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	4	
<i>ropinirole hcl oral tablet</i>	2	
<i>selegiline hcl oral capsule</i>	3	
<i>selegiline hcl oral tablet</i>	3	
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet</i>	4	
Antipsychotics		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE	5	QL (1 EA per 30 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER	5	QL (1 EA per 30 days)
<i>aripiprazole oral solution</i>	4	QL (750 ML per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE	5	
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	5	QL (3.9 ML per 60 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML	5	QL (1.6 ML per 30 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML	5	QL (2.4 ML per 30 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML	5	QL (3.2 ML per 30 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
BYSANTI ORAL TABLET 1 MG	5	ST NSO; QL (180 EA per 30 days)
BYSANTI ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST NSO; QL (60 EA per 30 days)
BYSANTI TITRATION PACK A ORAL TABLET THERAPY PACK	4	ST NSO; QL (16 EA per 365 days)
BYSANTI TITRATION PACK B ORAL TABLET THERAPY PACK	4	ST NSO; QL (24 EA per 365 days)
BYSANTI TITRATION PACK C ORAL TABLET THERAPY PACK	4	ST NSO; QL (16 EA per 365 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate</i>	4	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet</i>	4	
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	4	QL (270 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 25 mg</i>	3	QL (270 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 50 mg</i>	3	QL (180 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 25 mg</i>	4	QL (270 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg</i>	4	QL (90 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST NSO; QL (60 EA per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 2 MG	4	ST NSO; QL (60 EA per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLET	4	ST NSO; QL (16 EA per 365 days)
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLET	4	ST NSO; QL (24 EA per 365 days)
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLET	4	ST NSO; QL (16 EA per 365 days)
<i>fluphenazine decanoate injection solution</i>	4	
<i>fluphenazine hcl injection solution</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral elixir</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral tablet</i>	4	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution</i>	3	
<i>haloperidol lactate injection solution</i>	2	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
<i>haloperidol oral tablet 20 mg</i>	3	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML	5	ST NSO
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML	5	ST NSO; QL (5 ML per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	5	QL (0.75 ML per 30 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	5	QL (1 ML per 30 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	5	QL (1.5 ML per 30 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	4	QL (0.25 ML per 30 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	5	QL (0.5 ML per 30 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML	5	QL (0.88 ML per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML	5	QL (1.32 ML per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML	5	QL (1.75 ML per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML	5	QL (2.63 ML per 84 days)
<i>loxapine succinate oral capsule</i>	2	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET	5	ST NSO; QL (30 EA per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet</i>	4	
NUPLAZID ORAL CAPSULE	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted</i>	4	
<i>olanzapine oral tablet</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 5 MG	5	PA NSO; QL (90 EA per 30 days)
OPIPZA ORAL FILM 2 MG	5	PA NSO; QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet</i>	3	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG	5	QL (1 EA per 30 days)
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 90 MG	5	
<i>pimozide oral tablet</i>	4	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 200 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg</i>	4	QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg</i>	4	
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 50 mg</i>	5	QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	2	QL (240 ML per 30 days)
<i>risperidone oral tablet</i>	1	QL (60 EA per 30 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>risperidone oral tablet dispersible</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR	5	ST NSO; QL (30 EA per 30 days)
<i>thioridazine hcl oral tablet</i>	3	
<i>thiothixene oral capsule</i>	4	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet</i>	3	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION	5	QL (540 ML per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	4	
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 300 MG, 405 MG	5	
Antispasticity Agents		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>baclofen oral tablet 5 mg</i>	3	
<i>dantrolene sodium oral capsule</i>	4	
<i>tizanidine hcl oral tablet</i>	2	
Antivirals		
<i>abacavir sulfate oral solution</i>	4	QL (960 ML per 30 days)
<i>abacavir sulfate oral tablet</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>acyclovir oral capsule</i>	2	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml, 800 mg/20ml</i>	4	
<i>acyclovir oral tablet</i>	2	
<i>acyclovir sodium intravenous solution</i>	4	B/D PA
<i>adefovir dipivoxil oral tablet</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>amantadine hcl oral capsule</i>	2	
<i>amantadine hcl oral solution</i>	2	
APTIVUS ORAL CAPSULE	5	QL (120 EA per 30 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg</i>	4	
<i>atazanavir sulfate oral capsule 200 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 300 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
BARACLUDE ORAL SOLUTION	5	QL (600 ML per 30 days)
BIKTARVY ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE	5	
CIMDUO ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
DELSTRIGO ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
DESCOVY ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
DOVATO ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
EDURANT PED ORAL TABLET SOLUBLE	5	QL (180 EA per 30 days)
<i>efavirenz oral tablet</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet</i>	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>emtricitabine oral capsule</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 167-250 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 133-200 mg</i>	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df oral tablet</i>	5	QL (30 EA per 30 days)
EMTRIVA ORAL SOLUTION	4	QL (850 ML per 30 days)
<i>entecavir oral tablet</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>etravirine oral tablet 100 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>etravirine oral tablet 200 mg</i>	5	QL (60 EA per 30 days)
EVOTAZ ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>famciclovir oral tablet 500 mg</i>	3	QL (90 EA per 30 days)
<i>fosamprenavir calcium oral tablet</i>	5	QL (120 EA per 30 days)
<i>ganciclovir sodium intravenous solution</i>	2	B/D PA
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted</i>	2	B/D PA
GENVOYA ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
IDVYNZO ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	QL (120 EA per 30 days)
ISENTRESS HD ORAL TABLET	5	QL (60 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL PACKET	5	QL (60 EA per 30 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ISENTRESS ORAL TABLET	5	QL (60 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	5	QL (180 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	3	QL (180 EA per 30 days)
JULUCA ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
KALETRA ORAL SOLUTION	4	QL (480 ML per 30 days)
<i>lamivudine oral solution</i>	3	QL (960 ML per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
LIVTENCITY ORAL TABLET	5	QL (360 EA per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	4	QL (240 EA per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg</i>	5	QL (60 EA per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 300 mg</i>	5	QL (120 EA per 30 days)
MAVYRET ORAL PACKET	5	PA; QL (560 EA per 365 days)
MAVYRET ORAL TABLET	5	PA; QL (336 EA per 365 days)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>nevirapine oral suspension</i>	3	QL (1200 ML per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
NORVIR ORAL PACKET	4	QL (360 EA per 30 days)
ODEFSEY ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	2	QL (168 EA per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg</i>	2	QL (84 EA per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 75 mg</i>	2	QL (110 EA per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted</i>	3	QL (1080 ML per 365 days)
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	QL (20 EA per 5 days)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	QL (11 EA per 5 days)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	QL (30 EA per 5 days)
PIFELTRO ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
PREVYMIS ORAL PACKET	5	QL (120 EA per 30 days)
PREVYMIS ORAL TABLET	5	QL (28 EA per 28 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PREZCOBIX ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL SUSPENSION	5	QL (400 ML per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	5	QL (180 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	QL (300 EA per 30 days)
REYATAZ ORAL PACKET	5	QL (180 EA per 30 days)
<i>ribavirin oral tablet</i>	3	
<i>rilpivirine hcl oral tablet</i>	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>ritonavir oral tablet</i>	3	QL (360 EA per 30 days)
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	5	QL (60 EA per 30 days)
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR ORAL TABLET	5	PA; QL (84 EA per 365 days)
STRIBILD ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
SUNLENCA ORAL TABLET	5	QL (24 EA per 168 days)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG	5	QL (8 EA per 365 days)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 5 X 300 MG	5	QL (10 EA per 365 days)
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	
SYMTUZA ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET	5	QL (60 EA per 30 days)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE	4	QL (180 EA per 30 days)
TRIUMEQ ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE	5	QL (180 EA per 30 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>valacyclovir hcl oral tablet</i>	3	QL (120 EA per 30 days)
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted</i>	5	QL (1080 ML per 30 days)
<i>valganciclovir hcl oral tablet</i>	3	QL (120 EA per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG	5	QL (300 EA per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG	5	QL (120 EA per 30 days)
VIREAD ORAL POWDER	5	QL (240 GM per 30 days)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
VOCABRIA ORAL TABLET	5	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
VOSEVI ORAL TABLET	5	PA; QL (84 EA per 365 days)
VYJUVEK EXTERNAL GEL	5	PA
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	QL (1 EA per 30 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	QL (1 EA per 30 days)
<i>zidovudine oral capsule</i>	3	QL (180 EA per 30 days)
<i>zidovudine oral syrup</i>	3	QL (1920 ML per 30 days)
<i>zidovudine oral tablet</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
Anxiolytics		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (150 EA per 30 days)
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg</i>	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg</i>	4	QL (720 EA per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	4	QL (360 EA per 30 days)
<i>diazepam intensol oral concentrate</i>	2	
<i>diazepam oral concentrate</i>	2	
<i>diazepam oral solution</i>	2	QL (1200 ML per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (300 EA per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 5 mg</i>	2	QL (240 EA per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate</i>	3	QL (150 ML per 30 days)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	3	QL (150 ML per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (150 EA per 30 days)
Bipolar Agents		
IGALMI SUBLINGUAL FILM	4	PA NSO
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release</i>	2	
<i>lithium carbonate oral capsule</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet</i>	1	
<i>lithium oral solution</i>	3	
Blood Glucose Regulators		
<i>acarbose oral tablet</i>	2	
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER	3	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
BAQSIMI TWO PACK NASAL POWDER	3	
<i>diazoxide oral suspension</i>	5	
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour</i>	1	
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet</i>	1	
<i>glucagon emergency kit injection solution reconstituted 1 mg</i>	3	
<i>glyburide oral tablet</i>	1	
<i>glyburide-metformin oral tablet</i>	1	
GLYXAMBI ORAL TABLET	3	QL (30 EA per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
HUMALOG INJECTION SOLUTION	3	
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75/25 VIAL SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	3	
HUMALOG U-100 JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	
HUMULIN 70/30 VIAL SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	
HUMULIN N KWIKPEN	3	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
HUMULIN N VIAL SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	
HUMULIN R U-500 VIAL SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	3	
HUMULIN R VIAL INJECTION SOLUTION	3	
INSULIN LISPRO INJECTION SOLUTION	3	
JANUMET ORAL TABLET	3	
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	
JANUVIA ORAL TABLET	3	QL (30 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET	3	
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	
LANTUS U-100 SOLOSTAR	3	
LANTUS U-100 VIAL SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	
LYUMJEV KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	
LYUMJEV VIAL INJECTION SOLUTION	3	
<i>metformin hcl er (osm) oral tablet extended release 24 hour</i>	2	
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1	
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg, 500 mg, 850 mg</i>	1	
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet</i>	1	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	
NOVOLIN 70/30 RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	
NOVOLIN 70/30 VIAL SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	
NOVOLIN N RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	
NOVOLIN N VIAL SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR	3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR	3	
NOVOLIN R RELION INJECTION SOLUTION	3	
NOVOLIN R VIAL INJECTION SOLUTION	3	
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	
NOVOLOG FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	
NOVOLOG U-100 FLEXPEN	3	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	3	
NOVOLOG MIX 70/30 RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	
NOVOLOG MIX 70/30 VIAL SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	
NOVOLOG U-100 PENFILL	3	
NOVOLOG RELION INJECTION SOLUTION	3	
NOVOLOG U-100 VIAL INJECTION SOLUTION	3	
OZEMPIC ORAL TABLET 1.5 MG	3	PA; QL (60 EA per 365 days)
OZEMPIC ORAL TABLET 4 MG, 9 MG	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	PA; QL (3 ML per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet</i>	1	
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet</i>	2	
<i>repaglinide oral tablet</i>	1	
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 7 MG	3	PA; QL (30 EA per 30 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
RYBELSUS ORAL TABLET 3 MG	3	PA; QL (60 EA per 365 days)
SOLQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	QL (15 ML per 24 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 5-500 MG	3	
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-500 MG, 5-1000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	
TRADJENTA ORAL TABLET	3	QL (30 EA per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
Blood Products and Modifiers		
<i>anagrelide hcl oral capsule</i>	3	
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour</i>	4	
CABLIVI INJECTION KIT	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>cilostazol oral tablet</i>	2	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 300 mg</i>	2	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	1	
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
DOPTELET ORAL TABLET	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
ELIQUIS (1.5 MG PACK) ORAL TABLET SOLUBLE	3	QL (420 EA per 28 days)
ELIQUIS (2 MG PACK) ORAL TABLET SOLUBLE	3	QL (560 EA per 28 days)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	3	QL (148 EA per 365 days)
ELIQUIS ORAL CAPSULE SPRINKLE	3	QL (84 EA per 28 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (90 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET SOLUBLE	3	QL (140 EA per 28 days)
<i>eltrombopag olamine oral packet</i>	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution</i>	4	
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	4	QL (60 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml</i>	4	QL (48 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 30 mg/0.3ml</i>	4	QL (18 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i>	4	QL (24 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 60 mg/0.6ml</i>	4	QL (36 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml</i>	5	QL (24 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	4	QL (15 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 5 mg/0.4ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 7.5 mg/0.6ml</i>	4	QL (18 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 95000 UNIT/3.8ML	5	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10000 UNIT/ML, 12500 UNIT/0.5ML, 15000 UNIT/0.6ML, 18000 UNIT/0.72ML, 5000 UNIT/0.2ML, 7500 UNIT/0.3ML	5	
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 2500 UNIT/0.2ML	4	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 5000 unit/ml</i>	3	
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA
NEULASTA SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA
NEULASTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA; QL (1.2 ML per 28 days)
<i>prasugrel hcl oral tablet</i>	2	
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	4	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	5	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	4	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40000 UNIT/ML	5	PA
<i>rivaroxaban oral suspension reconstituted</i>	4	QL (600 ML per 30 days)
<i>rivaroxaban oral tablet</i>	4	QL (360 EA per 30 days)
<i>ticagrelor oral tablet</i>	3	
<i>tranexamic acid oral tablet</i>	3	
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA; QL (1.2 ML per 28 days)
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA; QL (1.2 ML per 28 days)
<i>warfarin sodium oral tablet</i>	1	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
XOLREMDI ORAL CAPSULE	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	
Cardiovascular Agents		
<i>acebutolol hcl oral capsule</i>	2	
<i>aliskiren fumarate oral tablet</i>	2	
<i>amiloride hcl oral tablet</i>	1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	2	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	3	
<i>amiodarone hcl oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>amlodipine besylate oral tablet</i>	1	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl oral capsule</i>	1	
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet</i>	1	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet</i>	1	
<i>atenolol oral tablet</i>	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet</i>	2	
<i>atorvastatin calcium oral tablet</i>	1	
<i>azilsartan medoxomil oral tablet</i>	4	
<i>benazepril hcl oral tablet</i>	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1	
<i>betaxolol hcl oral tablet</i>	3	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet</i>	2	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	2	
<i>bumetanide injection solution</i>	2	
<i>bumetanide oral tablet</i>	2	
<i>candesartan cilexetil oral tablet</i>	1	
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet</i>	1	
<i>captopril oral tablet</i>	2	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	2	
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour</i>	2	
<i>carvedilol oral tablet</i>	1	
<i>chlorthalidone oral tablet</i>	2	
<i>cholestyramine light oral packet</i>	4	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>cholestyramine light oral powder</i>	4	
<i>cholestyramine oral packet</i>	3	
<i>cholestyramine oral powder</i>	3	
<i>clonidine hcl oral tablet</i>	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly</i>	4	
<i>colesevelam hcl oral tablet</i>	4	
<i>colestipol hcl oral tablet</i>	3	
<i>dapagliflozin oral tablet</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>digoxin oral solution</i>	4	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour</i>	2	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour</i>	2	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour</i>	4	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour</i>	2	
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	4	
<i>diltiazem hcl oral tablet</i>	2	
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour</i>	2	
<i>disopyramide phosphate oral capsule</i>	3	
<i>dofetilide oral capsule</i>	4	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>enalapril maleate oral tablet</i>	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1	
<i>eplerenone oral tablet</i>	4	
<i>ezetimibe oral tablet</i>	2	
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet</i>	2	
FARXIGA ORAL TABLET	3	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour</i>	2	
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	2	
<i>fenofibrate oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	2	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	2	
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release</i>	3	
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
FILSPARI ORAL TABLET 400 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>flecainide acetate oral tablet</i>	2	
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour</i>	4	
<i>fluvastatin sodium oral capsule</i>	4	
<i>fosinopril sodium oral tablet</i>	1	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet</i>	2	
<i>furosemide oral solution</i>	1	
<i>furosemide oral tablet</i>	1	
<i>furosemide solution 10 mg/ml injection</i>	2	
FUROSEMIDE SOLUTION 10 MG/ML INJECTION	2	
<i>gemfibrozil oral tablet</i>	2	
<i>guanfacine hcl oral tablet</i>	4	
<i>hydralazine hcl oral tablet</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1	
<i>icosapent ethyl oral capsule</i>	4	
<i>indapamide oral tablet</i>	1	
<i>irbesartan oral tablet</i>	1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1	
<i>isosorb dinitrate-hydralazine oral tablet</i>	4	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet</i>	2	
<i>ivabradine hcl oral tablet</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET	3	QL (30 EA per 30 days)
KERENDIA ORAL TABLET	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>lisinopril oral tablet</i>	1	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1	
<i>losartan potassium oral tablet</i>	1	
<i>losartan potassium-hctz oral tablet</i>	1	
<i>lovastatin oral tablet</i>	1	
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hour</i>	4	
<i>methyldopa oral tablet</i>	4	
<i>metolazone oral tablet</i>	2	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour</i>	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>metyrosine oral capsule</i>	5	PA
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg</i>	3	
<i>mexiletine hcl oral capsule 200 mg, 250 mg</i>	4	
<i>midodrine hcl oral tablet</i>	2	
<i>minoxidil oral tablet</i>	2	
<i>moexipril hcl oral tablet</i>	2	
MULTAQ ORAL TABLET	3	
<i>nadolol oral tablet</i>	2	
<i>nebivolol hcl oral tablet</i>	3	
NEXLETOL ORAL TABLET	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release</i>	3	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour</i>	2	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour</i>	2	
<i>nimodipine oral capsule</i>	4	
<i>nitro-bid transdermal ointment</i>	4	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual</i>	2	
<i>nitroglycerin transdermal ointment</i>	4	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	2	
<i>nitroglycerin translingual solution</i>	4	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet</i>	1	
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule</i>	3	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PACERONE ORAL TABLET 100 MG	3	
PACERONE ORAL TABLET 200 MG	2	
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release</i>	2	
<i>perindopril erbumine oral tablet</i>	2	
<i>pindolol oral tablet</i>	3	
<i>pitavastatin calcium oral tablet</i>	4	
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet</i>	1	
<i>prazosin hcl oral capsule</i>	2	
<i>prevalite oral packet</i>	4	
<i>prevalite oral powder</i>	4	
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour</i>	4	
<i>propafenone hcl oral tablet</i>	2	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour</i>	2	
<i>propranolol hcl oral tablet</i>	2	
<i>quinapril hcl oral tablet</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1	
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	4	
<i>ramipril oral capsule</i>	1	
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour</i>	3	
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	3	PA; QL (3 ML per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL (3 ML per 28 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet</i>	1	
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg</i>	3	QL (180 EA per 30 days)
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 49-51 mg, 97-103 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet</i>	1	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet</i>	2	
<i>sotalol hcl oral tablet</i>	2	
<i>spironolactone oral tablet</i>	1	
<i>spironolactone-hctz oral tablet</i>	2	
<i>telmisartan oral tablet</i>	1	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>telmisartan-hctz oral tablet</i>	1	
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour</i>	2	
<i>torsemide oral tablet</i>	1	
<i>trandolapril oral tablet</i>	1	
<i>triamterene oral capsule</i>	4	
<i>triamterene-hctz oral capsule</i>	1	
<i>triamterene-hctz oral tablet</i>	1	
TRYNGOLZA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA; QL (0.8 ML per 28 days)
<i>valsartan oral tablet</i>	1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	3	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release</i>	2	
<i>verapamil hcl oral tablet</i>	1	
VERQUVO ORAL TABLET	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
VYNDAMAX ORAL CAPSULE	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
Central Nervous System Agents		
<i>amphetamine-dextroamphetamine er oral capsule extended release 24 hour</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet</i>	3	QL (90 EA per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK	5	PA; QL (56 EA per 365 days)
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO- INJECTOR KIT	5	PA; QL (4 EA per 28 days)
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT	5	PA; QL (4 EA per 28 days)
<i>bac (butalbital-acetamin-caff) oral tablet</i>	3	
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT	5	PA; QL (15 EA per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet</i>	3	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
COBENFY ORAL CAPSULE	5	PA NSO; QL (60 EA per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK	5	PA NSO; QL (112 EA per 365 days)
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour</i>	3	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	4	QL (90 EA per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release</i>	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack</i>	4	PA; QL (120 EA per 365 days)
<i>fingolimod hcl oral capsule</i>	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	5	PA; QL (30 ML per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	5	PA; QL (12 ML per 28 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	3	
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE 60 MG, 80 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 60 MG, 80 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK	5	PA; QL (56 EA per 365 days)
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA; QL (0.4 ML per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG	4	PA; QL (24 EA per 365 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 0.25 MG	4	PA; QL (14 EA per 365 days)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 18 mg, 27 mg, 54 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 36 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 27 mg, 54 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 36 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er(diffus) oral tablet extended release 27 mg, 54 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er(diffus) oral tablet extended release 36 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	4	
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
NUEDEXTA ORAL CAPSULE	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>riluzole oral tablet</i>	4	
SAVELLA ORAL TABLET	3	QL (60 EA per 30 days)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL	3	QL (110 EA per 365 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK	5	PA; QL (14 EA per 365 days)
ZEPOSIA ORAL CAPSULE	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ZEPOSIA STARTER KIT ORAL CAPSULE THERAPY PACK	5	PA; QL (56 EA per 365 days)
Dental and Oral Agents		
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	3	
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution</i>	2	
<i>periogard mouth/throat solution</i>	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste</i>	3	
Dermatological Agents		
<i>acitretin oral capsule</i>	4	
<i>acyclovir external ointment</i>	4	QL (60 GM per 30 days)
ADBRY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA; QL (8 ML per 28 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ADBRY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA; QL (6 ML per 28 days)
<i>ala-cort external cream</i>	2	
<i>alclometasone dipropionate external cream</i>	2	
<i>alclometasone dipropionate external ointment</i>	2	
<i>ammonium lactate external cream</i>	2	
<i>ammonium lactate external lotion</i>	2	
<i>amnestem oral capsule</i>	4	
<i>azelaic acid external gel</i>	4	QL (100 GM per 30 days)
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate aug external cream</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate external cream</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate external lotion</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate external ointment</i>	4	
<i>betamethasone valerate external cream</i>	3	
<i>betamethasone valerate external lotion</i>	3	
<i>betamethasone valerate external ointment</i>	2	
<i>calcipotriene external cream</i>	4	QL (120 GM per 30 days)
<i>calcipotriene external ointment</i>	4	QL (120 GM per 30 days)
<i>calcipotriene external solution</i>	3	QL (60 ML per 30 days)
<i>ciclodan external solution</i>	2	PA; QL (13.2 ML per 30 days)
<i>ciclopirox external gel</i>	2	QL (100 GM per 30 days)
<i>ciclopirox external shampoo</i>	3	QL (120 ML per 30 days)
<i>ciclopirox external solution</i>	2	PA; QL (13.2 ML per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external cream</i>	2	QL (90 GM per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension</i>	3	QL (120 ML per 30 days)
<i>claravis oral capsule</i>	4	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-5 %</i>	2	
<i>clindamycin phosphate external lotion</i>	4	QL (75 ML per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external solution</i>	2	QL (60 ML per 30 days)
<i>clobetasol prop emollient base external cream</i>	2	QL (120 GM per 30 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>clobetasol propionate e external cream</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol propionate external foam</i>	2	
<i>clobetasol propionate external gel</i>	3	
<i>clobetasol propionate external ointment</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>clobetasol propionate external shampoo</i>	4	
<i>clobetasol propionate external solution</i>	3	
<i>clotrimazole-betamethasone external cream</i>	2	QL (90 GM per 30 days)
<i>desonide external cream</i>	3	
<i>desonide external ointment</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>desoximetasone external cream 0.25 %</i>	3	QL (100 GM per 30 days)
<i>desoximetasone external ointment 0.25 %</i>	3	
<i>diclofenac sodium external gel 3 %</i>	4	ST; QL (300 GM per 30 days)
EBGLYSS SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA
ERY EXTERNAL PAD	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>erythromycin external gel</i>	3	QL (60 GM per 30 days)
<i>erythromycin external solution</i>	2	QL (60 ML per 30 days)
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT	4	PA
FINACEA EXTERNAL FOAM	3	QL (50 GM per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream</i>	3	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external ointment</i>	3	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external solution</i>	3	QL (60 ML per 30 days)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>fluocinonide external cream 0.1 %</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinonide external gel</i>	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>fluocinonide external ointment</i>	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>fluocinonide external solution</i>	2	QL (60 ML per 30 days)
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	2	QL (40 GM per 30 days)
<i>fluorouracil external solution</i>	3	
<i>fluticasone propionate external cream</i>	2	
<i>fluticasone propionate external ointment</i>	2	
GAUZE PADS PAD 2"X2"	3	
<i>halobetasol propionate external cream</i>	3	
<i>halobetasol propionate external ointment</i>	4	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i>	2	QL (100 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone valerate external cream</i>	3	QL (60 GM per 30 days)
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	3	QL (48 EA per 30 days)
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	
<i>malathion external lotion</i>	4	QL (59 ML per 30 days)
<i>metronidazole external cream</i>	2	
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	3	
<i>metronidazole external gel 1 %</i>	4	
<i>mometasone furoate external cream</i>	2	
<i>mometasone furoate external ointment</i>	2	
<i>mometasone furoate external solution</i>	2	
<i>mupirocin calcium external cream</i>	4	
<i>mupirocin external ointment</i>	2	QL (110 GM per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone external cream</i>	2	
<i>nystatin-triamcinolone external ointment</i>	2	
OTEZLA ORAL TABLET	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
OTEZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>permethrin external cream</i>	3	QL (60 GM per 30 days)
<i>pimecrolimus external cream</i>	4	QL (100 GM per 30 days)
<i>podofilox external solution</i>	3	
SANTYL EXTERNAL OINTMENT	4	QL (180 GM per 30 days)
<i>selenium sulfide external lotion</i>	2	
SILIGENTLE FOAM DRESSING PAD 2"X2"	3	
<i>silver sulfadiazine external cream</i>	2	
SPEVIGO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
<i>ssd external cream</i>	2	
<i>tacrolimus external ointment</i>	4	QL (100 GM per 30 days)
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	4	QL (60 GM per 30 days)
<i>tretinoin external cream 0.025 %</i>	3	PA
<i>tretinoin external cream 0.05 %</i>	4	PA

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>triamcinolone acetonide external cream</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.1 %</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.5 %</i>	2	
<i>triderm external cream</i>	2	
<i>urea external lotion</i>	4	
<i>zenatane oral capsule</i>	4	
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION	4	B/D PA
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION	4	B/D PA
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule</i>	4	
<i>calcium acetate (phos binder) oral tablet</i>	3	
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	3	
<i>carglumic acid oral tablet soluble</i>	5	
CHEMET ORAL CAPSULE	5	
<i>deferasirox granules oral packet</i>	5	PA
<i>deferasirox oral packet</i>	5	PA
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	4	PA
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	3	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg, 250 mg</i>	4	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 500 mg</i>	5	PA
<i>dextrose intravenous solution 5 %</i>	2	
<i>dextrose-nacl intravenous solution</i>	4	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	4	
EFFER-K ORAL TABLET EFFERVESCENT 25 MEQ	2	
KIONEX COMBINATION SUSPENSION	3	
<i>klor-con 10 oral tablet extended release</i>	2	
<i>klor-con m10 oral tablet extended release</i>	2	
<i>klor-con m15 oral tablet extended release</i>	2	
<i>klor-con m20 oral tablet extended release</i>	2	
<i>klor-con oral packet</i>	4	
<i>klor-con oral tablet extended release</i>	2	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
LOKELMA ORAL PACKET	4	QL (90 EA per 30 days)
<i>magnesium sulfate injection solution</i>	3	
<i>penicillamine oral tablet</i>	5	
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION	4	B/D PA
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release</i>	2	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release</i>	2	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release</i>	2	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 20 meq/100ml, 40 meq/100ml</i>	2	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	4	
<i>potassium chloride oral solution</i>	4	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release</i>	4	
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	2	
<i>sevelamer hcl oral tablet</i>	4	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %</i>	3	
<i>sodium chloride solution 0.9 % intravenous</i>	3	
SODIUM CHLORIDE SOLUTION 0.9 % INTRAVENOUS	3	
<i>sodium polystyrene sulfonate combination suspension</i>	3	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	3	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) COMBINATION SUSPENSION	3	
<i>tolvaptan oral tablet</i>	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>trientine hcl oral capsule</i>	5	PA
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE	5	
VELTASSA ORAL PACKET 1 GM	4	QL (120 EA per 30 days)
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	4	QL (30 EA per 30 days)
Gastrointestinal Agents		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	4	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>alosetron hcl oral tablet 1 mg</i>	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>bis subcit-metronid-tetracyc oral capsule</i>	4	
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin oral capsule</i>	4	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE	5	PA
BYLVAY ORAL CAPSULE	5	PA
CLENPIQ ORAL SOLUTION	3	
<i>constulose oral solution</i>	2	
CTEXLI ORAL TABLET	5	PA
<i>dicyclomine hcl oral capsule</i>	2	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	2	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet</i>	3	
<i>enulose oral solution</i>	2	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>famotidine oral suspension reconstituted</i>	4	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>gavilyte-c oral solution reconstituted</i>	2	
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted</i>	2	
<i>gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted</i>	2	
<i>generlac oral solution</i>	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	3	PA
<i>lactulose encephalopathy oral solution</i>	2	
<i>lactulose oral solution</i>	2	
<i>lansoprazole oral capsule delayed release</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
LINZESS ORAL CAPSULE	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>loperamide hcl oral capsule</i>	2	
<i>lubiprostone oral capsule</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet</i>	1	
<i>misoprostol oral tablet</i>	3	
MOVANTIK ORAL TABLET	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution</i>	3	
<i>nitroglycerin rectal ointment</i>	4	QL (30 GM per 30 days)
<i>nizatidine oral capsule</i>	4	
<i>omeprazole oral capsule delayed release</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release</i>	1	QL (60 EA per 30 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted</i>	2	
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet</i>	2	
SUTAB ORAL TABLET	3	
TALICIA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	4	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	4	
<i>ursodiol oral tablet</i>	3	
VOWST ORAL CAPSULE	5	PA; QL (12 EA per 3 days)
XERMELO ORAL TABLET	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET	3	PA; QL (90 EA per 30 days)
Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
<i>betaine oral powder</i>	5	
CHOLBAM ORAL CAPSULE	5	PA
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES	3	
<i>cromolyn sodium oral concentrate</i>	4	
CYSTAGON ORAL CAPSULE	4	
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA; QL (240 ML per 30 days)
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA
<i>l-glutamine oral packet</i>	5	PA
<i>miglustat oral capsule</i>	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>nitisinone oral capsule</i>	5	
ONPATTRO INTRAVENOUS SOLUTION	5	PA
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION	5	PA
PYRUKYND ORAL TABLET 20 MG, 5 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
PYRUKYND ORAL TABLET 50 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet</i>	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet</i>	5	PA

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>sodium phenylbutyrate oral powder</i>	5	
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA
SUCRAID ORAL SOLUTION	5	PA
WELIREG ORAL TABLET	5	PA NSO
<i>yargesa oral capsule</i>	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>zelvysia oral packet</i>	5	PA
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES	3	
Genitourinary Agents		
<i>acetic acid irrigation solution</i>	1	
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>bethanechol chloride oral tablet</i>	2	
<i>doxazosin mesylate oral tablet</i>	2	
<i>dutasteride oral capsule</i>	2	
ELMIRON ORAL CAPSULE	4	QL (90 EA per 30 days)
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour</i>	4	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	
GEMTESA ORAL TABLET	4	QL (30 EA per 30 days)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER	3	QL (300 ML per 30 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral solution</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>silodosin oral capsule</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>solifenacin succinate oral tablet</i>	2	
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>tamsulosin hcl oral capsule</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>terazosin hcl oral capsule</i>	1	
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour</i>	3	
<i>tolterodine tartrate oral tablet</i>	3	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour</i>	4	
<i>trospium chloride oral tablet</i>	3	
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
CORTISONE ACETATE ORAL TABLET	5	
<i>deflazacort oral suspension</i>	5	PA
<i>deflazacort oral tablet</i>	5	PA
<i>dexamethasone oral elixir</i>	3	
<i>dexamethasone oral solution</i>	2	
<i>dexamethasone oral tablet</i>	2	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet</i>	2	
<i>hydrocortisone oral tablet</i>	2	
<i>jaythari oral suspension</i>	5	PA
<i>jaythari oral tablet</i>	5	PA
<i>kymbee oral suspension</i>	5	PA
<i>kymbee oral tablet</i>	5	PA
<i>methylprednisolone oral tablet</i>	2	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack</i>	2	
<i>prednisolone oral solution</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	4	
<i>prednisone oral tablet</i>	1	
<i>prednisone oral tablet therapy pack</i>	2	
<i>pyquvi oral suspension</i>	5	PA
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution</i>	4	
<i>desmopressin acetate oral tablet</i>	3	
<i>desmopressin acetate spray nasal solution</i>	4	
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.2 MG	4	PA

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
GENOTROPIN MINIQICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 2 MG	5	PA
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	5	PA
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
ISTURISA ORAL TABLET 5 MG	5	PA; QL (360 EA per 30 days)
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>abigale lo oral tablet</i>	4	
<i>abigale oral tablet</i>	4	
<i>afirmelle oral tablet</i>	3	
<i>altavera oral tablet</i>	3	
<i>alyacen 1/35 oral tablet</i>	3	
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet</i>	3	
<i>amethyst oral tablet</i>	3	
<i>ashlyna oral tablet</i>	4	QL (91 EA per 91 days)
<i>aubra eq oral tablet</i>	3	
<i>aurovela 1.5/30 oral tablet</i>	3	
<i>aurovela 1/20 oral tablet</i>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30 oral tablet</i>	3	
<i>aurovela fe 1/20 oral tablet</i>	3	
<i>aviane oral tablet</i>	3	
<i>ayuna oral tablet</i>	3	
<i>azurette oral tablet</i>	3	
<i>balziva oral tablet</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30 oral tablet</i>	3	
<i>blisovi fe 1/20 oral tablet</i>	3	
<i>briellyn oral tablet</i>	3	
<i>camila oral tablet</i>	2	
<i>camrese lo oral tablet</i>	4	QL (91 EA per 91 days)
<i>camrese oral tablet</i>	4	QL (91 EA per 91 days)
<i>chateal eq oral tablet</i>	3	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	4	QL (4 EA per 28 days)
<i>cryselle oral tablet</i>	3	
<i>cryselle-28 oral tablet</i>	3	
<i>danazol oral capsule</i>	4	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet</i>	3	
<i>dasetta 7/7/7 oral tablet</i>	3	
<i>daysee oral tablet</i>	4	QL (91 EA per 91 days)
<i>deblitane oral tablet</i>	2	
<i>delyla oral tablet</i>	3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	QL (0.65 ML per 90 days)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet</i>	3	
<i>dolishale oral tablet</i>	3	
<i>dotti transdermal patch twice weekly</i>	4	QL (8 EA per 28 days)
<i>elinest oral tablet</i>	3	
<i>eluryng vaginal ring</i>	4	QL (1 EA per 28 days)
<i>emzahh oral tablet</i>	2	
<i>enilloring vaginal ring</i>	4	QL (1 EA per 28 days)
<i>enpresse-28 oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	3	
<i>errin oral tablet</i>	2	
<i>estarylla oral tablet</i>	3	
<i>estradiol oral tablet</i>	2	
<i>estradiol transdermal gel</i>	4	
<i>estradiol transdermal patch twice weekly</i>	4	QL (8 EA per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly</i>	3	QL (4 EA per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream</i>	2	
<i>estradiol vaginal tablet</i>	4	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet</i>	4	
ESTRING VAGINAL RING	4	QL (1 EA per 90 days)
<i>estrogens conjugated oral tablet</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	3	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring</i>	3	QL (1 EA per 28 days)
<i>falmina oral tablet</i>	3	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>feirza 1.5/30 oral tablet</i>	3	
<i>feirza 1/20 oral tablet</i>	3	
<i>fyavolv oral tablet</i>	4	
<i>gallifrey oral tablet</i>	2	
<i>hailey 1.5/30 oral tablet</i>	3	
<i>hailey fe 1.5/30 oral tablet</i>	3	
<i>hailey fe 1/20 oral tablet</i>	3	
<i>heather oral tablet</i>	2	
<i>iclevia oral tablet</i>	4	QL (91 EA per 91 days)
<i>incassia oral tablet</i>	2	
<i>introvale oral tablet</i>	4	QL (91 EA per 91 days)
<i>jaimiess oral tablet</i>	4	QL (91 EA per 91 days)
<i>jencycla oral tablet</i>	2	
<i>jinteli oral tablet</i>	4	
<i>jolessa oral tablet</i>	4	QL (91 EA per 91 days)
<i>junel 1.5/30 oral tablet</i>	3	
<i>junel 1/20 oral tablet</i>	3	
<i>junel fe 1.5/30 oral tablet</i>	3	
<i>junel fe 1/20 oral tablet</i>	3	
<i>kariva oral tablet</i>	3	
<i>kelnor 1/35 oral tablet</i>	3	
<i>kurvelo oral tablet</i>	3	
<i>larin 1.5/30 oral tablet</i>	3	
<i>larin 1/20 oral tablet</i>	3	
<i>larin fe 1.5/30 oral tablet</i>	3	
<i>larin fe 1/20 oral tablet</i>	3	
<i>lessina oral tablet</i>	3	
<i>levonest oral tablet</i>	3	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet</i>	4	QL (91 EA per 91 days)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet</i>	3	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet</i>	3	
<i>levora 0.15/30 (28) oral tablet</i>	3	
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE	3	
<i>lojaimiess oral tablet</i>	4	QL (91 EA per 91 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>low-ogestrel oral tablet</i>	3	
<i>luizza 1.5/30 oral tablet</i>	3	
<i>luizza 1/20 oral tablet</i>	3	
<i>luteria oral tablet</i>	3	
<i>lyleq oral tablet</i>	2	
<i>lyllana transdermal patch twice weekly</i>	4	QL (8 EA per 28 days)
<i>lyza oral tablet</i>	2	
<i>marlissa oral tablet</i>	3	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension</i>	2	QL (1 ML per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe</i>	2	QL (1 ML per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet</i>	1	
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml, 400 mg/10ml, 800 mg/20ml</i>	3	
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	4	
<i>megestrol acetate oral tablet</i>	2	
<i>meleya oral tablet</i>	2	
<i>microgestin 1.5/30 oral tablet</i>	3	
<i>microgestin 1/20 oral tablet</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30 oral tablet</i>	3	
<i>microgestin fe 1/20 oral tablet</i>	3	
<i>mili oral tablet</i>	3	
<i>mimvey oral tablet</i>	4	
<i>mono-lynyah oral tablet</i>	3	
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet</i>	3	
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT	3	
<i>nora-be oral tablet</i>	2	
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly</i>	4	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	3	
<i>norethindrone acetate oral tablet</i>	2	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet</i>	3	
<i>norethindrone oral tablet</i>	2	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet</i>	4	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	3	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	3	
<i>norlyroc oral tablet</i>	2	
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet</i>	3	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet</i>	3	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet</i>	3	
<i>nortrel 7/7/7 oral tablet</i>	3	
<i>nylia 1/35 oral tablet</i>	3	
<i>nylia 7/7/7 oral tablet</i>	3	
<i>orquidea oral tablet</i>	2	
OSPHENA ORAL TABLET	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>philith oral tablet</i>	3	
<i>pimtrea oral tablet</i>	3	
<i>portia-28 oral tablet</i>	3	
PREMARIN VAGINAL CREAM	4	
PREMPHASE ORAL TABLET	4	QL (28 EA per 28 days)
PREMPRO ORAL TABLET	4	QL (28 EA per 28 days)
<i>progesterone oral capsule</i>	2	
<i>raloxifene hcl oral tablet</i>	2	
<i>setlakin oral tablet</i>	4	QL (91 EA per 91 days)
<i>sharobel oral tablet</i>	2	
<i>simliya oral tablet</i>	3	
<i>simpesse oral tablet</i>	4	QL (91 EA per 91 days)
<i>sprintec 28 oral tablet</i>	3	
<i>sronyx oral tablet</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq oral tablet</i>	3	
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml</i>	2	PA; QL (10 ML per 28 days)
<i>testosterone cypionate solution 200 mg/ml intramuscular</i>	2	PA; QL (10 ML per 28 days)
TESTOSTERONE CYPIONATE SOLUTION 200 MG/ML INTRAMUSCULAR	2	PA; QL (10 ML per 28 days)
<i>testosterone enanthate intramuscular solution</i>	3	PA; QL (5 ML per 28 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>testosterone transdermal gel 1.62 %, 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 20.25 mg/act (1.62%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%)</i>	3	PA; QL (150 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	4	PA; QL (300 GM per 30 days)
<i>tri-estarylla oral tablet</i>	3	
<i>tri-linyah oral tablet</i>	3	
<i>tri-mili oral tablet</i>	3	
<i>tri-sprintec oral tablet</i>	3	
<i>tri-vylibra oral tablet</i>	3	
<i>turqoz oral tablet</i>	3	
<i>valtya 1/35 oral tablet</i>	3	
<i>valtya 1/50 oral tablet</i>	3	
<i>vienva oral tablet</i>	3	
<i>viorele oral tablet</i>	3	
<i>volnea oral tablet</i>	3	
<i>vyfemla oral tablet</i>	3	
<i>vylibra oral tablet</i>	3	
<i>wera oral tablet</i>	3	
<i>xulane transdermal patch weekly</i>	3	
<i>yuvafem vaginal tablet</i>	4	
<i>zafemy transdermal patch weekly</i>	4	
<i>zovia 1/35 (28) oral tablet</i>	3	
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
<i>levo-t oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	3	
<i>levothyroxine sodium oral tablet</i>	1	
<i>levoxyl oral tablet</i>	2	
<i>liomny oral tablet</i>	2	
<i>lithyronine sodium oral tablet</i>	2	
REZDIFFRA ORAL TABLET	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
SYNTHROID ORAL TABLET	3	
<i>unithroid oral tablet</i>	2	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
<i>cabergoline oral tablet</i>	3	
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA NSO; QL (4 EA per 365 days)
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA NSO; QL (1 EA per 28 days)
<i>leuprolide acetate injection kit</i>	4	PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT	5	PA NSO; QL (1 EA per 28 days)
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT	5	PA NSO; QL (1 EA per 84 days)
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30MG INTRAMUSCULAR KIT	5	PA NSO; QL (1 EA per 112 days)
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45MG INTRAMUSCULAR KIT	5	PA NSO; QL (1 EA per 168 days)
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT	5	PA; QL (1 EA per 28 days)
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT	5	PA; QL (1 EA per 84 days)
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	4	
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	4	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	5	PA
ORGOVYX ORAL TABLET	5	PA NSO
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; QL (60 ML per 30 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG	4	PA NSO; QL (1 EA per 84 days)
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 22.5 MG	5	PA NSO; QL (1 EA per 168 days)
Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid)		
<i>methimazole oral tablet</i>	2	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>propylthiouracil oral tablet</i>	2	
Immunological Agents		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	QL (1 EA per 252 days)
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA NSO
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
ADALIMUMAB-AATY (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML	5	PA; QL (6 EA per 28 days)
ADALIMUMAB-AATY (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	5	PA; QL (3 EA per 28 days)
ADALIMUMAB-AATY (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	5	PA; QL (6 EA per 28 days)
ADALIMUMAB-AATY (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML	5	PA; QL (2 EA per 28 days)
ADALIMUMAB-AATY (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML	5	PA; QL (6 EA per 28 days)
ADALIMUMAB-AATY CD/UC/HS START SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	5	PA; QL (3 EA per 28 days)
ADALIMUMAB-ADBIM (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	5	PA; QL (6 EA per 28 days)
ADALIMUMAB-ADBIM (2 SYRINGE) PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML SUBCUTANEOUS	5	PA; QL (6 EA per 28 days)
ADALIMUMAB-ADBIM (2 SYRINGE) PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML SUBCUTANEOUS	5	PA; QL (6 EA per 28 days)
ADALIMUMAB-ADBIM (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.2ML, 20 MG/0.4ML	5	PA; QL (2 EA per 28 days)
ADALIMUMAB-FKJP (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	5	PA; QL (6 EA per 28 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ADALIMUMAB-FKJP (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.4ML	5	PA; QL (2 EA per 28 days)
ADALIMUMAB-FKJP (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML	5	PA; QL (6 EA per 28 days)
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	QL (1 EA per 999 days)
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	2	B/D PA
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	1	
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA
BESREMI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	5	PA NSO
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA NSO
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION	5	PA
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA; QL (10 ML per 28 days)
COSENTYX 150 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION 125 MG/5ML	5	PA
COSENTYX 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5ML	5	PA; QL (10 ML per 28 days)
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR	5	PA; QL (10 ML per 28 days)
COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR	5	PA; QL (10 ML per 28 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA; QL (10 ML per 28 days)
<i>cyclosporine modified oral capsule</i>	4	B/D PA
<i>cyclosporine modified oral solution</i>	4	B/D PA
<i>cyclosporine oral capsule</i>	4	B/D PA
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
DENGVAIXA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/1.14ML	5	PA; QL (4.56 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML	5	PA; QL (4.56 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
EBGLYSS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION	1	B/D PA
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	B/D PA
ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA; QL (1.36 ML per 28 days)
ENVARUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG	4	B/D PA
ENVARUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4 MG	5	B/D PA
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg</i>	4	B/D PA

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>everolimus oral tablet 1 mg</i>	5	B/D PA
GAMASTAN INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	PA
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
<i>gengraforal capsule</i>	4	B/D PA
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1440 EL U/ML	1	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720 EL U/0.5ML	3	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	1	B/D PA
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	1	
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	B/D PA
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe</i>	5	PA; QL (36 ML per 30 days)
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	B/D PA
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
INFLIXIMAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA
IPOL INJECTION SUSPENSION	1	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
JYLAMVO ORAL SOLUTION	4	PA NSO
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION	1	
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	
<i>leflunomide oral tablet</i>	2	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection solution</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted</i>	2	
<i>methotrexate sodium oral tablet</i>	2	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	1	
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	QL (0.5 ML per 999 days)
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	4	B/D PA
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted</i>	5	B/D PA
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	4	B/D PA
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release</i>	4	B/D PA
<i>mycophenolic acid oral tablet delayed release</i>	4	B/D PA
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
ORENCIA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.4ML	5	PA; QL (1.6 ML per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 87.5 MG/0.7ML	5	PA; QL (2.8 ML per 28 days)
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA; QL (110 EA per 365 days)
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA; QL (82 EA per 365 days)
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	
PEDVAXHIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA; QL (2 ML per 28 days)
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PENMENVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION	5	PA
PROGRAF ORAL PACKET	4	B/D PA
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	B/D PA
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION	1	B/D PA
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	B/D PA
REZUROCK ORAL TABLET	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION	5	PA; QL (360 ML per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ROTARIX ORAL SUSPENSION	3	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	3	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	1	QL (2 EA per 999 days)
<i>sirolimus oral solution</i>	4	B/D PA
<i>sirolimus oral tablet</i>	4	B/D PA
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION	5	PA; QL (60 ML per 365 days)
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA; QL (1 ML per 28 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS	5	PA; QL (1.2 ML per 56 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 360 MG/2.4ML	5	PA; QL (2.4 ML per 56 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; QL (1 ML per 28 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 55 MG/0.37ML	5	PA; QL (0.37 ML per 28 days)
STARJEMZA INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; QL (104 ML per 365 days)
STARJEMZA SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; QL (3 ML per 84 days)
STARJEMZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL (3 ML per 84 days)
STEQEYMA INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; QL (104 ML per 365 days)
STEQEYMA SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; QL (3 ML per 84 days)
STEQEYMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL (3 ML per 84 days)
<i>tacrolimus er oral capsule extended release 24 hour</i>	4	B/D PA
<i>tacrolimus oral capsule</i>	4	B/D PA
TAVNEOS ORAL CAPSULE	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
TENIVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 2.4 MCG/0.5ML	1	
<i>tofacitinib citrate er oral tablet extended release 24 hour</i>	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>tofacitinib citrate oral solution</i>	5	PA; QL (300 ML per 30 days)
<i>tofacitinib citrate oral tablet</i>	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION	5	PA
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	5	PA; QL (2 ML per 56 days)
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; QL (2 ML per 56 days)
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
TREMFYA SUBCUTANEOUS	5	PA; QL (2 ML per 56 days)
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/2ML	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
TREMFYA-CD/UC INDUCTION SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA; QL (3.6 ML per 28 days)
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA; QL (3.6 ML per 28 days)
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	1	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	1	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML	3	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	1	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 25 UNIT/0.5ML	3	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 UNIT/ML	1	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	
VEOPOZ INJECTION SOLUTION	5	PA
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	1	QL (4 EA per 999 days)
VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA; QL (20 ML per 28 days)
XATMEP ORAL SOLUTION	4	PA NSO
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 75 MG/0.5ML	5	PA; QL (1 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML	5	PA; QL (1 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA; QL (8 EA per 28 days)
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; QL (104 ML per 365 days)
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; QL (3 ML per 84 days)
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL (3 ML per 84 days)
YF-VAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
ZYMFENTRA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	5	PA; QL (2 EA per 28 days)
ZYMFENTRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	5	PA; QL (2 EA per 28 days)
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	5	PA; QL (2 EA per 28 days)
Inflammatory Bowel Disease Agents		
<i>balsalazide disodium oral capsule</i>	4	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour</i>	5	
<i>budesonide oral capsule delayed release particles</i>	4	
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	2	QL (300 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone rectal enema</i>	4	
<i>mesalamine er oral capsule 0.375 gm</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>mesalamine er oral capsule extended release 500 mg</i>	4	QL (240 EA per 30 days)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>mesalamine rectal enema</i>	4	QL (1800 ML per 30 days)
<i>mesalamine rectal suppository</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>mesalamine-cleanser rectal kit</i>	5	
<i>procto-med hc external cream</i>	2	QL (300 GM per 30 days)
SFROWASA RECTAL ENEMA 4 GM/60ML	5	
<i>sulfasalazine oral tablet</i>	2	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release</i>	2	
TARPEYO ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
Metabolic Bone Disease Agents		
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg</i>	1	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>alendronate sodium oral tablet 70 mg</i>	1	QL (4 EA per 28 days)
BONSITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	5	PA; QL (2.24 ML per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal solution</i>	3	QL (3.7 ML per 30 days)
<i>calcitriol oral capsule</i>	2	
<i>cinacalcet hcl oral tablet</i>	4	
<i>ibandronate sodium oral tablet</i>	2	QL (1 EA per 28 days)
JUBBONTI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	QL (2 ML per 365 days)
OSENVELT SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA
<i>paricalcitol oral capsule</i>	4	
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE	5	QL (60 EA per 30 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	4	QL (1 EA per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg</i>	4	QL (4 EA per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 5 mg</i>	4	
STOBOCLO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	QL (2 ML per 365 days)
<i>teriparatide solution pen-injector 560 mcg/2.24ml subcutaneous</i>	5	PA; QL (2.24 ML per 28 days)
TERIPARATIDE SOLUTION PEN-INJECTOR 560 MCG/2.24ML SUBCUTANEOUS	5	PA; QL (2.24 ML per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR	5	PA; QL (1.56 ML per 30 days)
WYOST SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA
MISC		
<i>12 hour allergy-d oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>12 hr mucus relief max oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>12hr allergy relief oral tablet</i>	50	
<i>24hr allergy relief oral tablet</i>	50	
<i>8 hour arthritis pain oral tablet extended release</i>	50	QL (170 EA per 34 days)
<i>8 hour pain reliever oral tablet extended release</i>	50	QL (170 EA per 34 days)
<i>8 hr arthritis pain relief oral tablet extended release</i>	50	QL (170 EA per 34 days)
<i>8hr muscle aches & pain relief oral tablet extended release</i>	50	QL (170 EA per 34 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ACCRUFER ORAL CAPSULE	50	PA
<i>acetaminophen 8 hour oral tablet extended release</i>	50	QL (170 EA per 34 days)
<i>acetaminophen childrens oral liquid 160 mg/5ml</i>	50	
<i>acetaminophen childrens oral solution</i>	50	PA
<i>acetaminophen childrens oral suspension</i>	50	PA
<i>acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg</i>	50	
<i>acetaminophen er oral tablet extended release</i>	50	QL (170 EA per 34 days)
<i>acetaminophen infants oral suspension</i>	50	PA
<i>acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml</i>	50	
<i>acetaminophen oral solution</i>	50	PA
<i>acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml</i>	50	PA
<i>acidophilus lactobacillus oral capsule</i>	50	PA
<i>acidophilus oral capsule</i>	50	PA
<i>acidophilus probiotic oral capsule</i>	50	PA
<i>acidophilus/pectin oral capsule</i>	50	PA
ACTICAL ORAL CAPSULE	50	PA
ACTIPHLOA ORAL CAPSULE	50	PA
ACTIVE FE ORAL TABLET	50	PA
ACTIVITE ORAL TABLET	50	PA
ACTIVNUTRIENTS ORAL CAPSULE	50	PA
ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE ORAL CAPSULE	50	PA
<i>adapalene gel 0.1 % external (otc)</i>	50	PA
<i>adapalene treatment external gel</i>	50	PA
ADEK GUMMIES PLUS ZN ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
<i>advanced probiotic oral capsule</i>	50	PA
AFLORA ORAL TABLET	50	PA
<i>aftera oral tablet</i>	50	QL (2 EA per 30 days)
<i>afterpill oral tablet</i>	50	QL (2 EA per 30 days)
AIRBORNE ELDERBERRY ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
AIRBORNE KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
AIRBORNE ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ALIGN DUALBIOTIC ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
ALIGN KIDS PROBIOTIC ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
ALIVE ADULT PREMIUM ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
ALIVE IMMUNE/ELDERBERRY ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
ALIVE MAX 6 POTENCY ORAL CAPSULE	50	PA
ALIVE MENS 50+ MULTI GUMMY ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
ALIVE MENS GUMMY MULTIVITAMINS ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
ALIVE MENS PREMIUM GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
ALIVE WOMENS 50+ GUMMY ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
ALIVE WOMENS 50+ ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
ALIVE WOMENS 50+ PREMIUM GUMMY ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
ALIVE WOMENS GUMMY ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
ALIVE WOMENS PREMIUM GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
<i>all day allergy d oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>allergy (cetirizine) oral tablet</i>	50	QL (30 EA per 30 days)
<i>allergy 24hour indoor/outdoor oral tablet</i>	50	QL (30 EA per 30 days)
<i>allergy 24-hr oral tablet 180 mg</i>	50	
<i>allergy childrens oral solution</i>	50	
<i>allergy childrens oral suspension</i>	50	PA
<i>allergy rel child (loratadine) oral solution</i>	50	
<i>allergy relief (cetirizine) oral capsule 10 mg</i>	50	PA
<i>allergy relief (cetirizine) oral tablet</i>	50	QL (30 EA per 30 days)
<i>allergy relief (loratadine) oral tablet</i>	50	QL (30 EA per 30 days)
<i>allergy relief cetirizine oral tablet</i>	50	QL (30 EA per 30 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>allergy relief childrens 24-hr oral solution</i>	50	QL (300 ML per 30 days)
<i>allergy relief childrens oral solution 1 mg/ml</i>	50	QL (300 ML per 30 days)
<i>allergy relief childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	50	
<i>allergy relief d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	50	
<i>allergy relief d-12 oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>allergy relief oral tablet 10 mg</i>	50	QL (30 EA per 30 days)
<i>allergy relief oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	50	
<i>allergy relief/indoor/outdoor oral tablet 180 mg</i>	50	
<i>allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 24 hour</i>	50	
<i>allergy relief-d oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>allergy/congestion relief oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>allergy-d 12hr oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>allergy-d 24hr oral tablet extended release 24 hour</i>	50	
ALTITUSS ORAL LIQUID	50	
ALTRIXA ORAL TABLET	50	PA
AMLADEX ORAL TABLET	50	PA
<i>antacid calcium oral tablet chewable</i>	50	
<i>antacid calcium rich oral tablet chewable</i>	50	
<i>antacid extra strength oral tablet chewable 750 mg</i>	50	
<i>antacid maximum oral tablet chewable</i>	50	
<i>antacid oral tablet chewable 750 mg</i>	50	
<i>antacid ultra strength oral tablet chewable 1000 mg</i>	50	
<i>antifungal external cream</i>	50	
APETIBEX ORAL CAPSULE	50	PA
APPE-CURB ORAL CAPSULE	50	PA
<i>arthritis pain relief oral tablet extended release</i>	50	QL (170 EA per 34 days)
<i>arthritis pain reliever external gel</i>	50	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>arthritis pain reliever oral tablet extended release</i>	50	QL (170 EA per 34 days)
<i>ascorbic acid injection solution</i>	50	
<i>aspirin 81 oral tablet delayed release</i>	50	
<i>aspirin adult low dose oral tablet delayed release</i>	50	
<i>aspirin adult low strength oral tablet delayed release</i>	50	
<i>aspirin childrens oral tablet chewable</i>	50	
<i>aspirin ec adult low dose oral tablet delayed release</i>	50	
<i>aspirin ec low dose oral tablet delayed release</i>	50	
<i>aspirin ec low strength oral tablet delayed release</i>	50	
<i>aspirin low dose oral tablet chewable</i>	50	
<i>aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	50	
<i>aspirin oral tablet</i>	50	
<i>aspirin oral tablet chewable</i>	50	
<i>aspirin oral tablet delayed release</i>	50	
<i>aspirin rectal suppository</i>	50	
<i>aspirin regimen oral tablet delayed release</i>	50	
AVOWISE ORAL TABLET	50	PA
AZO COMPLETE FEMININE BALANCE ORAL CAPSULE	50	PA
AZO DUAL PROTECTION ORAL CAPSULE	50	PA
AZO VAGINAL HEALTH PROBIOTIC ORAL CAPSULE	50	PA
BACICAP ORAL CAPSULE	50	PA
BACID ORAL CAPSULE	50	PA
BACILLEX ORAL CAPSULE	50	PA
BACMIN ORAL TABLET	50	PA
<i>bariatric multivitamins oral capsule</i>	50	PA
BENTIVITE ORAL TABLET	50	PA
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	50	
BIOACTIVE ORAL CAPSULE	50	PA
BIOCEL ORAL TABLET	50	PA
BIOGAIA GASTRUS ORAL CAPSULE	50	PA
BIOGAIA PROTECTIS MUM ORAL CAPSULE	50	PA

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
BIO-KULT ORAL CAPSULE	50	PA
BIOMEPRO ORAL CAPSULE	50	PA
BIOMEVIA ORAL CAPSULE	50	PA
BIOMYRA ORAL CAPSULE	50	PA
BIOTECT PLUS ORAL CAPSULE	50	PA
BIOVANTA ORAL CAPSULE	50	PA
BIOZEN ORAL CAPSULE	50	PA
BOLSITOL ORAL CAPSULE	50	PA
BONEUP 3 PER DAY ORAL CAPSULE	50	PA
BONEUP ORAL CAPSULE	50	PA
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT ORAL CAPSULE	50	PA
<i>b-plex plus oral tablet</i>	50	PA
<i>c 500/rose hips oral tablet</i>	50	PA
<i>c extra strength oral tablet</i>	50	PA
<i>c gummies oral tablet chewable</i>	50	PA
<i>calcidol oral solution</i>	50	PA
<i>calcium acetate (phos binder) oral tablet</i>	50	PA
CENTRATEX ORAL CAPSULE	50	
CEREFOLIN BRAIN WELLNESS ORAL TABLET	50	PA
CEREFOLIN NAC ORAL TABLET	50	PA
CEREFOLIN ORAL TABLET	50	PA
<i>cetirizine hcl childrens alrgy oral solution</i>	50	QL (300 ML per 30 days)
<i>cetirizine hcl childrens hives oral solution</i>	50	QL (300 ML per 30 days)
<i>cetirizine hcl oral tablet</i>	50	QL (30 EA per 30 days)
<i>cetirizine hcl oral tablet chewable</i>	50	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>cetirizine hcl solution 1 mg/ml oral (otc)</i>	50	QL (300 ML per 30 days)
<i>cetirizine-pseudoephedrine er oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>chest congestion relief child oral liquid</i>	50	
<i>chest congestion relief dm oral syrup</i>	50	
<i>chest congestion relief dm oral tablet</i>	50	
<i>chest congestion relief oral liquid</i>	50	
<i>chest congestion relief oral tablet</i>	50	
<i>chest congestion/cough relief oral tablet</i>	50	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
CITRACAL CALCIUM +D3 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	50	PA
<i>clearlax oral powder</i>	50	QL (527 GM per 30 days)
<i>clotrimazole 3 vaginal cream</i>	50	
<i>clotrimazole vaginal cream</i>	50	
<i>coconut oil oral capsule</i>	50	PA
COREVIA ORAL TABLET	50	PA
CORVITA ORAL TABLET	50	PA
CORVITE 150 ORAL TABLET	50	PA
CORVITE FE ORAL TABLET	50	PA
<i>cough & congestion kids oral liquid</i>	50	
CULTRELLE KIDS IMMUNE DEFENSE ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
CULTURELLE ADVANCED REGULARITY ORAL CAPSULE	50	PA
CULTURELLE BLOATING & GAS DEF ORAL CAPSULE	50	PA
CULTURELLE IMMUNE DEFENSE ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
CULTURELLE KID PROBIOTIC+FIBER ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
CULTURELLE KIDS IMMUNE DEFENSE ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
CULTURELLE METABOLISM-WEIGHT ORAL CAPSULE	50	PA
CULTURELLE PRO & PREBIOTIC ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
CULTURELLE PROBIOTIC + PREBIOT ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
CULTURELLE PROBIOTICS KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
CULTURELLE WOMENS 4 IN 1 ORAL CAPSULE	50	PA
<i>curae oral tablet 1.5 mg</i>	50	QL (2 EA per 30 days)
<i>cvs antacid extra strength oral tablet chewable</i>	50	
<i>cvs clotrimazole 3 vaginal cream</i>	50	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	50	
<i>cyanocobalamin nasal solution</i>	50	PA
<i>d3 2000 oral capsule</i>	50	PA
<i>d3 5000 oral capsule</i>	50	PA
<i>d3 baby drops oral liquid</i>	50	PA
<i>d3 extra strength oral capsule</i>	50	PA
<i>d3 high potency oral capsule</i>	50	PA
<i>d3 max st oral capsule</i>	50	PA
<i>d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	50	PA
<i>d3 oral tablet chewable 50 mcg (2000 ut)</i>	50	PA
DAVIMET-M ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
DAYAVITE ORAL TABLET	50	PA
DECARA ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	50	PA
DEKAS PLUS OCEAN ORAL CAPSULE	50	PA
DEPLIN MA ORAL CAPSULE	50	PA
DEPLINPRO MOOD HEALTH ORAL CAPSULE	50	PA
DERMACINRX DAVIMET ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
DERMACINRX DOTREMIN ORAL TABLET	50	PA
DERMACINRX FOLTAMIN ORAL TABLET	50	PA
DERMACINRX MULTITAM ORAL TABLET	50	PA
DERMACINRX MULTIVITAMIN ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
DERMACINRX PROBEX ORAL CAPSULE	50	PA
DERMACINRX RIBOTIN-E ORAL TABLET	50	PA
DERMACINRX ZINTREXYL-C ORAL TABLET	50	PA
DEXATRAN ORAL CAPSULE	50	PA
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral liquid 10-100 mg/5ml, 20-200 mg/10ml, 5-100 mg/5ml</i>	50	
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral syrup</i>	50	
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral tablet</i>	50	
DIALYVITE 3000 ORAL TABLET 3 MG	50	
DIALYVITE 5000 ORAL TABLET	50	
DIALYVITE ORAL TABLET	50	PA

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
DIALYVITE SUPREME D ORAL TABLET	50	PA
DIALYVITE/ZINC ORAL TABLET	50	
DIATROL ORAL TABLET	50	PA
<i>diclofenac sodium gel 1 % external (otc)</i>	50	
DIGESTIVE ADV DIGESTIVE/IMMUNE ORAL CAPSULE	50	PA
DIGESTIVE ADV DIGESTIVE/IMMUNE ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
DIGESTIVE ADV KID DIGST/IMMUNE ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
DIGESTIVE ADV+BOWEL SUPPORT ORAL CAPSULE	50	PA
DIGESTIVE ADV+GAS DEFENSE ORAL CAPSULE	50	PA
DIGESTIVE ADV+LACTOSE SUPPORT ORAL CAPSULE	50	PA
DIGESTIVE ADVANTAGE KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
<i>dm-guaifenesin er oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>docusate mini rectal enema</i>	50	
DODEX INJECTION SOLUTION 1000 MCG/ML	50	
<i>d-vite pediatric oral liquid</i>	50	PA
EASY-C IMMUNE HEALTH ORAL TABLET	50	PA
<i>econtra one-step oral tablet</i>	50	QL (2 EA per 30 days)
ENEMEEZ MINI RECTAL ENEMA	50	
ENEMEEZ PLUS RECTAL ENEMA	50	
ENLYTE GUMMY+ ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
ENLYTE ORAL CAPSULE	50	PA
ENVIVE ORAL CAPSULE	50	PA
<i>ergocalciferol oral capsule</i>	50	
<i>ergocalciferol oral solution 200 mcg/ml</i>	50	PA
ESTROVEN SLIMBIOTICS ORAL CAPSULE	50	PA
EVERCORE ORAL TABLET	50	PA
EVERVITA ORAL TABLET	50	PA
<i>eye allergy itch relief ophthalmic solution 0.2 %</i>	50	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>eye allergy itch/redness rel ophthalmic solution</i>	50	
<i>eye health areds 2 oral capsule</i>	50	PA
<i>eye health gummies oral tablet chewable</i>	50	PA
FEM-DOPHILUS WOMENS ORAL CAPSULE	50	PA
FERIVA 21/7 (WITH DOCUSATE) ORAL TABLET	50	PA
FERIVA 21/7 ORAL TABLET 75-1 MG	50	PA
<i>ferrous fumarate oral tablet 324 mg</i>	50	
<i>ferrous gluconate oral tablet 324 (38 fe) mg</i>	50	
<i>ferrous sulfate oral solution 220 (44 fe) mg/5ml, 300 (60 fe) mg/5ml</i>	50	
<i>ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	50	
<i>ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 (65 fe) mg, 325 (65 fe) mg</i>	50	
<i>fexofenadine hcl oral tablet</i>	50	
FINAZOL ORAL TABLET	50	PA
<i>finest nutrition vitamin d3 oral capsule</i>	50	PA
<i>fish oil high potency oral capsule 1000 mg</i>	50	PA
<i>fish oil maximum strength oral capsule</i>	50	PA
<i>fish oil minis oral capsule</i>	50	PA
<i>fish oil oral capsule 1000 mg, 1200 mg, 300 mg, 360 mg, 500 mg</i>	50	PA
<i>fish oil oral capsule delayed release 1200 mg</i>	50	PA
<i>flaxseed oil oral capsule 1000 mg</i>	50	PA
<i>flaxseed oil organic oral capsule</i>	50	PA
FLORAJEN WOMEN ORAL CAPSULE	50	PA
FLORAJEN WOMENS PROBIOTIC ORAL CAPSULE	50	PA
FLORAMYRA ORAL CAPSULE	50	PA
FLORASTART ORAL CAPSULE	50	PA
FLORASTOR ADVANCED ORAL CAPSULE	50	PA
FLORASTOR BALANCED BENEFITS ORAL CAPSULE	50	PA
FLORASTOR DIGEST DE-STRESS ORAL CAPSULE	50	PA
FLORASTOR ORAL CAPSULE	50	PA

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
FLORASTOR SELECT GUT BOOST ORAL CAPSULE	50	PA
FLORASTOR SELECT IMMUNITY BOOS ORAL CAPSULE	50	PA
FLORAVAX ORAL CAPSULE	50	PA
FLORESTA ORAL CAPSULE	50	PA
FLORRAVITE ORAL TABLET	50	PA
FLORRAXYL ORAL TABLET	50	PA
FOLA-B COMPLEX ORAL TABLET	50	PA
FOLACHEW ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
FOLAGENT DHA ORAL CAPSULE	50	PA
FOLAMAX ORAL TABLET	50	PA
FOLAMED DHA ORAL CAPSULE	50	PA
FOLAPRIME ORAL TABLET	50	PA
FOLAREX ORAL TABLET	50	PA
FOLASYNC DHA ORAL CAPSULE	50	PA
FOLATEN ORAL TABLET	50	PA
FOLAWISE ORAL TABLET	50	PA
FOLBIC ORAL TABLET	50	PA
FOLBIC RF ORAL TABLET	50	PA
FOLCYTEINE ORAL TABLET	50	PA
FOLDITAM ORAL TABLET	50	PA
<i>folic acid injection solution</i>	50	
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	50	
FOLICORE B COMPLEX ORAL TABLET	50	PA
FOLIFLEX ORAL TABLET	50	PA
FOLITIN-Z ORAL TABLET	50	PA
FOLIVANE-F ORAL CAPSULE	50	PA
FOLIVANE-PLUS ORAL CAPSULE	50	
FOLIVRA ORAL TABLET	50	PA
FOLIXAPURE ORAL TABLET	50	PA
FOLIXATE ORAL TABLET	50	PA
FOLIXIA ORAL TABLET	50	PA
FOLTIRA ORAL TABLET	50	PA
FOLTRATE ORAL TABLET 500-1 MCG-MG	50	
FOLTREXYL ORAL TABLET	50	PA

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
FOLTX ORAL TABLET	50	PA
FOLVITA COMPLEX ORAL TABLET	50	PA
FOLVITRA ORAL TABLET 1000-125 MCG	50	PA
FOLVYRIS ORAL TABLET	50	PA
FOLYRA ORAL TABLET	50	PA
FOSTEUM PLUS ORAL CAPSULE	50	PA
<i>ft 7 day vaginal vaginal cream</i>	50	
<i>ft 8 hour pain relief oral tablet extended release</i>	50	QL (170 EA per 34 days)
<i>ft acidophilus probiotic blend oral capsule</i>	50	PA
<i>ft adult multi gummies oral tablet chewable</i>	50	PA
<i>ft all day allergy 24 hour oral tablet</i>	50	QL (30 EA per 30 days)
<i>ft all day allergy childrens oral solution</i>	50	QL (300 ML per 30 days)
<i>ft all day allergy oral tablet</i>	50	QL (30 EA per 30 days)
<i>ft all day allergy relief oral tablet 10 mg</i>	50	QL (30 EA per 30 days)
<i>ft all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>ft allergy childrens oral solution</i>	50	
<i>ft allergy d-12 hour oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>ft allergy relief 12 hour oral tablet</i>	50	
<i>ft allergy relief 24 hour oral tablet</i>	50	
<i>ft allergy relief cetirizine oral tablet 10 mg</i>	50	QL (30 EA per 30 days)
<i>ft allergy relief childrens oral solution</i>	50	QL (300 ML per 30 days)
<i>ft allergy relief loratadine oral tablet 10 mg</i>	50	QL (30 EA per 30 days)
<i>ft allergy relief oral tablet 10 mg</i>	50	QL (30 EA per 30 days)
<i>ft allergy relief oral tablet 180 mg</i>	50	
<i>ft allergy relief-d oral tablet extended release 24 hour</i>	50	
<i>ft antacid extra strength oral tablet chewable</i>	50	
<i>ft antacid regular strength oral tablet chewable</i>	50	
<i>ft antifungal external cream 2 %</i>	50	
<i>ft arthritis pain external gel</i>	50	
<i>ft arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	50	QL (170 EA per 34 days)
<i>ft aspirin adult low dose oral tablet delayed release</i>	50	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>ft aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	50	
<i>ft aspirin oral tablet</i>	50	
<i>ft aspirin oral tablet chewable</i>	50	
<i>ft calcium + vitamin d3 oral tablet</i>	50	PA
<i>ft calcium citrate +vitamin d3 oral tablet</i>	50	PA
<i>ft calcium citrate/vit d3 oral tablet</i>	50	PA
<i>ft calcium oral tablet</i>	50	
<i>ft chest congestion relief dm oral tablet</i>	50	
<i>ft chest congestion relief oral tablet</i>	50	
<i>ft childrens multi oral tablet chewable</i>	50	PA
<i>ft children's pain/fever oral tablet chewable</i>	50	
<i>ft clearlax oral powder</i>	50	QL (527 GM per 30 days)
<i>ft clotrimazole 3 vaginal cream</i>	50	
<i>ft clotrimazole vaginal cream 1 %</i>	50	
<i>ft enteric coated aspirin oral tablet delayed release</i>	50	
<i>ft eye allergy itch & redness ophthalmic solution</i>	50	
<i>ft eye allergy itch relief ophthalmic solution</i>	50	
<i>ft eye health oral capsule</i>	50	PA
<i>ft fish oil oral capsule</i>	50	PA
<i>ft fish oil oral capsule delayed release 1000 mg</i>	50	PA
<i>ft flaxseed oil oral capsule</i>	50	PA
<i>ft immune support oral tablet chewable</i>	50	PA
<i>ft lice killing max st external shampoo</i>	50	
<i>ft magnesium oral tablet</i>	50	PA
<i>ft magnesium oxide oral tablet</i>	50	PA
<i>ft miconazole 1 vaginal kit</i>	50	
<i>ft miconazole 3 comb pack-supp vaginal kit</i>	50	
<i>ft miconazole 3 combo pack vaginal kit</i>	50	
<i>ft miconazole 7 vaginal cream</i>	50	
<i>ft milk thistle extract oral capsule</i>	50	PA
<i>ft mucus relief 12hr max str oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>ft mucus relief 12hr oral tablet extended release 12 hour</i>	50	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>ft mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>ft naloxone hcl nasal liquid</i>	50	QL (4 EA per 365 days)
<i>ft nicotine mini mouth/throat lozenge</i>	50	
<i>ft nicotine mouth/throat gum</i>	50	
<i>ft nicotine mouth/throat lozenge</i>	50	
<i>ft nicotine transdermal patch 24 hour</i>	50	
<i>ft omeprazole oral tablet delayed release</i>	50	PA
<i>ft pain & fever childrens oral suspension</i>	50	PA
<i>ft pain & fever infants oral suspension</i>	50	PA
<i>ft probiotic advanced oral capsule</i>	50	PA
<i>ft probiotic childrens oral tablet chewable</i>	50	PA
<i>ft probiotic oral capsule</i>	50	PA
<i>ft tioconazole-1 vaginal ointment</i>	50	
<i>ft tussin adult oral liquid</i>	50	
<i>ft tussin dm max adult oral liquid</i>	50	
<i>ft vitamin a oral capsule</i>	50	PA
<i>ft vitamin c oral tablet</i>	50	PA
<i>ft vitamin c oral tablet chewable</i>	50	PA
<i>ft vitamin c/rose hips oral tablet</i>	50	PA
<i>ft vitamin d3 oral capsule</i>	50	PA
<i>ft vitamin d3 oral tablet</i>	50	PA
<i>ft vitamin d3 rapid release oral capsule</i>	50	PA
FULLIFY ORAL CAPSULE	50	PA
FUSION PLUS ORAL CAPSULE	50	
<i>gavilax oral powder</i>	50	QL (527 GM per 30 days)
GENADEK STEP 1 ORAL CAPSULE	50	PA
GENADEK STEP 2 ORAL CAPSULE	50	PA
GENORAVANCE ORAL CAPSULE	50	PA
<i>genuine aspirin oral tablet</i>	50	
<i>geri-tussin dm oral liquid</i>	50	
<i>geri-tussin dm oral syrup</i>	50	
<i>geri-tussin oral liquid</i>	50	
<i>giltuss honey cgh/chest conges oral liquid</i>	50	
<i>giltuss honey cgh/chst child oral liquid</i>	50	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>giltuss honey dm childrens oral liquid</i>	50	
<i>giltuss honey dm oral liquid</i>	50	
<i>glycolax oral powder</i>	50	QL (527 GM per 30 days)
GOOD START KIDS PROBIOTIC ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
<i>goodsense all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>goodsense aller-ease oral tablet</i>	50	
<i>goodsense allergy relief child oral solution</i>	50	
<i>goodsense antacid extra str oral tablet chewable</i>	50	
<i>goodsense antacid oral tablet chewable 500 mg, 750 mg</i>	50	
<i>goodsense arthritis pain external gel</i>	50	
<i>goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	50	
<i>goodsense aspirin oral tablet</i>	50	
<i>goodsense clearlax oral powder</i>	50	QL (527 GM per 30 days)
<i>goodsense lice killing external liquid</i>	50	
<i>goodsense lice killing max str external shampoo</i>	50	
<i>goodsense mucus dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	50	
<i>goodsense mucus er maximum str oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>goodsense mucus er oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>goodsense mucus relief dm oral tablet</i>	50	
<i>goodsense mucus relief oral tablet</i>	50	
<i>goodsense nicotine mouth/throat gum</i>	50	
<i>goodsense nicotine mouth/throat lozenge 4 mg</i>	50	
<i>goodsense nicotine polricrilex mouth/throat gum</i>	50	
<i>goodsense omeprazole/sodium bicarbonate oral capsule</i>	50	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>goodsense tussin dm max oral liquid</i>	50	
<i>growing bones & muscles kids oral tablet chewable</i>	50	PA
<i>guaiaisorb dm oral liquid 20-200 mg/10ml</i>	50	
<i>guaifed oral liquid</i>	50	
<i>guaifed-dm oral liquid</i>	50	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>guaifenesin dm oral liquid</i>	50	
<i>guaifenesin er oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>guaifenesin oral liquid</i>	50	
<i>guaifenesin oral tablet 400 mg</i>	50	
<i>guaifenesin-codeine oral solution</i>	50	PA
<i>guaifenesin-dm oral liquid 200-10 mg/5ml</i>	50	
<i>guaifenesin-dm oral syrup</i>	50	
GUTSTOR ORAL CAPSULE	50	PA
GUTVANTAGE ORAL CAPSULE	50	PA
GUTVIA ORAL CAPSULE	50	PA
GUTVITE IMMUNE SUPPORT ORAL CAPSULE	50	PA
<i>habitrol transdermal patch 24 hour</i>	50	
<i>healthy eyes supervision 2 oral capsule</i>	50	PA
<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin oral capsule</i>	50	PA
<i>healthylax oral packet</i>	50	QL (527 EA per 30 days)
HEMOCYTE PLUS ORAL CAPSULE	50	
<i>her style oral tablet</i>	50	QL (2 EA per 30 days)
HYCODAN ORAL SOLUTION 5-1.5 MG/5ML	50	PA
HYCODAN ORAL TABLET 5-1.5 MG	50	
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er oral suspension extended release</i>	50	PA
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution</i>	50	PA
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral tablet</i>	50	
<i>hydromet oral solution 5-1.5 mg/5ml</i>	50	PA
HYLAZINC ORAL TABLET	50	PA
HYVITE ORAL TABLET	50	PA
IDEAL BOWEL SUPPORT ORAL CAPSULE	50	PA
<i>iferex 150 forte oral capsule 150-25-1 mg-mcg-mg</i>	50	PA
IMCIVREE SUBCUTANEOUS SOLUTION	50	PA
<i>immune 24 hour+ oral capsule</i>	50	PA
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS SOLUTION	50	
INFUVITE PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION	50	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
INTEGRA F ORAL CAPSULE	50	PA
INTEGRA PLUS ORAL CAPSULE	50	
IRON FOLATE PLUS ORAL CAPSULE	50	
IRON FOLATE-F ORAL CAPSULE 125-1 MG	50	PA
IROSPAN 24/6 ORAL	50	PA
IS-D 10,000 ORAL CAPSULE	50	PA
<i>ivermectin external lotion</i>	50	PA
JARRO-DOPHILUS HYPOALLERGENIC ORAL CAPSULE	50	PA
JARRO-DOPHILUS PROBIOT+PRE+FOS ORAL CAPSULE	50	PA
<i>just 4 kidz multivit/probiotic oral tablet chewable</i>	50	PA
KEYFOLIC ORAL TABLET	50	PA
KEYLOSA ORAL TABLET	50	PA
KIDS FIRST VITAMIN D3 GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
K-PHOS-NEUTRAL ORAL TABLET	50	
LACTEOL DIARRHEASE ORAL CAPSULE	50	PA
<i>lactobacillus oral tablet</i>	50	PA
<i>lactobacillus probiotic oral tablet</i>	50	PA
<i>laxative osmotic oral powder</i>	50	QL (527 GM per 30 days)
<i>levonorgestrel oral tablet</i>	50	QL (2 EA per 30 days)
<i>lice killing external shampoo</i>	50	
<i>lice killing shampoo max str external shampoo</i>	50	
<i>lice treatment external liquid</i>	50	
LIDAFLEX EXTERNAL PATCH	50	PA
<i>liquid acetaminophen oral liquid</i>	50	
<i>l-methylfolate calcium oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	50	
<i>l-methylfolate oral tablet</i>	50	
<i>l-methyl-mc oral tablet 6-1-50-5 mg</i>	50	PA
<i>loratadine childrens oral solution</i>	50	
<i>loratadine oral solution</i>	50	
<i>loratadine oral tablet</i>	50	QL (30 EA per 30 days)
<i>loratadine oral tablet dispersible</i>	50	
<i>loratadine-d 12hr oral tablet extended release 12 hour</i>	50	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>loratadine-d 24hr oral tablet extended release 24 hour</i>	50	
LORMATE ORAL CAPSULE	50	PA
LUMAVEX ORAL CAPSULE	50	PA
LUMIVA ORAL CAPSULE	50	PA
LUMIVANCE ORAL CAPSULE	50	PA
LUNAVIRA ORAL CAPSULE	50	PA
LYSIPLEX PLUS ORAL TABLET	50	PA
<i>magnesium extra strength oral capsule</i>	50	PA
<i>magnesium oxide -mg supplement oral capsule 400 mg</i>	50	PA
<i>magnesium oxide -mg supplement oral tablet</i>	50	PA
<i>magnesium oxide oral tablet</i>	50	PA
<i>magnesium-oxide oral tablet</i>	50	PA
<i>mag-oxide oral tablet</i>	50	PA
MAX TUSSIN DM COUGH&CHEST CONG ORAL LIQUID 20-200 MG/10ML	50	
MAX TUSSIN MUCUS & CHEST CONG ORAL LIQUID	50	
<i>maxi-tuss ac oral solution</i>	50	PA
<i>maxi-tuss g oral liquid</i>	50	
<i>maxi-tuss gmx oral liquid</i>	50	
MEDI TAB ORAL TABLET	50	PA
MENATROL ORAL CAPSULE	50	PA
<i>mens multivitamin gummies oral tablet chewable</i>	50	PA
<i>mens multivitamin oral tablet chewable</i>	50	PA
METAFOLBIC ORAL TABLET	50	PA
METAFOLBIC PLUS ORAL TABLET	50	PA
METAFOLBIC PLUS RF ORAL TABLET 6-90.314-2-600 MG	50	PA
METAVAX ORAL TABLET	50	PA
<i>methyfol-algae-b12-acetylcyst oral tablet</i>	50	PA
<i>micaderm external cream</i>	50	
<i>miconazole 3 combo pack vaginal kit</i>	50	
<i>miconazole 7 vaginal cream</i>	50	
<i>miconazole nitrate combo pack vaginal kit</i>	50	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>miconazole nitrate external cream</i>	50	
MICROBIOTA ORAL CAPSULE	50	PA
MICROFLOR ORAL CAPSULE	50	PA
MICROVIA ORAL CAPSULE	50	PA
MICROWELL ORAL CAPSULE	50	PA
<i>milk thistle oral capsule 175 mg</i>	50	PA
MINCORA ORAL TABLET	50	PA
MINOVIA ORAL TABLET	50	PA
MI-VITE RX ORAL TABLET	50	PA
<i>mm allergy relief 24 hour oral tablet</i>	50	
<i>mm arthritis pain reliever external gel</i>	50	
<i>mm aspirin oral tablet delayed release</i>	50	
<i>mm clearlax oral powder</i>	50	QL (527 GM per 30 days)
<i>mm fexofenadine hcl oral tablet</i>	50	
MOOD FOOD ES ORAL CAPSULE	50	PA
MOOD FOOD ORAL CAPSULE	50	PA
MOVENTRA ORAL CAPSULE	50	PA
MOVYRA ORAL CAPSULE	50	PA
<i>m-pap oral liquid</i>	50	
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS ORAL LIQUID	50	
MUCOLYTE ORAL LIQUID	50	
MUCOLYTE-DM ORAL LIQUID	50	
<i>mucus & chest congestion oral liquid</i>	50	
<i>mucus dm oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>mucus relief dm er max str oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>mucus relief dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	50	
<i>mucus relief dm oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	50	
<i>mucus relief dm oral tablet</i>	50	
<i>mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>mucus relief er oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour</i>	50	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>mucus relief oral tablet</i>	50	
<i>mucus relief oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>mucus-dm maximum strength oral tablet extended release 12 hour 60-1200 mg</i>	50	
<i>multiple vitamins adult intravenous solution</i>	50	
<i>multiple vitamins pediatric intravenous solution</i>	50	
MULTIPRO ORAL CAPSULE	50	PA
MULTITOL-M ORAL TABLET	50	PA
<i>mvw hi-d adek gummies oral tablet chewable</i>	50	PA
MVW HI-D DROPS W/EXTRA VIT D ORAL LIQUID	50	PA
MVW MODULATOR FORMULATION MINI ORAL CAPSULE	50	PA
MVW MODULATOR FORMULATION ORAL CAPSULE	50	PA
MVW MODULATOR FORMULATION PEDS ORAL LIQUID	50	PA
MVW ORANGE CHEWABLES ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
<i>my choice oral tablet</i>	50	QL (2 EA per 30 days)
<i>my way oral tablet</i>	50	QL (2 EA per 30 days)
<i>naloxone hcl nasal liquid</i>	50	QL (4 EA per 365 days)
NARCAN NASAL LIQUID	50	QL (4 EA per 365 days)
NASCOBAL NASAL SOLUTION	50	PA
NEOVITE ORAL TABLET	50	PA
NEPHPLEX RX ORAL TABLET	50	
NEPHRON FA ORAL TABLET	50	PA
<i>new day oral tablet</i>	50	QL (2 EA per 30 days)
NEWFLORA PROBIOTIC ORAL CAPSULE	50	PA
NEXOCHW ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
NICADAN ORAL TABLET	50	PA
NICAZEL FORTE ORAL TABLET	50	PA
NICAZEL ORAL TABLET	50	PA
NICOMIDE ORAL TABLET	50	PA
<i>nicotinamide oral tablet</i>	50	PA
<i>nicotine mini mouth/throat lozenge</i>	50	
<i>nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge</i>	50	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	50	
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	50	
<i>nicotine step 1 transdermal patch 24 hour</i>	50	
<i>nicotine step 2 transdermal patch 24 hour</i>	50	
<i>nicotine step 3 transdermal patch 24 hour</i>	50	
<i>nicotine transdermal kit</i>	50	
<i>nicotine transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr</i>	50	
NIFEREX ORAL TABLET	50	PA
NIVA-FOL ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	50	PA
NORIXA ORAL TABLET	50	PA
NORVEXA ORAL TABLET	50	PA
NUGUT BOWEL SUPPORT PROBIOTIC ORAL CAPSULE	50	PA
NUTRALYN ORAL TABLET	50	PA
NUTRAVANCE ORAL TABLET	50	PA
NUTRA-Z+ ORAL CAPSULE	50	PA
NUTRIFAC ZX ORAL TABLET	50	PA
OCUVEL ORAL CAPSULE	50	PA
OCUVITE ADULT FORMULA ORAL CAPSULE	50	PA
OCUVITE EYE PERFORMANCE ORAL CAPSULE	50	PA
<i>odorless coated fish oil oral capsule delayed release</i>	50	PA
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution</i>	50	
<i>omega 3 fish oil oral capsule</i>	50	PA
<i>omega 3 oral capsule 1000 mg</i>	50	PA
<i>omega-3 fish oil oral capsule 1000 mg, 1200 mg</i>	50	PA
<i>omega-3 oral capsule 1000 mg</i>	50	PA
<i>omeprazole oral tablet delayed release</i>	50	PA
ONE A DAY MENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
ONE A DAY POSTNATAL ORAL CAPSULE	50	PA
ONE A DAY WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
ONE-A-DAY WOMENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ONEVITE CALCIUM+D3 ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	50	PA
ONEVITE ORAL TABLET	50	PA
<i>opcicon one-step oral tablet</i>	50	QL (2 EA per 30 days)
<i>option 2 oral tablet</i>	50	QL (2 EA per 30 days)
<i>oyster shell calcium oral tablet</i>	50	
<i>oyster shell calcium w/d oral tablet</i>	50	PA
<i>oyster shell calcium/d3 oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	50	PA
<i>oyster shell calcium/vit d oral tablet</i>	50	PA
<i>oyster shell calcium/vit d3 oral tablet</i>	50	PA
<i>oyster shell calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	50	PA
<i>pain & fever childrens oral suspension</i>	50	PA
<i>pain & fever infants oral suspension</i>	50	PA
<i>pain & fever kids oral suspension</i>	50	PA
<i>pain and fever relief kids oral liquid 160 mg/5ml</i>	50	
PAXLYTE ORAL CAPSULE	50	PA
PAXOTIN ORAL CAPSULE	50	PA
<i>peg 3350 oral packet</i>	50	QL (527 EA per 30 days)
<i>peg 3350 oral powder</i>	50	QL (527 GM per 30 days)
PEPTYXAL ORAL CAPSULE	50	PA
<i>pharmacist choice d-vitamin oral liquid</i>	50	PA
PHOSPHA 250 NEUTRAL ORAL TABLET	50	
<i>phosphorous oral tablet</i>	50	
PHOSPHO-TRIN 250 NEUTRAL ORAL TABLET	50	
<i>phytonadione injection solution</i>	50	
<i>phytonadione oral tablet</i>	50	
<i>polyethylene glycol 3350 oral packet</i>	50	QL (527 EA per 30 days)
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder</i>	50	QL (527 GM per 30 days)
<i>poly-iron 150 forte oral capsule</i>	50	PA
<i>polysaccharide iron forte oral capsule</i>	50	PA
PRESCRIPTION SUPPORT MULTIVIT ORAL CAPSULE	50	PA
PRESERVISION AREDS 2 ORAL CAPSULE	50	PA

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PRESERVISION AREDS 2 ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
PRESERVISION AREDS 2+COQ10 ORAL CAPSULE	50	PA
PRESERVISION AREDS 2+MULTI VIT ORAL CAPSULE	50	PA
PRESERVISION AREDS 3 ORAL CAPSULE	50	PA
PREVENT ORAL CAPSULE	50	PA
PREV-RX ORAL TABLET	50	PA
PRIMADOPHILUS KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
<i>primadophilus oral capsule</i>	50	PA
PRIMIDAR ORAL CAPSULE	50	PA
PROBIO DEFENSE ORAL CAPSULE	50	PA
PROBIOFLEXX ORAL CAPSULE	50	PA
PROBIOMAX COMPLETE DF ORAL CAPSULE	50	PA
PROBIOMAX IG 26 DF ORAL CAPSULE	50	PA
PROBIOMAX LEAN DF ORAL CAPSULE	50	PA
PROBIOMAX SB DF ORAL CAPSULE	50	PA
PROBIOMAX SERENITY ORAL CAPSULE	50	PA
PROBIONEXX ORAL CAPSULE	50	PA
PROBIONYX ORAL CAPSULE	50	PA
<i>probiotic + immune oral tablet chewable</i>	50	PA
<i>probiotic + turmeric extract oral capsule</i>	50	PA
<i>probiotic 10 ultra strength oral capsule</i>	50	PA
<i>probiotic acidophilus oral capsule</i>	50	PA
<i>probiotic acidophilus oral tablet chewable</i>	50	PA
<i>probiotic advanced formula oral capsule</i>	50	PA
<i>probiotic digestive supp oral capsule</i>	50	PA
<i>probiotic formula oral capsule</i>	50	PA
<i>probiotic gummies oral tablet chewable</i>	50	PA
<i>probiotic oral capsule 1-250 billion-mg</i>	50	PA
<i>probiotic oral tablet chewable</i>	50	PA
PROBIOTIC PEARLS MAX POTENCY ORAL CAPSULE	50	PA

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PROBIOTIC PEARLS WOMENS ORAL CAPSULE	50	PA
<i>probiotic/prebiotic/cranberry oral capsule</i>	50	PA
<i>probiotics + bariatric multi oral capsule</i>	50	PA
PROBIOVEX ORAL CAPSULE	50	PA
PROBISTOR ORAL CAPSULE	50	PA
PROBITROL ORAL CAPSULE	50	PA
PROBIZEN ORAL CAPSULE	50	PA
PROFOLA ORAL TABLET	50	PA
PROLEEVA ORAL CAPSULE	50	PA
PROMEROL ORAL CAPSULE	50	PA
<i>promethazine-codeine oral solution</i>	50	PA
<i>promethazine-codeine oral syrup</i>	50	PA
<i>promethazine-dm oral syrup</i>	50	
<i>pseudoephedrine-bromphen-dm oral syrup</i>	50	
<i>pure calcium carbonate oral tablet</i>	50	
<i>purevit dualfe plus oral capsule</i>	50	
<i>pyridoxine hcl solution 100 mg/ml injection</i>	50	
PYRIDOXINE HCL SOLUTION 100 MG/ML INJECTION	50	
<i>quad-probiotic oral capsule</i>	50	PA
<i>react oral tablet 1.5 mg</i>	50	QL (2 EA per 30 days)
REJUVAFLOR ORAL CAPSULE	50	PA
RELCARE ORAL TABLET	50	PA
REMEDIENT ORAL CAPSULE	50	PA
REPHRESH PRO-B ORAL CAPSULE	50	PA
RESTORA RX ORAL CAPSULE	50	PA
REVITAFLOR ORAL CAPSULE	50	PA
REVYRA ORAL TABLET	50	PA
RHEUMATE ORAL CAPSULE	50	PA
<i>saccharomyces boulardii oral capsule</i>	50	PA
SACCHAROMYCIN DF ORAL CAPSULE	50	PA
SAFETUSSIN DM COUGH/CHEST CONG ORAL LIQUID	50	
SD PROBIOTIC-10 COMPLEX ULTRA ORAL CAPSULE	50	PA

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>se-tan plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	50	
<i>shewise oral tablet</i>	50	QL (2 EA per 30 days)
SIDEROL ORAL TABLET	50	PA
SMARTY PANTS KIDS PROBIOTIC ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
<i>smooth antacid extra strength oral tablet chewable</i>	50	
<i>smooth lax oral powder</i>	50	QL (527 GM per 30 days)
STABLEGI ORAL CAPSULE	50	PA
STROVITE ONE ORAL TABLET	50	PA
SUPPORT-500 ORAL CAPSULE	50	PA
<i>sv fish oil oral capsule</i>	50	PA
<i>sv magnesium oral tablet</i>	50	PA
<i>sv probiotic extra strength oral capsule</i>	50	PA
<i>sv vitamin d3 oral capsule</i>	50	PA
<i>sv vitamin d3 oral tablet chewable</i>	50	PA
SYMBIARA ORAL CAPSULE	50	PA
SYMBIONEX ORAL CAPSULE	50	PA
SYMFLORA ORAL CAPSULE	50	PA
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
<i>take action oral tablet</i>	50	QL (2 EA per 30 days)
TARON FORTE ORAL CAPSULE	50	PA
<i>thiamine hcl injection solution</i>	50	
TM-VITE RX ORAL TABLET 1 MG	50	PA
TOBAKIENT ORAL CAPSULE	50	PA
TREBIOME ORAL CAPSULE	50	PA
TREXION ORAL CAPSULE	50	PA
TREXVIA ORAL CAPSULE	50	PA
<i>trigels-f forte oral capsule</i>	50	PA
TRILOGEL EXTERNAL GEL	50	PA
TRONVITE ORAL TABLET	50	PA
TRUBIOTICS DIGEST + IMM HEALTH ORAL CAPSULE	50	PA
TRUBIOTICS DIGEST + IMM HEALTH ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TRUBIOTICS KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
TRUE FERROUS SULFATE ORAL TABLET DELAYED RELEASE	50	
<i>true laxative oral powder 17 gm/scoop</i>	50	QL (527 GM per 30 days)
TRUE MAGNESIUM OXIDE ORAL TABLET 400 MG	50	PA
<i>true oyster shell calcium oral tablet</i>	50	
TRUE VITAMIN C ORAL TABLET	50	PA
TRUE VITAMIN D3 ORAL CAPSULE	50	PA
TRUE VITAMIN D3 ORAL TABLET	50	PA
TRUEBOOST ORAL TABLET	50	PA
TRUECORE ORAL CAPSULE	50	PA
TRUEVITE ORAL TABLET	50	PA
TULIVITE ORAL TABLET	50	PA
<i>tusnel-ex oral liquid</i>	50	
<i>tussin dm cough & chest conges oral liquid</i>	50	
<i>tussin dm cough + chest oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	50	
<i>tussin dm max oral liquid</i>	50	
<i>tussin dm oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	50	
<i>tussin mucus & chest congest oral liquid</i>	50	
<i>tussin mucus+chest congest sf oral liquid</i>	50	
<i>tussin mucus+chest congestion oral liquid</i>	50	
<i>tussin oral liquid</i>	50	
TUXARIN ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	50	PA
UDAMIN SP ORAL TABLET	50	PA
UP4 PROBIOTICS KIDS CUBES ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
UP4 PROBIOTICS KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
UP4 PROBIOTICS MENS ORAL CAPSULE	50	PA
UP4 PROBIOTICS ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
UP4 PROBIOTICS ULTRA ORAL CAPSULE	50	PA

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
UP4 PROBIOTICS WOMENS ORAL CAPSULE	50	PA
VALENTA ORAL TABLET	50	PA
VALYRA ORAL CAPSULE	50	PA
<i>v-c forte oral capsule</i>	50	PA
VENEXA FE ORAL TABLET	50	PA
VENEXA ORAL TABLET	50	PA
VENTRIXYL FE ORAL TABLET	50	PA
VENTRIXYL ORAL TABLET	50	PA
VH ESSENTIALS OPTIBALANCE ORAL CAPSULE	50	PA
VIC-FORTE ORAL CAPSULE	50	PA
VIRELIX ORAL TABLET	50	PA
VIREXA ORAL TABLET	50	PA
<i>vision health oral capsule</i>	50	PA
VISION OPTIMIZER ORAL CAPSULE	50	PA
VISTA ADVANCED AREDS2 FORMULA ORAL CAPSULE	50	PA
VISTA ADVANCED DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	50	PA
VITA S FORTE ORAL TABLET	50	PA
<i>vitabex plus oral capsule</i>	50	PA
VITACEL ORAL TABLET	50	PA
<i>vitachew adult multi vitamin oral tablet chewable</i>	50	PA
VITACHEW ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
<i>vitachew vitamin d3 oral tablet chewable</i>	50	PA
VITACORE ORAL TABLET	50	PA
VITAFUSION MULTI WOMENS ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
VITAJoy MULTI GUMMIES ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
VITAL-D RX ORAL TABLET	50	
VITALUX ORAL TABLET	50	PA
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 50000 unit</i>	50	
<i>vitamin k1 injection solution</i>	50	
VITAROCA PLUS ORAL TABLET	50	PA

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
VITASCRIPT ORAL TABLET	50	PA
VITASURE ORAL TABLET	50	PA
VITAVERA ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
VITEYES AREDS 2 FORMULA +COQ10 ORAL CAPSULE	50	PA
VITEYES AREDS 2 FORMULA +MULTI ORAL CAPSULE	50	PA
VITEYES AREDS 2 FORMULA MINI ORAL CAPSULE	50	PA
VITEYES AREDS 2 FORMULA ORAL CAPSULE	50	PA
VITEYES CLASSIC ADVANCED ORAL CAPSULE	50	PA
VITEYES CLASSIC MACULAR SUPPOR ORAL CAPSULE	50	PA
VITEYES CLASSIC ZINC FREE ORAL CAPSULE	50	PA
VITEYES CLASSIC+OMEGA-3 ORAL CAPSULE	50	PA
<i>viteyes complete oral capsule</i>	50	PA
VITRAMYN ORAL TABLET	50	PA
VITRANOL FE ORAL TABLET	50	PA
VITRANOL ORAL TABLET	50	PA
VITRAX ORAL TABLET	50	PA
VITREXATE FE ORAL TABLET	50	PA
VITREXATE ORAL TABLET	50	PA
VITREXYL + IRON ORAL TABLET	50	PA
VITREXYL ORAL TABLET	50	PA
VITRION ORAL TABLET	50	PA
VSL#3 ORAL CAPSULE	50	PA
<i>wal-itin d oral tablet extended release 12 hour</i>	50	
<i>wal-zyr allergy childrens oral solution</i>	50	QL (300 ML per 30 days)
<i>wal-zyr childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	50	QL (300 ML per 30 days)
<i>weekly-d oral capsule</i>	50	PA
WELL MAGNESIUM OXIDE ORAL TABLET	50	PA
WELL VITAMIN C ORAL TABLET	50	PA
WELL VITAMIN D3 ORAL CAPSULE	50	PA

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
WELLFOLA ORAL TABLET	50	PA
WESTAB MAX ORAL TABLET	50	PA
womens multi gummies oral tablet chewable	50	PA
womens multivitamin + collagen oral tablet chewable	50	PA
womens multivitamin gummies oral tablet chewable	50	PA
your choice oral tablet	50	QL (2 EA per 30 days)
YUM-VS COMPLETE MULTIVITAMIN ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
YUMVS MULTI ZERO ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
YUMVS PROBIOTIC ZERO ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
YUMVS VITAMIN C ZERO ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
YUMVS VITAMIN D3 ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
YUMVS VITAMIN D3 ZERO ORAL TABLET CHEWABLE 25 MCG (1000 UT)	50	PA
YUMVS ZERO DIABETIC MULTIVITAM ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
YUMVSKIDS PROBIOTIC ZERO ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
YUM-YUM DOPHILUS ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
YUM-YUM DOPHILUS PROBIOTIC ORAL TABLET CHEWABLE	50	PA
ZELDANA ORAL CAPSULE	50	PA
ZENTERA ORAL CAPSULE	50	PA
ZENVYRA ORAL CAPSULE	50	PA
Miscellaneous Therapeutic Agents		
ALCOHOL PREP PADS PAD	3	
ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %	3	
AQ INSULIN SYRINGE	2	QL (200 EA per 30 days)
AQINJECT PEN NEEDLE	2	QL (200 EA per 30 days)
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	2	QL (200 EA per 30 days)
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	2	QL (200 EA per 30 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE 31G X 4 MM	2	QL (200 EA per 30 days)
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE	2	QL (200 EA per 30 days)
AUM PEN NEEDLE 32G X 5 MM , 33G X 4 MM , 33G X 5 MM , 33G X 6 MM	2	QL (200 EA per 30 days)
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE	2	QL (200 EA per 30 days)
AUM SAFETY PEN NEEDLE	2	QL (200 EA per 30 days)
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE	2	QL (200 EA per 30 days)
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLES	2	QL (200 EA per 30 days)
BD PEN NEEDLE MICRO ULTRAFINE	2	QL (200 EA per 30 days)
BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE	2	QL (200 EA per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO ULTRAFINE	2	QL (200 EA per 30 days)
BD PEN NEEDLE ORIG ULTRAFINE	2	QL (200 EA per 30 days)
BD PEN NEEDLE SHORT ULTRAFINE	2	QL (200 EA per 30 days)
BD ULTRA-FINE INSULIN SYRINGES 27G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML, 31G X 6MM 0.5 ML	2	QL (200 EA per 30 days)
BD ULTRA-FINE PEN NEEDLES	2	QL (200 EA per 30 days)
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE	2	QL (200 EA per 30 days)
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES	2	QL (200 EA per 30 days)
DROPLET MICRON	2	QL (200 EA per 30 days)
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO	2	QL (200 EA per 30 days)
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE	2	QL (200 EA per 30 days)
ELLA ORAL TABLET	3	
EMBECTA AUTOSHIELD DUO	2	QL (200 EA per 30 days)
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT	2	QL (200 EA per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	2	QL (200 EA per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYRINGE	2	QL (200 EA per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100	2	QL (200 EA per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500	2	QL (200 EA per 30 days)
EMBECTA PEN NEEDLE NANO	2	QL (200 EA per 30 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN	2	QL (200 EA per 30 days)
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE	2	QL (200 EA per 30 days)
EMBRACE PEN NEEDLES 30G X 5 MM , 30G X 8 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM	2	QL (200 EA per 30 days)
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES	2	QL (200 EA per 30 days)
INSULIN PEN NEEDLES 29G X 10MM , 29G X 12.7MM , 29G X 12MM , 29G X 4MM , 29G X 5MM , 29G X 8MM , 30G X 5 MM , 30G X 6 MM , 30G X 8 MM , 31G X 4 MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 32G X 8 MM , 33G X 4 MM , 33G X 5 MM , 33G X 6 MM , 34G X 3.5 MM	2	QL (200 EA per 30 days)
INSULIN SYRINGES 27G X 1/2" 0.5 ML, 27G X 1/2" 1 ML, 27G X 5/8" 1 ML, 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 29G X 5/16" 0.5 ML, 29G X 5/16" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 1/2" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML, 32G X 5/16" 0.5 ML, 32G X 5/16" 1 ML	2	QL (200 EA per 30 days)
INSUPEN32G EXTR3ME	2	QL (200 EA per 30 days)
KYGEVVI ORAL PACKET	5	PA
<i>levocarnitine oral solution</i>	4	
<i>levocarnitine oral tablet</i>	4	
<i>levocarnitine sf oral solution</i>	4	
NOVOFINE PEN NEEDLE	2	QL (200 EA per 30 days)
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE	2	QL (200 EA per 30 days)
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION	4	B/D PA
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT	3	QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD 5 DEXCOM PODS	3	QL (30 EA per 30 days)
OMNIPOD 5 LIBRE INTRO KIT	3	QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD 5 LIBRE PODS	3	QL (30 EA per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	3	QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) KIT	3	QL (1 EA per 365 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
OMNIPOD DASH PODS	3	QL (30 EA per 30 days)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP	2	QL (200 EA per 30 days)
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 32G X 6 MM	2	QL (200 EA per 30 days)
PIP PEN NEEDLES 32G X 4MM	2	QL (200 EA per 30 days)
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	2	QL (200 EA per 30 days)
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE	2	QL (200 EA per 30 days)
RAYA SURE PEN NEEDLE	2	QL (200 EA per 30 days)
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; QL (1 ML per 28 days)
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 128 MG/0.8ML	5	PA; QL (0.8 ML per 28 days)
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 160 MG/ML	5	PA; QL (1 ML per 28 days)
SAFETY PEN NEEDLES	2	QL (200 EA per 30 days)
SKYCLARYS ORAL CAPSULE	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>sodium chloride irrigation solution</i>	2	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	2	QL (200 EA per 30 days)
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE	2	QL (200 EA per 30 days)
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	2	QL (200 EA per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE	2	QL (200 EA per 30 days)
UNIFINE OTC PEN NEEDLES	2	QL (200 EA per 30 days)
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE	2	QL (200 EA per 30 days)
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE	2	QL (200 EA per 30 days)
VERIFINE INSULIN SYRINGE	2	QL (200 EA per 30 days)
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	2	QL (200 EA per 30 days)
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR	2	QL (200 EA per 30 days)
V-GO 20 KIT	3	
V-GO 30 KIT	3	
V-GO 40 KIT	3	
WEGOVY ORAL TABLET 1.5 MG	3	PA; QL (60 EA per 365 days)
WEGOVY ORAL TABLET 25 MG, 4 MG, 9 MG	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.25 MG/0.5ML, 0.5 MG/0.5ML, 1 MG/0.5ML	3	PA; QL (2 ML per 28 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 1.7 MG/0.75ML, 2.4 MG/0.75ML	3	PA; QL (3 ML per 28 days)
ZOKINVY ORAL CAPSULE	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
Ophthalmic Agents		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour</i>	3	
<i>acetazolamide oral tablet</i>	3	
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	2	
<i>azelastine hcl ophthalmic solution</i>	2	
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	4	QL (7 GM per 28 days)
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment</i>	2	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment</i>	3	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION	4	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution</i>	3	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.1 %</i>	3	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>	2	
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution</i>	3	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension</i>	4	
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %</i>	4	QL (12 ML per 365 days)
<i>carteolol hcl ophthalmic solution</i>	2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution</i>	2	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION	3	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution</i>	2	
<i>cyclosporine (pf) ophthalmic emulsion</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION	5	QL (60 ML per 28 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution</i>	3	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution</i>	2	
<i>dorzolamide hcl solution 2 % ophthalmic</i>	2	
DORZOLAMIDE HCL SOLUTION 2 % OPHTHALMIC	2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution</i>	2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution</i>	2	
<i>erythromycin ophthalmic ointment</i>	2	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION	3	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension</i>	3	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution</i>	2	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution</i>	4	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution</i>	2	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION	3	QL (4 ML per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	3	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	
<i>latanoprost ophthalmic solution</i>	1	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution</i>	2	
<i>levofloxacin ophthalmic solution</i>	3	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel</i>	4	QL (20 GM per 365 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL (2.5 ML per 25 days)
MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION	4	QL (12 ML per 30 days)
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution</i>	2	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION	4	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution</i>	3	
<i>ofloxacin ophthalmic solution</i>	2	
<i>olopatadine hcl solution 0.2 % ophthalmic (rx)</i>	3	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	3	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution</i>	1	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension</i>	3	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION	3	QL (5.5 ML per 25 days)
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION	3	QL (60 EA per 30 days)
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL (2.5 ML per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL (2.5 ML per 25 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION	3	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution</i>	2	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution</i>	2	
<i>timolol maleate ophthalmic solution</i>	1	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT	4	
<i>tobramycin ophthalmic solution</i>	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension</i>	4	
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution</i>	4	QL (2.5 ML per 25 days)
<i>trifluridine ophthalmic solution</i>	4	
TYRVAYA NASAL SOLUTION	4	QL (8.4 ML per 30 days)
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION	4	QL (5 ML per 25 days)
XDEMVY OPHTHALMIC SOLUTION	5	QL (10 ML per 42 days)
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION	4	QL (60 EA per 30 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL	4	
Otic Agents		
<i>acetic acid otic solution</i>	2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension</i>	4	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution</i>	4	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension</i>	3	
<i>ofloxacin otic solution</i>	2	
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
ADEMPAS ORAL TABLET	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL	3	QL (24 GM per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL	3	QL (32.1 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108 (90 base) mcg/act inhalation</i>	2	QL (13.4 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108 (90 base) mcg/act inhalation</i>	2	QL (17 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108 (90 base) mcg/act inhalation</i>	2	QL (48 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%</i>	2	B/D PA; QL (525 ML per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	4	B/D PA; QL (375 ML per 30 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 2.5 mg/0.5ml</i>	2	B/D PA; QL (100 EA per 30 days)
<i>albuterol sulfate nebulization solution (5 mg/ml) 0.5% inhalation</i>	2	B/D PA; QL (100 EA per 30 days)
ALBUTEROL SULFATE NEBULIZATION SOLUTION (5 MG/ML) 0.5% INHALATION	2	B/D PA; QL (100 ML per 30 days)
<i>alyq oral tablet</i>	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet</i>	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>arformoterol tartrate inhalation nebulization solution</i>	4	PA; QL (120 ML per 30 days)
ARNUIITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	3	QL (30 EA per 30 days)
ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	4	QL (1 EA per 30 days)
ASMANEX (14 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	4	QL (1 EA per 30 days)
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	4	QL (1 EA per 30 days)
ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	4	QL (1 EA per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL	4	QL (13 GM per 30 days)
<i>azelastine hcl nasal solution</i>	2	QL (60 ML per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>breynga inhalation aerosol</i>	4	QL (10.3 GM per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-18-4.8 MCG/ACT	3	QL (10.7 GM per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT	3	QL (23.6 GM per 28 days)
<i>budesonide inhalation suspension</i>	4	B/D PA; QL (120 ML per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol</i>	4	QL (10.3 GM per 30 days)
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA; QL (84 ML per 28 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>cetirizine hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	2	
<i>cetirizine hcl solution 1 mg/ml oral (rx)</i>	2	
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION	3	QL (8 GM per 30 days)
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution</i>	3	B/D PA
<i>cyproheptadine hcl oral tablet</i>	4	
<i>diphenhydramine hcl injection solution</i>	4	
DULERA INHALATION AEROSOL 100-5 MCG/ACT, 200-5 MCG/ACT	4	PA; QL (17.6 GM per 30 days)
DULERA INHALATION AEROSOL 50-5 MCG/ACT	4	PA; QL (13 GM per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector</i>	3	QL (4 EA per 30 days)
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA; QL (1 ML per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML	4	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML	5	PA; QL (1 ML per 28 days)
<i>flunisolide nasal solution</i>	4	QL (50 ML per 30 days)
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension</i>	1	QL (16 GM per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml, 50 mg/25ml</i>	4	PA
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	3	PA
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule</i>	4	PA
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>ipratropium bromide hfa inhalation aerosol solution</i>	4	QL (25.8 GM per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	2	B/D PA; QL (312.5 ML per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>	2	QL (30 ML per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>	2	QL (45 ML per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution</i>	2	B/D PA; QL (540 ML per 30 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
KALYDECO ORAL PACKET	5	PA; QL (56 EA per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.63 mg/3ml</i>	4	B/D PA; QL (540 ML per 30 days)
LEVALBUTEROL HFA INHALATION AEROSOL 45 MCG/ACT	3	QL (30 GM per 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>macitentan oral tablet</i>	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>mometasone furoate nasal suspension</i>	4	QL (34 GM per 30 days)
<i>montelukast sodium oral packet</i>	2	
<i>montelukast sodium oral tablet</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet chewable</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>nintedanib esylate oral capsule</i>	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML	5	PA; QL (0.4 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA; QL (3 EA per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
ORENITRAM MONTH 1 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK	5	PA; QL (336 EA per 365 days)
ORENITRAM MONTH 2 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK	5	PA; QL (672 EA per 365 days)
ORENITRAM MONTH 3 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK	5	PA; QL (504 EA per 365 days)
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.125 MG	4	PA
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG	5	PA
ORKAMBI ORAL TABLET	5	PA; QL (112 EA per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule</i>	5	PA; QL (270 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	5	PA; QL (270 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	5	PA
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	5	PA; QL (90 EA per 30 days)

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	3	QL (2 EA per 30 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION	5	PA
QVAR REDHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED	3	QL (21.2 GM per 30 days)
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i>	4	PA; QL (56 EA per 365 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i>	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	3	PA; QL (90 EA per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION	3	QL (4 GM per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION	3	QL (24 GM per 30 days)
<i>tadalafil (pah) oral tablet</i>	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg, 450 mg</i>	4	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour</i>	2	
<i>tiotropium bromide inhalation capsule</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE	5	QL (224 EA per 56 days)
<i>tobramycin nebulization solution 300 mg/5ml inhalation</i>	5	B/D PA; QL (280 ML per 28 days)
TOBRAMYCIN NEBULIZATION SOLUTION 300 MG/5ML INHALATION	5	B/D PA; QL (280 ML per 28 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	3	QL (60 EA per 30 days)
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA; QL (84 EA per 28 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT	5	PA; QL (1 EA per 21 days)
<i>wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
YUPELRI INHALATION NEBULIZATION SOLUTION	5	B/D PA; QL (90 ML per 30 days)
<i>zafirlukast oral tablet</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
Skeletal Muscle Relaxants		
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	3	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour</i>	3	
Sleep Disorder Agents		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet</i>	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>ramelteon oral tablet</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution</i>	5	PA; QL (540 ML per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
Therapeutic Nutrients/Minerals/Electrolytes		
<i>pnv 27-ca/fe/fa oral tablet</i>	2	
<i>pnv prenatal plus multivit+dha oral</i>	2	
<i>pnv tabs 20-1 oral tablet</i>	2	
<i>prenatal plus vitamin/mineral oral tablet 27-1 mg</i>	2	

Última actualización: 01/01/2027

Puedes encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo a las páginas de introducción de este documento. Los medicamentos que están dentro de un compuesto pueden requerir autorización previa.

INDEX

<i>12 hour allergy-d</i>	83	ADALIMUMAB-AATY (2	ALIVE MENS PREMIUM
<i>12 hr mucus relief max</i>	83	SYRINGE)	GUMMIES.....
<i>12hr allergy relief</i>	83	ADALIMUMAB-AATY	ALIVE WOMENS 50+.....
<i>24hr allergy relief</i>	83	CD/UC/HS START.....	ALIVE WOMENS 50+
<i>8 hour arthritis pain</i>	83	ADALIMUMAB-ADBM (2	GUMMY
<i>8 hour pain reliever</i>	83	PEN).....	ALIVE WOMENS 50+
<i>8 hr arthritis pain relief</i>	83	ADALIMUMAB-ADBM (2	PREMIUM GUMMY
<i>8hr muscle aches & pain relief</i>	83	SYRINGE)	ALIVE WOMENS GUMMY
<i>abacavir sulfate</i>	39	ADALIMUMAB-FKJP (2	ALIVE WOMENS PREMIUM
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	39	PEN).....	GUMMIES.....
<i>abigale</i>	67	ADALIMUMAB-FKJP (2	<i>all day allergy d</i>
<i>abigale lo</i>	67	SYRINGE)	<i>all day allergy-d</i>
ABILIFY MAINTENA	35	<i>adapalene</i>	<i>allergy (cetirizine)</i>
<i>abiraterone acetate</i>	27	<i>adapalene treatment</i>	<i>allergy 24hour indoor/outdoor</i>
<i>abirtega</i>	27	ADBRY	<i>allergy 24-hr</i>
ABRYSVO	74	<i>adefovir dipivoxil</i>	<i>allergy childrens</i>
<i>acamprosate calcium</i>	12	ADEK GUMMIES PLUS ZN.....	<i>allergy rel child (loratadine)</i>
<i>acarbose</i>	43	ADEMPAS	<i>allergy relief</i>
ACCRUFER	84	ADVAIR HFA	<i>allergy relief (cetirizine)</i>
<i>acebutolol hcl</i>	50	<i>advanced probiotic</i>	<i>allergy relief (loratadine)</i>
<i>acetaminophen</i>	84	<i>afirmelle</i>	<i>allergy relief cetirizine</i>
<i>acetaminophen 8 hour</i>	84	AFLORA.....	<i>allergy relief childrens</i>
<i>acetaminophen childrens</i>	84	<i>aftera</i>	<i>allergy relief childrens 24-hr</i>
<i>acetaminophen er</i>	84	<i>afterpill</i>	<i>allergy relief d</i>
<i>acetaminophen infants</i>	84	AIMOVIG	<i>allergy relief d-12</i>
<i>acetaminophen-codeine</i>	10	AIRBORNE	<i>allergy relief/indoor/outdoor</i>
<i>acetazolamide</i>	115	AIRBORNE ELDERBERRY	<i>allergy relief/nasal decongest</i>
<i>acetazolamide er</i>	115	AIRBORNE KIDS	<i>allergy relief-d</i>
<i>acetic acid</i>	65, 117	AIRSUPRA	<i>allergy/congestion relief</i>
<i>acidophilus</i>	84	AKEEGA	<i>allergy-d 12hr</i>
<i>acidophilus lactobacillus</i>	84	<i>ala-cort</i>	<i>allergy-d 24hr</i>
<i>acidophilus probiotic</i>	84	<i>albendazole</i>	<i>allopurinol</i>
<i>acidophilus/pectin</i>	84	<i>albuterol sulfate</i>	<i>alosectron hcl</i>
<i>acitretin</i>	57	ALBUTEROL SULFATE.....	<i>alprazolam</i>
ACTHIB	74	<i>albuterol sulfate hfa</i>	<i>altavera</i>
ACTICAL.....	84	<i>alclometasone dipropionate</i>	ALTITUSS.....
ACTIMMUNE	74	ALCOHOL PREP PADS	ALTRIXA
ACTIPHLOA.....	84	ALECENSA	ALUNBRIG
ACTIVE FE.....	84	<i>alendronate sodium</i>	<i>alyacen 1/35</i>
ACTIVITE.....	84	<i>alfuzosin hcl er</i>	<i>alyacen 7/7/7</i>
ACTIVNUTRIENTS	84	ALIGN DUALBIOTIC	<i>alyq</i>
ACTIVNUTRIENTS		ALIGN KIDS PROBIOTIC	<i>amantadine hcl</i>
PERFORMANCE.....	84	<i>aliskiren fumarate</i>	<i>ambrisentan</i>
<i>acyclovir</i>	39, 57	ALIVE ADULT PREMIUM.....	<i>amethyst</i>
<i>acyclovir sodium</i>	39	ALIVE	<i>amikacin sulfate</i>
ADACEL	74	IMMUNE/ELDERBERRY	<i>amiloride hcl</i>
ADALIMUMAB-AATY (1		ALIVE MAX 6 POTENCY	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>
PEN)	74	ALIVE MENS 50+ MULTI	AMINOSYN II
ADALIMUMAB-AATY (2		GUMMY	AMINOSYN-PF.....
PEN)	74	ALIVE MENS GUMMY	<i>amiodarone hcl</i>
		MULTIVITAMINS	<i>amitriptyline hcl</i>

AMLADEX.....	86	<i>ashlyna</i>	67	AUSTEDO XR PATIENT	
<i>amlodipine besylate</i>	50	ASMANEX (120 METERED		TITRATION	55
<i>amlodipine besylate-benazepril</i>		DOSES).....	118	AUTOKEEPER SAFETY PEN	
<i>hcl</i>	50	ASMANEX (14 METERED		NEEDLE	112
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	50	DOSES).....	118	AUVELITY	21
<i>amlodipine-olmesartan</i>	50	ASMANEX (30 METERED		AUVELITY TITRATION	
<i>ammonium lactate</i>	58	DOSES).....	118	PACK.....	22
<i>amnestem</i>	58	ASMANEX (60 METERED		<i>aviane</i>	67
<i>amoxapine</i>	21	DOSES).....	118	AVMAPKI FAKZYNJA CO-	
<i>amoxicillin</i>	13	ASMANEX HFA	118	PACK.....	27
<i>amoxicillin trihydrate</i>	13	<i>aspirin</i>	87	AVONEX PEN	55
<i>amoxicillin-potassium</i>		<i>aspirin 81</i>	87	AVONEX PREFILLED.....	55
<i>clavulanate</i>	13	<i>aspirin adult low dose</i>	87	AVOWISE	87
<i>amoxicillin-potassium</i>		<i>aspirin adult low strength</i>	87	<i>ayuna</i>	67
<i>clavulanate er</i>	13	<i>aspirin childrens</i>	87	AYVAKIT	27
<i>amphetamine-</i>		<i>aspirin ec adult low dose</i>	87	<i>azathioprine</i>	75
<i>dextroamphetamine</i>	55	<i>aspirin ec low dose</i>	87	<i>azelaic acid</i>	58
<i>amphetamine-</i>		<i>aspirin ec low strength</i>	87	<i>azelastine hcl</i>	115, 118
<i>dextroamphetamine er</i>	55	<i>aspirin low dose</i>	87	<i>azilsartan medoxomil</i>	50
<i>amphotericin b</i>	24	<i>aspirin regimen</i>	87	<i>azithromycin</i>	13
<i>amphotericin b liposome</i>	24	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	47	AZO COMPLETE FEMININE	
<i>ampicillin</i>	13	ASSURE ID DUO PRO PEN		BALANCE.....	87
<i>ampicillin sodium</i>	13	NEEDLES	111	AZO DUAL PROTECTION.....	87
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	13	ASSURE ID PRO PEN		AZO VAGINAL HEALTH	
<i>anagrelide hcl</i>	47	NEEDLES	111	PROBIOTIC.....	87
<i>anastrozole</i>	27	<i>atazanavir sulfate</i>	39	<i>aztreonam</i>	14
ANORO ELLIPTA.....	118	<i>atenolol</i>	50	<i>azurette</i>	67
<i>antacid</i>	86	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	50	<i>bac (butalbital-acetamin-caff)</i>	55
<i>antacid calcium</i>	86	<i>atomoxetine hcl</i>	55	BACICAP	87
<i>antacid calcium rich</i>	86	<i>atorvastatin calcium</i>	50	BACID	87
<i>antacid extra strength</i>	86	<i>atovaquone</i>	34	BACILLEX.....	87
<i>antacid maximum</i>	86	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	34	<i>bacitracin</i>	115
<i>antacid ultra strength</i>	86	<i>atropine sulfate</i>	115	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	115
<i>antifungal</i>	86	<i>aubra eq</i>	67	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i> 115	
APETIBEX.....	86	AUGMENTIN.....	13	<i>baclofen</i>	39
APPE-CURB	86	AUGTYRO	27	BACMIN.....	87
<i>aprepitant</i>	24	AUM ALCOHOL PREP PADS. 13		<i>balsalazide disodium</i>	82
APTIVUS	39	AUM INSULIN SAFETY PEN		BALVERSA.....	27
AQ INSULIN SYRINGE	111	NEEDLE	112	<i>balziva</i>	67
AQINJECT PEN NEEDLE.....	111	AUM MINI INSULIN PEN		BAQSIMI ONE PACK.....	43
AREXVY	75	NEEDLE	112	BAQSIMI TWO PACK.....	44
<i>arformoterol tartrate</i>	118	AUM PEN NEEDLE	112	BARACLUDE	40
ARIKAYCE	13	AUM READYGARD DUO		<i>bariatric multivitamins</i>	87
<i>aripiprazole</i>	35	PEN NEEDLE.....	112	BCG VACCINE.....	75
ARISTADA.....	35, 36	AUM SAFETY PEN NEEDLE 112		BD AUTOSHIELD DUO PEN	
ARISTADA INITIO.....	35	<i>aurovela 1.5/30</i>	67	NEEDLES.....	112
<i>armodafinil</i>	122	<i>aurovela 1/20</i>	67	BD PEN NEEDLE MICRO	
ARNUITY ELLIPTA.....	118	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	67	ULTRAFINE	112
<i>arthritis pain relief</i>	86	<i>aurovela fe 1/20</i>	67	BD PEN NEEDLE MINI	
<i>arthritis pain reliever</i>	86, 87	AUSTEDO	55	ULTRAFINE	112
<i>ascorbic acid</i>	87	AUSTEDO XR.....	55	BD PEN NEEDLE NANO	
<i>asenapine maleate</i>	36			ULTRAFINE	112

BD PEN NEEDLE ORIG	<i>blisovi fe 1/20</i>	67	CABOMETYX	27
ULTRAFINE	BOLSITOL	88	<i>calcidol</i>	88
BD PEN NEEDLE SHORT	BONEUP	88	<i>calcipotriene</i>	58
ULTRAFINE	BONEUP 3 PER DAY	88	<i>calcitonin (salmon)</i>	83
BD ULTRA-FINE INSULIN	BONSITY	83	<i>calcitriol</i>	83
SYRINGES	BOOSTNOW IMMUNE		<i>calcium acetate</i>	61
BD ULTRA-FINE PEN	SUPPORT	88	<i>calcium acetate (phos binder)</i>	
NEEDLES	BOOSTRIX	75		61, 88
BD VEO INSULIN SYR	BOSULIF	27	CALQUENCE	27
ULTRAFINE	<i>bosutinib</i>	27	<i>camila</i>	67
BELSOMRA	<i>b-plex plus</i>	88	<i>camrese</i>	67
<i>benazepril hcl</i>	BRAFTOVI	27	<i>camrese lo</i>	67
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> ..	BREO ELLIPTA	118	<i>candesartan cilexetil</i>	50
BENLYSTA	<i>breyana</i>	118	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	50
BENTIVITE	BREZTRI AEROSPHERE	118	CAPLYTA	36
BENZNIDAZOLE	<i>briellyn</i>	67	CAPRELSA	27
<i>benzonatate</i>	<i>brimonidine tartrate</i>	115	<i>captopril</i>	50
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i> ..	<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	115	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	50
<i>benztropine mesylate</i>	<i>brinzolamide</i>	115	<i>carbamazepine</i>	18
BESIVANCE	<i>brivaracetam</i>	17, 18	<i>carbamazepine er</i>	18
BESREMI	<i>bromfenac sodium</i>	115	<i>carbidopa</i>	35
BESREMI PEN	<i>bromocriptine mesylate</i>	35	<i>carbidopa-levodopa</i>	35
<i>betaine</i>	BRUKINSA	27	<i>carbidopa-levodopa er</i>	35
<i>betamethasone dipropionate</i>	<i>budesonide</i>	82, 118	<i>carglumic acid</i>	61
<i>aug</i>	<i>budesonide er</i>	82	<i>carteolol hcl</i>	115
<i>betamethasone valerate</i>	<i>budesonide-formoterol fumarate</i>		<i>cartia xt</i>	50
BETASERON		118	<i>carvedilol</i>	50
<i>betaxolol hcl</i>	<i>bumetanide</i>	50	<i>caspofungin acetate</i>	24
<i>bethanechol chloride</i>	<i>buprenorphine</i>	10	CAVHANZA	28
<i>bexarotene</i>	<i>buprenorphine hcl</i>	12	CAYSTON	118
BEXSERO	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i> ..	12	<i>cefaclor</i>	14
<i>bicalutamide</i>	<i>bupropion hcl</i>	22	<i>cefadroxil</i>	14
BICILLIN L-A	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i> ..	12	<i>cefazolin sodium</i>	14
BIKTARVY	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	22	<i>cefdinir</i>	14
BIOACTIVE	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	22	<i>cefepime hcl</i>	14
BIOCEL	<i>buspirone hcl</i>	43	<i>cefepime-dextrose</i>	14
BIOGAIA GASTRUS	<i>butalbital-apap-caffeine</i>	55	<i>cefixime</i>	14
BIOGAIA PROTECTIS MUM ..	BYLVAY	63	CEFOTAXIME SODIUM	14
BIO-KULT	BYLVAY (PELLETS)	63	<i>cefotetan disodium</i>	14
BIOMEPRO	BYSANTI	36	<i>cefoxitin sodium</i>	14
BIOMEVIA	BYSANTI TITRATION PACK		<i>cefpodoxime proxetil</i>	14
BIOMYRA	A	36	<i>cefprozil</i>	14
BIOTECT PLUS	BYSANTI TITRATION PACK		<i>ceftaroline fosamil</i>	14
BIOVANTA	B	36	<i>ceftazidime</i>	14
BIOZEN	BYSANTI TITRATION PACK		<i>ceftriaxone sodium</i>	14
<i>bis subcit-metronid-tetracyc</i>	C	36	<i>cefuroxime axetil</i>	15
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin</i> ..	<i>c 500/rose hips</i>	88	<i>cefuroxime sodium</i>	15
<i>bisoprolol fumarate</i>	<i>c extra strength</i>	88	<i>celecoxib</i>	10
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> ..	<i>c gummies</i>	88	CENTRATEx	88
BIVIGAM	CABENUVA	40	<i>cephalexin</i>	15
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	<i>cabergoline</i>	73	CEREFOLIN	88
	CABLIVL	47		

CEREFOLIN BRAIN			
WELLNESS	88	<i>clonidine</i>	51
CEREFOLIN NAC	88	<i>clonidine hcl</i>	51
<i>cetirizine hcl</i>	88, 119	<i>clopidogrel bisulfate</i>	47, 48
<i>cetirizine hcl childrens alrgy</i>	88	<i>clorazepate dipotassium</i>	43
<i>cetirizine hcl childrens hives</i>	88	<i>clotrimazole</i>	24, 89
<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	88	<i>clotrimazole 3</i>	89
<i>chateal eq</i>	67	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	59
CHEMET	61	<i>clozapine</i>	36
<i>chest congestion relief</i>	88	COARTEM	34
<i>chest congestion relief child</i>	88	COBENFY	56
<i>chest congestion relief dm</i>	88	COBENFY STARTER PACK	56
<i>chest congestion/cough relief</i>	88	<i>coconut oil</i>	89
<i>chlorhexidine gluconate</i>	57	<i>colchicine</i>	25
<i>chloroquine phosphate</i>	34	<i>colchicine-probenecid</i>	25
<i>chlorpromazine hcl</i>	36	<i>colesevelam hcl</i>	51
<i>chlorthalidone</i>	50	<i>colestipol hcl</i>	51
CHOLBAM	64	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	15
<i>cholestyramine</i>	51	COMBIGAN	115
<i>cholestyramine light</i>	50, 51	COMBIVENT RESPIMAT	119
<i>ciclodan</i>	58	COMETRIQ	28
<i>ciclopirox</i>	58	COMFORT EZ PRO PEN	
<i>ciclopirox olamine</i>	58	NEEDLES	112
<i>cilostazol</i>	47	COMPRO	24
CIMDUO	40	<i>constulose</i>	63
<i>cinacalcet hcl</i>	83	COPIKTRA	28
CINRYZE	75	COREVIA	89
<i>ciprofloxacin hcl</i>	15, 115	CORTISONE ACETATE	66
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	15	CORVITA	89
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	117	CORVITE 150	89
<i>cisplatin</i>	28	CORVITE FE	89
<i>citalopram hydrobromide</i>	22	COSENTYX (300 MG DOSE)	75
CITRACAL CALCIUM +D3	89	COSENTYX 150 MG/ML	75
<i>claravis</i>	58	COSENTYX SENSOREADY	
<i>clarithromycin</i>	15	(300 MG)	75
<i>clarithromycin er</i>	15	COSENTYX SENSOREADY	
<i>clearlax</i>	89	PEN	75
CLENPIQ	63	COSENTYX UNOREADY	76
CLIMARA PRO	68	COTELIC	28
<i>clindacin etz</i>	15	<i>cough & congestion kids</i>	89
<i>clindacin-p</i>	15	CREON	64
<i>clindamycin hcl</i>	15	CRESEMBA	24
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	15	<i>cromolyn sodium</i>	64, 115, 119
<i>clindamycin phosphate</i>	15, 58	<i>cryselle</i>	68
<i>clindamycin phosphate-benzoyl</i>		<i>cryselle-28</i>	68
<i>peroxide</i>	58	CTEXTI	63
<i>clobazam</i>	18	CULTRELLE KIDS IMMUNE	
<i>clobetasol prop emollient base</i>	58	DEFENSE	89
<i>clobetasol propionate</i>	59	CULTURELLE ADVANCED	
<i>clobetasol propionate e</i>	59	REGULARITY	89
<i>clomipramine hcl</i>	22	CULTURELLE BLOATING &	
<i>clonazepam</i>	18	GAS DEF	89
		CULTURELLE IMMUNE	
		DEFENSE	89
		CULTURELLE KID	
		PROBIOTIC+FIBER	89
		CULTURELLE KIDS	
		IMMUNE DEFENSE	89
		CULTURELLE	
		METABOLISM-WEIGHT	89
		CULTURELLE PRO &	
		PREBIOTIC	89
		CULTURELLE PROBIOTIC +	
		PREBIOT	89
		CULTURELLE PROBIOTICS	
		+ MULTIV	89
		CULTURELLE PROBIOTICS	
		KIDS	89
		CULTURELLE WOMENS 4	
		IN 1	89
		<i>curae</i>	89
		<i>cvs antacid extra strength</i>	89
		<i>cvs clotrimazole 3</i>	89
		<i>cyanocobalamin</i>	90
		<i>cyclobenzaprine hcl</i>	121
		<i>cyclophosphamide</i>	28
		<i>cycloserine</i>	26
		<i>cyclosporine</i>	76
		<i>cyclosporine (pf)</i>	115
		<i>cyclosporine modified</i>	76
		<i>cyproheptadine hcl</i>	119
		CYSTAGON	64
		CYSTARAN	115
		<i>d3</i>	90
		<i>d3 2000</i>	90
		<i>d3 5000</i>	90
		<i>d3 baby drops</i>	90
		<i>d3 extra strength</i>	90
		<i>d3 high potency</i>	90
		<i>d3 max st</i>	90
		<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	48
		<i>dalfampridine er</i>	56
		<i>danazol</i>	68
		<i>dantrolene sodium</i>	39
		DANZITEN	28
		<i>dapagliflozin</i>	51
		<i>dapsone</i>	26
		DAPTACEL	76
		<i>daptomycin</i>	15
		DAPTOMYCIN-SODIUM	
		CHLORIDE	15
		<i>darunavir</i>	40
		<i>dasatinib</i>	28
		<i>dasetta 1/35 (28)</i>	68

<i>dasetta 7/7/7</i>	68	DIALYVITE/ZINC	91	<i>doxepin hcl</i>	22
DAURISMO	28	DIATROL	91	<i>doxycycline hyclate</i>	15, 57
DAVIMET-M	90	<i>diazepam</i>	18, 43	<i>doxycycline monohydrate</i>	15, 16
DAYAVITE	90	<i>diazepam intensol</i>	43	DRIZALMA SPRINKLE	22
<i>daysee</i>	68	<i>diazoxide</i>	44	<i>dronabinol</i>	24
<i>deblitane</i>	68	<i>diclofenac potassium</i>	10	DROPLET MICRON	112
DECARA	90	<i>diclofenac sodium</i>	10, 59, 91, 115	DROPSAFE ALCOHOL PREP. 16	
<i>deferasirox</i>	61	<i>diclofenac sodium er</i>	10	DROPSAFE AUTOPROTECT	
<i>deferasirox granules</i>	61	<i>dicloxacillin sodium</i>	15	DUO	112
<i>deflazacort</i>	66	<i>dicyclomine hcl</i>	63	DROPSAFE SAFETY	
DEKAS PLUS OCEAN	90	DIGESTIVE ADV		SYRINGE/NEEDLE	112
DELSTRIGO	40	DIGESTIVE/IMMUNE	91	DROXIA	28
<i>delyla</i>	68	DIGESTIVE ADV KID		<i>droxidopa</i>	51
<i>demeclocycline hcl</i>	15	DIGST/IMMUNE	91	DULERA	119
DENG VAXIA	76	DIGESTIVE ADV+BOWEL		<i>duloxetine hcl</i>	22
DEPLIN MA	90	SUPPORT	91	DUPIXENT	76
DEPLINPRO MOOD HEALTH	90	DIGESTIVE ADV+GAS		<i>dutasteride</i>	65
DEPO-SUBQ PROVERA 104 ...	68	DEFENSE	91	<i>d-vite pediatric</i>	91
DERMACINRX DAVIMET	90	DIGESTIVE ADV+LACTOSE		EASY-C IMMUNE HEALTH ...	91
DERMACINRX DOTREMIN ...	90	SUPPORT	91	EBGLYSS	59, 76
DERMACINRX FOLTAMIN	90	DIGESTIVE ADVANTAGE		<i>ec-naproxen</i>	10
DERMACINRX MULTITAM ...	90	KIDS	91	<i>econazole nitrate</i>	24
DERMACINRX		<i>digoxin</i>	51	<i>econtra one-step</i>	91
MULTIVITAMIN	90	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	26	EDURANT PED	40
DERMACINRX PROBEX	90	DILANTIN	18	<i>efavirenz</i>	40
DERMACINRX RIBOTIN-E	90	<i>diltiazem hcl</i>	51	<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	40
DERMACINRX ZINTREXYL-		<i>diltiazem hcl er</i>	51	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	40
C	90	<i>diltiazem hcl er beads</i>	51	EFFER-K	61
DESCOVY	40	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	51	<i>elinest</i>	68
<i>desipramine hcl</i>	22	<i>dilt-xr</i>	51	ELIQUIS	48
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	66	<i>dimethyl fumarate</i>	56	ELIQUIS (1.5 MG PACK)	48
<i>desmopressin acetate</i>	66	<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	56	ELIQUIS (2 MG PACK)	48
<i>desmopressin acetate spray</i>	66	<i>diphenhydramine hcl</i>	119	ELIQUIS DVT/PE STARTER	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	68	<i>diphenoxylate-atropine</i>	63	PACK	48
<i>desonide</i>	59	<i>disopyramide phosphate</i>	51	ELLA	112
<i>desoximetasone</i>	59	<i>disulfiram</i>	12	ELMIRON	65
<i>desvenlafaxine succinate er</i>	22	<i>divalproex sodium</i>	18	<i>eltrombopag olamine</i>	48
<i>dexamethasone</i>	66	<i>divalproex sodium er</i>	18	<i>eluryng</i>	68
<i>dexamethasone sodium</i>		<i>dm-guaifenesin er</i>	91	EMBECTA AUTOSHIELD	
<i>phosphate</i>	115	<i>docusate mini</i>	91	DUO	112
DEXATRAM	90	DODEX	91	EMBECTA INS SYR U/F 1/2	
<i>dexamethylphenidate hcl</i>	56	<i>dofetilide</i>	51	UNIT	112
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	56	<i>dolishale</i>	68	EMBECTA INSULIN SYR	
<i>dextromethorphan-guaifenesin</i> ...	90	<i>donepezil hcl</i>	21	ULTRAFINE	112
<i>dextrose</i>	61	DOPTelet	48	EMBECTA INSULIN	
<i>dextrose-nacl</i>	61	<i>dorzolamide hcl</i>	115	SYRINGE	112
<i>dextrose-sodium chloride</i>	61	DORZOLAMIDE HCL	115	EMBECTA INSULIN	
DIACOMIT	18	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	115	SYRINGE U-100	112
DIALYVITE	90	<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i> ..	115	EMBECTA INSULIN	
DIALYVITE 3000	90	<i>dotti</i>	68	SYRINGE U-500	112
DIALYVITE 5000	90	DOVATO	40	EMBECTA PEN NEEDLE	
DIALYVITE SUPREME D	91	<i>doxazosin mesylate</i>	65	NANO	112

EMBECTA PEN NEEDLE		<i>estradiol</i>	68	FERIVA 21/7	92
NANO 2 GEN	113	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	68	FERIVA 21/7 (WITH	
EMBECTA PEN NEEDLE		ESTRING	68	DOCUSATE).....	92
ULTRAFINE	113	<i>estrogens conjugated</i>	68	<i>ferrous fumarate</i>	92
EMBRACE PEN NEEDLES ...	113	ESTROVEN SLIMBIOTICS	91	<i>ferrous gluconate</i>	92
EMGALITY	26	<i>eszopiclone</i>	122	<i>ferrous sulfate</i>	92
EMPAVELI	76	<i>ethambutol hcl</i>	26	<i>fesoterodine fumarate er</i>	65
EMSAM	22	<i>ethosuximide</i>	18	FETZIMA	23
<i>emtricitabine</i>	40	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	68	FETZIMA TITRATION	23
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	40	<i>etodolac</i>	10	<i>fexofenadine hcl</i>	92
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df</i>	40	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	68	<i>fidaxomicin</i>	16
EMTRIVA.....	40	<i>etravirine</i>	40	FILSPARI	52
<i>emzahh</i>	68	EUCRISA.....	59	FINACEA	59
<i>enalapril maleate</i>	51	EULEXIN.....	28	<i>finasteride</i>	65
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	51	EVERCORE.....	91	FINAZOL.....	92
ENBREL	76	<i>everolimus</i>	28, 76, 77	<i>finest nutrition vitamin d3</i>	92
ENBREL MINI	76	EVERVITA	91	<i> fingolimod hcl</i>	56
ENBREL SURECLICK	76	EVOTAZ.....	40	FINTEPLA	18
<i>endocet</i>	10	EVRYSDI.....	64	FIRMAGON	73
ENEMEEZ MINI	91	<i>exemestane</i>	28	FIRMAGON (240 MG DOSE)...	73
ENEMEEZ PLUS.....	91	EXXUA.....	23	<i>fish oil</i>	92
ENGERIX-B	76	EXXUA TITRATION PACK	23	<i>fish oil high potency</i>	92
<i>enilloring</i>	68	<i>eye allergy itch relief</i>	91	<i>fish oil maximum strength</i>	92
ENLYTE	91	<i>eye allergy itch/redness rel</i>	92	<i>fish oil minis</i>	92
ENLYTE GUMMY+	91	<i>eye health areds 2</i>	92	FLAREX	116
<i>enoxaparin sodium</i>	48	<i>eye health gummies</i>	92	<i>flaxseed oil</i>	92
<i>enpresse-28</i>	68	<i>ezetimibe</i>	51	<i>flaxseed oil organic</i>	92
ENSACOVE.....	28	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	51	<i>flecainide acetate</i>	52
<i>entacapone</i>	35	FABRAZYME	64	FLORAJEN WOMEN	92
<i>entecavir</i>	40	<i>falmina</i>	68	FLORAJEN WOMENS	
ENTYVIO PEN.....	76	<i>famciclovir</i>	40	PROBIOTIC.....	92
<i>enulose</i>	63	<i>famotidine</i>	63	FLORAMYRA.....	92
ENVARUSUS XR	76	FANAPT	36	FLORASTART	92
ENVIVE	91	FANAPT TITRATION PACK		FLORASTOR	92
EPIDIOLEX	18	A.....	36	FLORASTOR ADVANCED.....	92
<i>epinephrine</i>	119	FANAPT TITRATION PACK		FLORASTOR BALANCED	
<i>eplerenone</i>	51	B.....	36	BENEFITS	92
<i>ergocalciferol</i>	91	FANAPT TITRATION PACK		FLORASTOR DIGEST DE-	
<i>ergotamine-caffeine</i>	26	C.....	36	STRESS	92
ERIVEDGE	28	FARXIGA	51	FLORASTOR SELECT GUT	
ERLEADA	28	FASENRA.....	119	BOOST	93
<i>erlotinib hcl</i>	28	FASENRA PEN	119	FLORASTOR SELECT	
<i>errin</i>	68	<i>febuxostat</i>	25	IMMUNITY BOOS	93
<i>ertapenem sodium</i>	16	<i>feirza 1.5/30</i>	69	FLORAVAX.....	93
ERY PAD 2%.....	59	<i>feirza 1/20</i>	69	FLORESTA	93
<i>erythromycin</i>	16, 59, 115	<i>felbamate</i>	18	FLORRAVITE.....	93
<i>erythromycin base</i>	16	<i>felodipine er</i>	51	FLORRAXYL.....	93
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	16	FEM-DOPHILUS WOMENS.....	92	<i>fluconazole</i>	25
<i>escitalopram oxalate</i>	22	<i>fenofibrate</i>	51, 52	<i>fluconazole in sodium chloride</i> ...	24
<i>eslicarbazepine acetate</i>	18	<i>fenofibrate micronized</i>	51	<i>flucytosine</i>	25
<i>esomeprazole magnesium</i>	63	<i>fenofibric acid</i>	52	<i>fludrocortisone acetate</i>	66
<i>estarylla</i>	68	<i>fentanyl</i>	10	<i>flunisolide</i>	119

<i>fluocinolone acetonide</i>	59	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	52	<i>ft miconazole 1</i>	95
<i>fluocinonide</i>	59	FOSTEUM PLUS.....	94	<i>ft miconazole 3 comb pack-suppl</i>	95
<i>fluorometholone</i>	116	FOTIVDA	28	<i>ft miconazole 3 combo pack</i>	95
<i>fluorouracil</i>	59	FRAGMIN	48, 49	<i>ft miconazole 7</i>	95
<i>fluoxetine hcl</i>	23	FRUZAQLA.....	28	<i>ft milk thistle extract</i>	95
<i>fluphenazine decanoate</i>	36	<i>ft 7 day vaginal</i>	94	<i>ft mucus relief 12hr</i>	95
<i>fluphenazine hcl</i>	36	<i>ft 8 hour pain relief</i>	94	<i>ft mucus relief 12hr max str</i>	95
<i>flurbiprofen</i>	10	<i>ft acidophilus probiotic blend</i>	94	<i>ft mucus relief dm</i>	96
<i>flurbiprofen sodium</i>	116	<i>ft adult multi gummies</i>	94	<i>ft naloxone hcl</i>	96
FLUTICASONE FUROATE-		<i>ft all day allergy</i>	94	<i>ft nicotine</i>	96
VILANTEROL	119	<i>ft all day allergy 24 hour</i>	94	<i>ft nicotine mini</i>	96
<i>fluticasone propionate</i>	59, 119	<i>ft all day allergy childrens</i>	94	<i>ft omeprazole</i>	96
<i>fluticasone-salmeterol</i>	119	<i>ft all day allergy relief</i>	94	<i>ft pain & fever childrens</i>	96
<i>fluvastatin sodium</i>	52	<i>ft all day allergy-d</i>	94	<i>ft pain & fever infants</i>	96
<i>fluvastatin sodium er</i>	52	<i>ft allergy childrens</i>	94	<i>ft probiotic</i>	96
<i>fluvoxamine maleate</i>	23	<i>ft allergy d-12 hour</i>	94	<i>ft probiotic advanced</i>	96
FOLA-B COMPLEX.....	93	<i>ft allergy relief</i>	94	<i>ft probiotic childrens</i>	96
FOLACHEW	93	<i>ft allergy relief 12 hour</i>	94	<i>ft tioconazole-1</i>	96
FOLAGENT DHA	93	<i>ft allergy relief 24 hour</i>	94	<i>ft tussin adult</i>	96
FOLAMAX	93	<i>ft allergy relief cetirizine</i>	94	<i>ft tussin dm max adult</i>	96
FOLAMED DHA	93	<i>ft allergy relief childrens</i>	94	<i>ft vitamin a</i>	96
FOLAPRIME	93	<i>ft allergy relief loratadine</i>	94	<i>ft vitamin c</i>	96
FOLAREX.....	93	<i>ft allergy relief-d</i>	94	<i>ft vitamin c/rose hips</i>	96
FOLASYNC DHA	93	<i>ft antacid extra strength</i>	94	<i>ft vitamin d3</i>	96
FOLATEN.....	93	<i>ft antacid regular strength</i>	94	<i>ft vitamin d3 rapid release</i>	96
FOLAWISE.....	93	<i>ft antifungal</i>	94	FULLIFY	96
FOLBIC.....	93	<i>ft arthritis pain</i>	94	<i>furosemide</i>	52
FOLBIC RF.....	93	<i>ft arthritis pain reliever</i>	94	FUROSEMIDE	52
FOLCYTEINE.....	93	<i>ft aspirin</i>	95	FUSION PLUS.....	96
FOLDITAM	93	<i>ft aspirin adult low dose</i>	94	<i>fyavolv</i>	69
<i>folic acid</i>	93	<i>ft aspirin low dose</i>	95	<i>gabapentin</i>	19
FOLICORE B COMPLEX.....	93	<i>ft calcium</i>	95	<i>galantamine hydrobromide</i>	21
FOLIFLEX	93	<i>ft calcium + vitamin d3</i>	95	<i>galantamine hydrobromide er</i>	21
FOLITIN-Z.....	93	<i>ft calcium citrate +vitamin d3</i>	95	<i>gallifrey</i>	69
FOLIVANE-F.....	93	<i>ft calcium citrate/vit d3</i>	95	GAMASTAN	77
FOLIVANE-PLUS	93	<i>ft chest congestion relief</i>	95	<i>ganciclovir sodium</i>	40
FOLIVRA.....	93	<i>ft chest congestion relief dm</i>	95	GARDASIL 9	77
FOLIXAPURE	93	<i>ft childrens multi</i>	95	<i>gatifloxacin</i>	116
FOLIXATE.....	93	<i>ft children's pain/fever</i>	95	GAUZE PADS	59
FOLIXIA	93	<i>ft clearlax</i>	95	<i>gavilax</i>	96
FOLTIRA	93	<i>ft clotrimazole</i>	95	<i>gavilyte-c</i>	63
FOLTRATE.....	93	<i>ft clotrimazole 3</i>	95	<i>gavilyte-g</i>	63
FOLTREXYL.....	93	<i>ft enteric coated aspirin</i>	95	<i>gavilyte-n with flavor pack</i>	63
FOLTX	94	<i>ft eye allergy itch & redness</i>	95	GAVRETO.....	28
FOLVITA COMPLEX.....	94	<i>ft eye allergy itch relief</i>	95	<i>gefitinib</i>	28
FOLVITRA	94	<i>ft eye health</i>	95	<i>gemfibrozil</i>	52
FOLVYRIS.....	94	<i>ft fish oil</i>	95	GEMTESA.....	65
FOLYRA	94	<i>ft flaxseed oil</i>	95	GENADEK STEP 1	96
<i>fondaparinux sodium</i>	48	<i>ft immune support</i>	95	GENADEK STEP 2	96
<i>fosamprenavir calcium</i>	40	<i>ft lice killing max st</i>	95	<i>generlac</i>	63
<i>fosfomycin tromethamine</i>	16	<i>ft magnesium</i>	95	<i>gengraf</i>	77
<i>fosinopril sodium</i>	52	<i>ft magnesium oxide</i>	95	GENORAVANCE	96

GENOTROPIN.....	67	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	25	HUMULIN 70/30 VIAL	44
GENOTROPIN MINIQUICK		<i>growing bones & muscles kids</i>	97	HUMULIN N KWIKPEN.....	44
.....	66, 67	<i>guaiasorb dm</i>	97	HUMULIN N VIAL	45
<i>gentamicin sulfate</i>	16, 116	<i>guaifed</i>	97	HUMULIN R U-500	
<i>genuine aspirin</i>	96	<i>guaifed-dm</i>	97	KWIKPEN	45
GENVOYA	40	<i>guaifenesin</i>	98	HUMULIN R U-500 VIAL	45
<i>geri-tussin</i>	96	<i>guaifenesin dm</i>	98	HUMULIN R VIAL.....	45
<i>geri-tussin dm</i>	96	<i>guaifenesin er</i>	98	HYCODAN.....	98
GILOTRIF	28	<i>guaifenesin-codeine</i>	98	<i>hydralazine hcl</i>	52
<i>giltuss honey cgh/chest conges</i>	96	<i>guaifenesin-dm</i>	98	<i>hydrochlorothiazide</i>	52
<i>giltuss honey cgh/chst child</i>	96	<i>guanfacine hcl</i>	52	<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i> ...	98
<i>giltuss honey dm</i>	97	<i>guanfacine hcl er</i>	56	<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i> ..	98
<i>giltuss honey dm childrens</i>	97	GUTSTOR	98	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	10
<i>glatiramer acetate</i>	56	GUTVANTAGE	98	<i>hydrocortisone</i>	60, 66, 82
<i>glimepiride</i>	44	GUTVIA.....	98	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	82
<i>glipizide er</i>	44	GUTVITE IMMUNE		<i>hydrocortisone valerate</i>	60
<i>glipizide ir</i>	44	SUPPORT	98	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	117
<i>glipizide xl</i>	44	GVOKE HYOPEN 1-PACK.....	44	<i>hydromet</i>	98
<i>glipizide-metformin hcl</i>	44	GVOKE HYOPEN 2-PACK.....	44	<i>hydromorphone hcl</i>	10
<i>glucagon emergency kit</i>	44	GVOKE KIT	44	<i>hydromorphone hcl pf</i>	10
<i>glyburide</i>	44	GVOKE PFS	44	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	34
<i>glyburide-metformin</i>	44	<i>habitrol</i>	98	<i>hydroxyurea</i>	28
<i>glycolax</i>	97	<i>hailey 1.5/30</i>	69	<i>hydroxyzine hcl</i>	119
<i>glycopyrrolate</i>	63	<i>hailey fe 1.5/30</i>	69	<i>hydroxyzine pamoate</i>	119
GLYXAMBI.....	44	<i>hailey fe 1/20</i>	69	HYLAZINC	98
GOMEKLI.....	28	<i>halobetasol propionate</i>	59	HYPERHEP B	77
GOOD START KIDS		<i>haloperidol</i>	37	HYRNUO	28
PROBIOTIC	97	<i>haloperidol decanoate</i>	37	HYVITE.....	98
GOODSENSE ALCOHOL		<i>haloperidol lactate</i>	37	<i>ibandronate sodium</i>	83
SWABS	16	HAVRIX	77	IBRANCE	28
<i>goodsense all day allergy-d</i>	97	<i>healthy eyes supervision 2</i>	98	IBTROZI.....	28
<i>goodsense aller-ease</i>	97	<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin</i>	98	<i>ibuprofen</i>	10
<i>goodsense allergy relief child</i>	97	<i>healthylax</i>	98	<i>icatibant acetate</i>	77
<i>goodsense antacid</i>	97	<i>heather</i>	69	<i>iclevia</i>	69
<i>goodsense antacid extra str</i>	97	HEMOCYTE PLUS	98	ICLUSIG.....	29
<i>goodsense arthritis pain</i>	97	<i>heparin sodium (porcine)</i>	49	<i>icosapent ethyl</i>	52
<i>goodsense aspirin</i>	97	HEPLISAV-B	77	IDEAL BOWEL SUPPORT.....	98
<i>goodsense aspirin low dose</i>	97	<i>her style</i>	98	IDHIFA	29
<i>goodsense clearlax</i>	97	HERNEXEOS	28	IDVYNZO.....	40
<i>goodsense lice killing</i>	97	HIBERIX.....	77	<i>iferex 150 forte</i>	98
<i>goodsense lice killing max str</i>	97	HIZENTRA.....	77	IGALMI	43
<i>goodsense mucus dm</i>	97	HUMALOG	44	ILEVRO	116
<i>goodsense mucus er</i>	97	HUMALOG KWIKPEN	44	<i>imatinib mesylate</i>	29
<i>goodsense mucus er maximum</i>		HUMALOG MIX 50/50		IMBRUVICA.....	29
<i>str</i>	97	KWIKPEN	44	IMCIVREE	98
<i>goodsense mucus relief</i>	97	HUMALOG MIX 75/25		<i>imipenem-cilastatin</i>	16
<i>goodsense mucus relief dm</i>	97	KWIKPEN	44	<i>imipramine hcl</i>	23
<i>goodsense nicotine</i>	97	HUMALOG MIX 75/25 VIAL ...	44	<i>imiquimod</i>	60
<i>goodsense nicotine polacrilex</i>	97	HUMALOG U-100 JUNIOR		IMKELDI.....	29
<i>goodsense omep/sod bicarb</i>	97	KWIKPEN	44	<i>immune 24 hour+</i>	98
<i>goodsense tussin dm max</i>	97	HUMATIN.....	16	IMOVAX RABIES	77
<i>griseofulvin microsize</i>	25	HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	44	IMPAVIDO.....	16

INBRIJA.....	35	IWILFIN.....	29	KISQALI (600 MG DOSE)	29
<i>incassia</i>	69	IXIARO	77	<i>klayesta</i>	25
INCONTROL ULTICARE		<i>jaimiess</i>	69	<i>klor-con</i>	61
PEN NEEDLES.....	113	JAKAFI	29	<i>klor-con 10</i>	61
INCRELEX	67	JAKAFI XR	29	<i>klor-con m10</i>	61
INCRUSE ELLIPTA.....	119	<i>jantoven</i>	49	<i>klor-con m15</i>	61
<i>indapamide</i>	52	JANUMET	45	<i>klor-con m20</i>	61
<i>indomethacin</i>	11	JANUMET XR.....	45	KLOXXADO	12
<i>indomethacin er</i>	10	JANUVIA.....	45	KOMZIFTI.....	29
INFANRIX	77	JARDIANCE.....	52	KOSELUGO	29
INFLIXIMAB.....	77	JARRO-DOPHILUS		K-PHOS-NEUTRAL	99
INFUVITE ADULT	98	HYPOALLERGENIC	99	KRAZATI	29
INFUVITE PEDIATRIC.....	98	JARRO-DOPHILUS		<i>kurvelo</i>	69
INGREZZA	56	PROBIOT+PRE+FOS.....	99	KYGEVVI	113
INLURIYO.....	29	JAYPIRCA.....	29	<i>kymbee</i>	66
INLYTA	29	<i>jaythari</i>	66	<i>labetalol hcl</i>	52
INQOVI.....	29	<i>jencycla</i>	69	<i>lacosamide</i>	19
INREBIC	29	JENTADUETO	45	LACTEOL DIARRHEASE	99
INSULIN LISPRO	45	JENTADUETO XR.....	45	<i>lactobacillus</i>	99
INSULIN PEN NEEDLES.....	113	<i>jinteli</i>	69	<i>lactobacillus probiotic</i>	99
INSULIN SYRINGES.....	113	<i>jolessa</i>	69	<i>lactulose</i>	63
INSUPEN32G EXTR3ME	113	JOURNAVX	11	<i>lactulose encephalopathy</i>	63
INTEGRA F	99	JUBBONTI.....	83	<i>lamivudine</i>	41
INTEGRA PLUS.....	99	JUBLIA	25	<i>lamivudine-zidovudine</i>	41
INTELENCE	40	JULUCA.....	41	<i>lamotrigine</i>	19
<i>introvale</i>	69	<i>junel 1.5/30</i>	69	<i>lamotrigine er</i>	19
INVEGA HAFYERA	37	<i>junel 1/20</i>	69	<i>lamotrigine starter kit-blue</i>	19
INVEGA SUSTENNA	37	<i>junel fe 1.5/30</i>	69	<i>lamotrigine starter kit-green</i>	19
INVEGA TRINZA	37	<i>junel fe 1/20</i>	69	<i>lamotrigine starter kit-orange</i>	19
IPOL	77	<i>just 4 kidz multivit/probiotic</i>	99	<i>lansoprazole</i>	63
<i>ipratropium bromide</i>	119	JYLAMVO.....	77	LANTUS SOLOSTAR	45
<i>ipratropium bromide hfa</i>	119	JYNNEOS	77	LANTUS U-100 VIAL	45
<i>ipratropium-albuterol</i>	119	KALETRA	41	<i>lapatinib ditosylate</i>	29
<i>irbesartan</i>	52	KALYDECO.....	120	<i>larin 1.5/30</i>	69
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> ..	52	<i>kariva</i>	69	<i>larin 1/20</i>	69
IRON FOLATE PLUS	99	<i>kelnor 1/35</i>	69	<i>larin fe 1.5/30</i>	69
IRON FOLATE-F.....	99	KERENDIA	52	<i>larin fe 1/20</i>	69
IROSPAN 24/6	99	KESIMPTA.....	56	<i>latanoprost</i>	116
IS-D 10,000	99	<i>ketoconazole</i>	25	<i>laxative osmotic</i>	99
ISENTRESS	40, 41	<i>ketorolac tromethamine</i>	11, 116	LAZCLUZE	30
ISENTRESS HD	40	KETOROLAC		<i>lederle leucovorin</i>	30
<i>isoniazid</i>	26	TROMETHAMINE.....	11	<i>leflunomide</i>	77
<i>isosorb dinitrate-hydralazine</i>	52	<i>ketorolac tromethamine +rfid</i>	11	<i>lenalidomide</i>	30
<i>isosorbide dinitrate</i>	52	KEYFOLIC	99	LENVIMA	30
<i>isosorbide mononitrate</i>	52	KEYLOSA	99	LEQEMBI IQLIK.....	21
<i>isosorbide mononitrate er</i>	52	KIDS FIRST VITAMIN D3		<i>lessina</i>	69
<i>isotretinoin</i>	60	GUMMIES	99	<i>letrozole</i>	30
ISTURISA	67	KINERET.....	77	<i>leucovorin calcium</i>	30
ITOVEBI.....	29	KINRIX.....	77	LEUKERAN	30
<i>itraconazole</i>	25	KIONEX.....	61	LEUKINE	49
<i>ivabradine hcl</i>	52	KISQALI (200 MG DOSE)	29	<i>leuprolide acetate</i>	73
<i>ivermectin</i>	34, 99	KISQALI (400 MG DOSE)	29	<i>levalbuterol hcl</i>	120

LEVALBUTEROL HFA.....	120	loratadine-d 12hr	99	magnesium oxide.....	100
levetiracetam.....	19	loratadine-d 24hr	100	magnesium oxide -mg supplement.....	100
LEVETIRACETAM.....	19	lorazepam	43	magnesium sulfate.....	62
levetiracetam er	19	lorazepam intensol	43	magnesium-oxide	100
levobunolol hcl	116	LORBRENA	30	mag-oxide.....	100
levocarnitine	113	LORMATE.....	100	malathion	60
levocarnitine sf.....	113	losartan potassium	53	maraviroc	41
levocetirizine dihydrochloride ...	120	losartan potassium-hctz.....	53	marlissa.....	70
levofloxacin.....	16, 116	loteprednol etabonate.....	116	MARPLAN	23
levofloxacin in d5w.....	16	lovastatin	53	MATULANE	30
levonest	69	low-ogestrel.....	70	matzim la	53
levonorgest-eth estrad 91-day	69	loxapine succinate	37	MAVYRET.....	41
levonorgestrel	99	lubiprostone.....	63	MAX TUSSIN DM COUGH&CHEST CONG	100
levonorgestrel-ethinyl estrad.....	69	luizza 1.5/30	70	MAX TUSSIN MUCUS & CHEST CONG.....	100
levonorg-eth estrad triphasic	69	luizza 1/20	70	maxi-tuss ac.....	100
levora 0.15/30 (28)	69	LUMAKRAS	30	maxi-tuss g	100
levo-t.....	72	LUMAVEX.....	100	maxi-tuss gmx.....	100
levothyroxine sodium.....	72	LUMIGAN	116	MAYZENT	56
levoxyl.....	72	LUMIVA.....	100	MAYZENT STARTER PACK...56	
l-glutamine.....	64	LUMIVANCE.....	100	meclizine hcl.....	24
lice killing	99	LUNAVIRA.....	100	MEDI TAB	100
lice killing shampoo max str.....	99	LUPRON DEPOT (1-MONTH).73		medroxyprogesterone acetate	70
lice treatment	99	LUPRON DEPOT (3-MONTH).73		mefloquine hcl.....	34
LIDAFLEX.....	99	LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT		megestrol acetate	70
lidocaine	12	30MG	73	MEKINIST.....	30
lidocaine viscous hcl.....	57	LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT		MEKTOVI	30
lidocaine-prilocaine.....	12	45MG	73	meleya	70
LIFYORLI (125 MG DOSE)	30	LUPRON DEPOT-PED (1- MONTH).....	73	meloxicam	11
LIFYORLI (150 MG DOSE)	30	LUPRON DEPOT-PED (3- MONTH).....	73	memantine hcl	21
LILETTA (52 MG).....	69	lurasidone hcl.....	38	memantine hcl er.....	21
linezolid	16	lutra	70	MENATROL	100
LINZESS	63	LYBALVI	38	MENQUADFI.....	77
liomny	72	lyleq	70	mens multivitamin	100
liothyronine sodium	72	lyllana.....	70	mens multivitamin gummies	100
liquid acetaminophen	99	LYNPARZA.....	30	MENVEO	77, 78
lisinopril.....	52	LYSIPLEX PLUS	100	mercaptopurine	30
lisinopril-hydrochlorothiazide	53	LYSODREN.....	30	meropenem	16
lithium.....	43	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	30	mesalamine.....	82
lithium carbonate.....	43	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	30	mesalamine er oral capsule 0.375 gm.....	82
lithium carbonate er	43	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	30	mesalamine-cleanser	82
LIVTENCITY	41	LYUMJEV KWIKPEN.....	45	mesna	30
l-methylfolate	99	LYUMJEV VIAL.....	45	METAFOBIC	100
l-methylfolate calcium	99	lyza	70	METAFOBIC PLUS	100
l-methyl-mc.....	99	macitentan	120	METAFOBIC PLUS RF	100
lojaimiess	69	magnesium extra strength.....	100	METAVAX.....	100
LOKELMA.....	62			metformin hcl er	45
lomustine.....	30			metformin hcl er (osm).....	45
LONSURF.....	30			metformin hcl ir.....	45
loperamide hcl	63				
lopinavir-ritonavir	41				
loratadine.....	99				
loratadine childrens.....	99				

<i>methadone hcl</i>	11	<i>mm aspirin</i>	101	MVW MODULATOR	
<i>methadone hcl intensol</i>	11	<i>mm clearlax</i>	101	FORMULATION PEDS.....	102
<i>methenamine hippurate</i>	16	<i>mm fexofenadine hcl</i>	101	MVW ORANGE	
<i>methimazole</i>	73	M-M-R II.....	78	CHEWABLES.....	102
<i>methocarbamol</i>	121	<i>modafinil</i>	122	<i>my choice</i>	102
<i>methotrexate sodium</i>	78	MODEYSO.....	31	<i>my way</i>	102
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	78	<i>moexipril hcl</i>	53	<i>mycophenolate mofetil</i>	78
<i>methsuximide</i>	19	<i>molindone hcl</i>	38	<i>mycophenolate sodium</i>	78
<i>methyl dopa</i>	53	<i>mometasone furoate</i>	60, 120	<i>mycophenolic acid</i>	78
<i>methylfol-algae-b12-acetylcyst</i>	100	<i>mono-lynyah</i>	70	MYRBETRIQ.....	65
<i>methylphenidate hcl</i>	57	<i>montelukast sodium</i>	120	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	63
<i>methylphenidate hcl er</i>	57	MOOD FOOD.....	101	<i>nabumetone</i>	11
<i>methylphenidate hcl er (osm)</i>	56	MOOD FOOD ES.....	101	<i>nadolol</i>	53
<i>methylphenidate hcl er(diffus)</i>	57	<i>morphine sulfate</i>	11	<i>naficillin sodium</i>	16
<i>methylprednisolone</i>	66	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	11	<i>naloxone hcl</i>	12, 102
<i>metoclopramide hcl</i>	63	<i>morphine sulfate (pf)</i>	11	<i>naltrexone hcl</i>	12
<i>metolazone</i>	53	<i>morphine sulfate er</i>	11	<i>naproxen</i>	11
<i>metoprolol succinate er</i>	53	MOUNJARO.....	45	<i>naproxen dr</i>	11
<i>metoprolol tartrate</i>	53	MOVANTIK.....	63	<i>naproxen sodium</i>	11
<i>metronidazole</i>	16, 60	MOVENTRA.....	101	<i>naratriptan hcl</i>	26
<i>metyrosine</i>	53	MOVYRA.....	101	NARCAN.....	102
<i>mexiletine hcl</i>	53	<i>moxifloxacin hcl</i>	16, 116	NASCOBAL.....	102
<i>micaderm</i>	100	<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	16	NATACYN.....	116
<i>micafungin sodium</i>	25	<i>m-pap</i>	101	<i>nateglinide</i>	45
<i>miconazole 3 combo pack</i>	100	MRESVIA.....	78	NAYZILAM.....	19
<i>miconazole 7</i>	100	MUCINEX FAST-MAX		<i>nebivolol hcl</i>	53
<i>miconazole nitrate</i>	101	CHEST CONG MS.....	101	<i>necon 0.5/35 (28)</i>	70
<i>miconazole nitrate combo pack</i>	100	MUCOLYTE.....	101	<i>nefazodone hcl</i>	23
MICROBIOTA.....	101	MUCOLYTE-DM.....	101	<i>neomycin sulfate</i>	17
MICROFLOR.....	101	<i>mucus & chest congestion</i>	101	<i>neomycin-bacitracin zn-</i>	
<i>microgestin 1.5/30</i>	70	<i>mucus dm</i>	101	<i>polymyx</i>	116
<i>microgestin 1/20</i>	70	<i>mucus relief</i>	102	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	116
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	70	<i>mucus relief dm</i>	101	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	
<i>microgestin fe 1/20</i>	70	<i>mucus relief dm er max str</i>	101		116
MICROVIA.....	101	<i>mucus relief dm max</i>	101	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	117
MICROWELL.....	101	<i>mucus relief er</i>	101	NEOVITE.....	102
<i>midodrine hcl</i>	53	<i>mucus relief max st</i>	101	NEPHPLEX RX.....	102
MIEBO.....	116	<i>mucus-dm maximum strength</i>	102	NEPHRON FA.....	102
<i>mifepristone</i>	73	MULTAQ.....	53	NERLYNX.....	31
<i>miglustat</i>	64	<i>multiple vitamins adult</i>	102	NEULASTA.....	49
<i>mili</i>	70	<i>multiple vitamins pediatric</i>	102	NEULASTA ONPRO.....	49
<i>milk thistle</i>	101	MULTIPRO.....	102	<i>nevirapine</i>	41
<i>mimvey</i>	70	MULTITOL-M.....	102	<i>nevirapine er</i>	41
MINCORA.....	101	<i>mupirocin</i>	60	<i>new day</i>	102
<i>minocycline hcl</i>	16	<i>mupirocin cream</i>	60	NEWFLORA PROBIOTIC.....	102
MINOVIA.....	101	<i>mvw hi-d adek gummies</i>	102	NEXLETOL.....	53
<i>minoxidil</i>	53	MVW HI-D DROPS		NEXLIZET.....	53
<i>mirtazapine</i>	23	W/EXTRA VIT D.....	102	NEXOCHEW.....	102
<i>misoprostol</i>	63	MVW MODULATOR		NEXPLANON.....	70
MI-VITE RX.....	101	FORMULATION.....	102	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	53
<i>mm allergy relief 24 hour</i>	101	MVW MODULATOR		NICADAN.....	102
<i>mm arthritis pain reliever</i>	101	FORMULATION MINI.....	102	NICAZEL.....	102

NICAZEL FORTE	102	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN		ODOMZO	31
NICOMIDE	102	RELION	45	<i>odorless coated fish oil</i>	103
<i>nicotinamide</i>	102	NOVOLIN 70/30 RELION	45	OFEV	120
<i>nicotine</i>	103	NOVOLIN 70/30 VIAL	45	<i>ofloxacin</i>	116, 117
<i>nicotine mini</i>	102	NOVOLIN N FLEXPEN	46	OGSIVEO	31
<i>nicotine polacrilex</i>	103	NOVOLIN N FLEXPEN		OJEMDA	31
<i>nicotine polacrilex mini</i>	102	RELION	46	OJJAARA	31
<i>nicotine step 1</i>	103	NOVOLIN N RELION	46	<i>olanzapine</i>	38
<i>nicotine step 2</i>	103	NOVOLIN N VIAL	46	<i>olmesartan medoxomil</i>	53
<i>nicotine step 3</i>	103	NOVOLIN R FLEXPEN.....	46	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	53
NICOTROL NS.....	12	NOVOLIN R FLEXPEN		<i>olopatadine hcl</i>	103, 116
<i>nifedipine er</i>	53	RELION	46	<i>omega 3</i>	103
<i>nifedipine er osmotic release</i>	53	NOVOLIN R RELION	46	<i>omega 3 fish oil</i>	103
NIFEREX	103	NOVOLIN R VIAL.....	46	<i>omega-3</i>	103
<i>nilotinib hcl</i>	31	NOVOLOG 70/30 FLEXPEN		<i>omega-3 fish oil</i>	103
<i>nilutamide</i>	31	RELION	46	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	53
<i>nimodipine</i>	53	NOVOLOG FLEXPEN.....	46	<i>omeprazole</i>	63, 103
NINLARO	31	NOVOLOG FLEXPEN		OMNIPOD 5 DEXCOM	
<i>nintedanib esylate</i>	120	RELION	46	INTRO KIT	113
<i>nitazoxanide</i>	34	NOVOLOG MIX 70/30		OMNIPOD 5 DEXCOM PODS.....	113
<i>nitisinone</i>	64	FLEXPEN	46	OMNIPOD 5 LIBRE INTRO	
<i>nitro-bid</i>	53	NOVOLOG MIX 70/30		KIT	113
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	17	RELION	46	OMNIPOD 5 LIBRE PODS	113
<i>nitrofurantoin monohydrate</i>		NOVOLOG MIX 70/30 VIAL...46		OMNIPOD DASH INTRO KIT	
<i>macrocrystals</i>	17	NOVOLOG PENFILL	46		113
<i>nitroglycerin</i>	53, 63	NOVOLOG RELION.....	46	OMNIPOD DASH PDM (GEN	
NIVA-FOL	103	NOVOLOG U-100 VIAL	46	4).....	113
<i>nizatidine</i>	63	NUBEQA	31	OMNIPOD DASH PODS	114
<i>nora-be</i>	70	NUCALA	120	<i>ondansetron hcl</i>	24
<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	70	NUEDEXTA	57	<i>ondansetron odt</i>	24
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	70	NUGUT BOWEL SUPPORT		ONE A DAY MENS	
<i>norethindrone</i>	70	PROBIOTIC	103	VITACRAVES	103
<i>norethindrone acetate</i>	70	NUPLAZID	38	ONE A DAY POSTNATAL.....	103
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	70	NURTEC.....	26	ONE A DAY WOMEN 50	
<i>norethindrone-eth estradiol</i>	70	NUTRALYN.....	103	PLUS.....	103
<i>norgestimate-eth estradiol</i>	71	NUTRAVANCE	103	ONE-A-DAY WOMENS	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>		NUTRA-Z+	103	VITACRAVES	103
<i>triphasic</i>	71	NUTRIFAC ZX	103	ONEVITE	104
NORIXA.....	103	NUTRILIPID.....	113	ONEVITE CALCIUM+D3	104
<i>norlyroc</i>	71	<i>nyamyc</i>	25	ONPATTRO	64
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	71	<i>nylia 1/35</i>	71	ONUREG	31
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	71	<i>nylia 7/7/7</i>	71	<i>opcicon one-step</i>	104
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	71	<i>nystatin</i>	25	OPIPZA.....	38
<i>nortrel 7/7/7</i>	71	<i>nystatin-triamcinolone</i>	60	<i>option 2</i>	104
<i>nortriptyline hcl</i>	23	<i>nystop</i>	25	OPVEE.....	12
NORVEXA.....	103	<i>octreotide acetate</i>	73	ORENCIA.....	78
NORVIR.....	41	OCUVEL.....	103	ORENCIA CLICKJECT	78
NOVOFINE PEN NEEDLE.....	113	OCUVITE ADULT		ORENITRAM.....	120
NOVOFINE PLUS PEN		FORMULA	103	ORENITRAM MONTH 1	120
NEEDLE.....	113	OCUVITE EYE		ORENITRAM MONTH 2	120
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	45	PERFORMANCE	103	ORENITRAM MONTH 3	120
		ODEFSEY	41	ORGOVYX.....	73

ORKAMBI	120	<i>penicillin v potassium</i>	17	<i>pomalidomide</i>	31
<i>orphenadrine citrate er</i>	122	PENMENVY	79	POMALYST	31
<i>orquidea</i>	71	PENTACEL	79	<i>portia-28</i>	71
ORSERDU	31	<i>pentamidine isethionate</i>	34	<i>posaconazole</i>	25
<i>oseltamivir phosphate</i>	41	PENTIPS GENERIC PEN		<i>potassium chloride</i>	62
OSENVELT	83	NEEDLES	114	<i>potassium chloride crys er</i>	62
OSPHENA.....	71	<i>pentoxifylline er</i>	54	<i>potassium chloride er</i>	62
OTEZLA	60, 78	PEPTYXAL	104	<i>potassium citrate er</i>	62
OTEZLA XR.....	60	<i>perampanel</i>	19	PRALUENT	54
OTEZLA/OTEZLA XR		<i>perindopril erbumine</i>	54	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	35
INITIATION PK	78	<i>periogard</i>	57	<i>prasugrel hcl</i>	49
<i>oxaprozin</i>	11	<i>permethrin</i>	60	<i>pravastatin sodium</i>	54
<i>oxcarbazepine</i>	19	<i>perphenazine</i>	38	<i>praziquantel</i>	34
<i>oxybutynin chloride</i>	65	PERSERIS.....	38	<i>prazosin hcl</i>	54
<i>oxybutynin chloride er</i>	65	<i>pharmacist choice d-vitamin</i>	104	<i>prednisolone</i>	66
<i>oxycodone hcl</i>	11	<i>phenelzine sulfate</i>	23	<i>prednisolone acetate</i>	116
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	12	<i>phenobarbital</i>	19	<i>prednisolone sodium phosphate</i> . 66	
<i>oyster shell calcium</i>	104	<i>phenytekt</i>	19	<i>prednisone</i>	66
<i>oyster shell calcium w/d</i>	104	<i>phenytoin</i>	19	<i>pregabalin</i>	20
<i>oyster shell calcium/d3</i>	104	<i>phenytoin infatabs</i>	19	PREMARIN	71
<i>oyster shell calcium/vit d</i>	104	<i>phenytoin sodium extended</i>	19	PREMPHASE	71
<i>oyster shell calcium/vit d3</i>	104	PHESGO	31	PREMPRO	71
<i>oyster shell calcium/vitamin d</i> ...104		<i>philith</i>	71	<i>prenatal</i>	62
OZEMPIC.....	46	PHOSPHA 250 NEUTRAL	104	<i>prenatal plus vitamin/mineral</i> ... 122	
PACERONE	54	<i>phosphorous</i>	104	PRESCRIPTION SUPPORT	
<i>pain & fever childrens</i>	104	PHOSPHO-TRIN 250		MULTIVIT	104
<i>pain & fever infants</i>	104	NEUTRAL	104	PRESERVISION AREDS 2	
<i>pain & fever kids</i>	104	<i>phytonadione</i>	104	 104, 105	
<i>pain and fever relief kids</i>	104	PIFELTRO	41	PRESERVISION AREDS	
<i>paliperidone er</i>	38	<i>pilocarpine hcl</i>	57, 116	2+COQ10.....	105
PANRETIN	31	<i>pimecrolimus</i>	60	PRESERVISION AREDS	
<i>pantoprazole sodium</i>	63	<i>pimozide</i>	38	2+MULTI VIT	105
<i>paricalcitol</i>	83	<i>pimtrea</i>	71	PRESERVISION AREDS 3.....	105
<i>paroxetine hcl</i>	23	<i>pindolol</i>	54	PRETOMANID.....	26
PAXLOVID (150/100).....	41	<i>pioglitazone hcl</i>	46	<i>prevalite</i>	54
PAXLOVID (300/100 &		<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i> ...46		PREVENT.....	105
150/100).....	41	PIP PEN NEEDLES 32G X		PREV-RX.....	105
PAXLOVID (300/100).....	41	4MM.....	114	PREVYMIS	41
PAXLYTE.....	104	<i>piperacillin sod-tazobactam sod</i> .17		PREZCOBIX	42
PAXOTIN.....	104	PIQRAY	31	PREZISTA	42
<i>pazopanib hcl</i>	31	<i>pirfenidone</i>	120	PRIFTIN.....	26
PEDIARIX	78	<i>piroxicam</i>	12	<i>primadophilus</i>	105
PEDVAXHIB	78	<i>pitavastatin calcium</i>	54	PRIMADOPHILUS KIDS	105
<i>peg 3350</i>	104	PLENAMINE.....	62	<i>primaquine phosphate</i>	34
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	64	<i>pnv 27-ca/fe/fa</i>	122	PRIMIDAR	105
<i>peg-3350/electrolytes</i>	64	<i>pnv prenatal plus multivit+dha</i> 122		<i>primidone</i>	20
PEGASYS	78	<i>pnv tabs 20-1</i>	122	PRIORIX.....	79
PEMAZYRE.....	31	<i>podofilox</i>	60	PRIVIGEN	79
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP...114		<i>polyethylene glycol 3350</i>	104	PROAIR RESPICLICK	121
PENBRAYA.....	78	<i>poly-iron 150 forte</i>	104	<i>probenecid</i>	25
<i>penicillamine</i>	62	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	116	PROBIO DEFENSE.....	105
<i>penicillin g sodium</i>	17	<i>polysaccharide iron forte</i>	104	PROBIOFLEXX	105

PROBIOMAX COMPLETE	PURE COMFORT SAFETY	REXULTI.....	38
DF.....	PEN NEEDLE.....	REYATAZ.....	42
PROBIOMAX IG 26 DF.....	<i>purevit dualfe plus</i>	REZDIFFRA.....	72
PROBIOMAX LEAN DF.....	<i>pyquvi</i>	REZLIDHIA.....	31
PROBIOMAX SB DF.....	<i>pyrazinamide</i>	REZUROCK.....	79
PROBIOMAX SERENITY.....	<i>pyridostigmine bromide</i>	RHEUMATE.....	106
PROBIONEXX.....	<i>pyridoxine hcl</i>	RHOPRESSA.....	116
PROBIONYX.....	PYRIDOXINE HCL.....	<i>ribavirin</i>	42
<i>probiotic</i>	<i>pyrimethamine</i>	<i>rifabutin</i>	27
<i>probiotic + immune</i>	PYRUKYND.....	<i>rifampin</i>	27
<i>probiotic + turmeric extract</i>	PYRUKYND TAPER PACK.....	<i>rilpivirine hcl</i>	42
<i>probiotic 10 ultra strength</i>	QINLOCK.....	<i>riluzole</i>	57
<i>probiotic acidophilus</i>	<i>quad-probiotic</i>	RINVOQ.....	79
<i>probiotic advanced formula</i>	QUADRACEL.....	RINVOQ LQ.....	79
<i>probiotic digestive supp</i>	<i>quetiapine fumarate</i>	<i>risedronate sodium</i>	83
<i>probiotic formula</i>	<i>quetiapine fumarate er</i>	<i>risperidone</i>	38, 39
<i>probiotic gummies</i>	QUICK TOUCH INSULIN	<i>risperidone microspheres er</i>	38
PROBIOTIC PEARLS MAX	PEN NEEDLE.....	<i>ritonavir</i>	42
POTENCY.....	<i>quinapril hcl</i>	<i>rivaroxaban</i>	49
PROBIOTIC PEARLS	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	<i>rivastigmine</i>	21
WOMENS.....	<i>quinidine sulfate</i>	<i>rivastigmine tartrate</i>	21
<i>probiotic/prebiotic/cranberry</i>	<i>quinine sulfate</i>	RIVFLOZA.....	114
<i>probiotics + bariatric multi</i>	QVAR REDIHALER.....	<i>rizatriptan benzoate</i>	26
PROBIOVEX.....	RABAVERT.....	ROCKLATAN.....	116
PROBISTOR.....	<i>rabeprazole sodium</i>	<i>roflumilast</i>	121
PROBITROL.....	RALDESY.....	ROMVIMZA.....	31
PROBIZEN.....	<i>raloxifene hcl</i>	<i>ropinirole hcl</i>	35
<i>prochlorperazine</i>	<i>ramelteon</i>	<i>ropinirole hcl er</i>	35
<i>prochlorperazine maleate</i>	<i>ramipril</i>	<i>rosuvastatin calcium</i>	54
PROCRT.....	<i>ranolazine er</i>	ROTARIX.....	79
<i>procto-med hc</i>	<i>rasagiline mesylate</i>	ROTATEQ.....	79
PROFOLA.....	RAYA SURE PEN NEEDLE ..	<i>roweepra</i>	20
<i>progesterone</i>	RAYALDEE.....	ROZLYTREK.....	32
PROGRAF.....	<i>react</i>	RUBRACA.....	32
PROLASTIN-C.....	RECOMBIVAX HB.....	<i>rufinamide</i>	20
PROLEEVA.....	REJUVAFLOR.....	RUKOBIA.....	42
PROMEROL.....	RELCARE.....	RYBELSUS.....	46, 47
<i>promethazine hcl</i>	REMEDIENT.....	RYDAPT.....	32
<i>promethazine-codeine</i>	<i>repaglinide</i>	<i>saccharomyces boulardii</i>	106
<i>promethazine-dm</i>	REPATHA.....	SACCHAROMYCIN DF.....	106
PROMETHEGAN.....	REPATHA SURECLICK.....	<i>sacubitril-valsartan</i>	54
<i>propafenone hcl</i>	REPHRESH PRO-B.....	SAFETUSSIN DM	
<i>propafenone hcl er</i>	RESTASIS.....	COUGH/CHEST CONG.....	106
<i>propranolol hcl</i>	RESTASIS MULTIDOSE.....	SAFETY PEN NEEDLES.....	114
<i>propranolol hcl er</i>	RESTORA RX.....	SANTYL.....	60
<i>propylthiouracil</i>	RETACRIT.....	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	64
PROQUAD.....	RETEVMO.....	SAVELLA.....	57
<i>protriptyline hcl</i>	REVCovi.....	SAVELLA TITRATION PACK	57
<i>pseudoephedrine-bromphen-dm</i>	REVITAFLOr.....	SCEMBLIX.....	32
PULMOZYME.....	REVUFORJ.....	<i>scopolamine</i>	24
<i>pure calcium carbonate</i>	REVYRA.....	SD PROBIOTIC-10	
	REXTOVY.....	COMPLEX ULTRA.....	106

SECUADO	39	SPRAVATO (56 MG DOSE)	23	<i>tacrolimus</i>	60, 80
<i>selegiline hcl</i>	35	SPRAVATO (84 MG DOSE)	23	<i>tacrolimus er</i>	80
<i>selenium sulfide</i>	60	<i>sprintec</i> 28	71	<i>tadalafil</i>	65
SELZENTRY	42	SPRITAM	20	<i>tadalafil (pah)</i>	121
SEREVENT DISKUS	121	SPS (SODIUM		TAFINLAR	32
<i>sertraline hcl</i>	23	POLYSTYRENE SULF)	62	TAGRISSO	32
<i>se-tan plus</i>	107	<i>sronyx</i>	71	<i>take action</i>	107
<i>setlakin</i>	71	<i>ssd</i>	60	TALICIA	64
<i>sevelamer hcl</i>	62	STABLEGI	107	TALZENNA	32
SFROWASA	82	STARJEMZA	80	<i>tamoxifen citrate</i>	32
<i>sharobel</i>	71	STEQEYMA	80	<i>tamsulosin hcl</i>	65
<i>shewise</i>	107	STIOLTO RESPIMAT	121	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	71
SHINGRIX	79	STIVARGA	32	TARON FORTE	107
SIDEROL	107	STOBOCLO	83	TARPEYO	82
SIGNIFOR	73	STRENSIQ	65	TAVNEOS	80
<i>sildenafil citrate</i>	121	<i>streptomycin sulfate</i>	17	<i>tazarotene</i>	60
SILIGENTLE FOAM		STRIBILD	42	<i>tazicef</i>	17
DRESSING	60	STROVITE ONE	107	TAZVERIK	32
<i>silodosin</i>	65	SUBVENITE	20	TECHLITE PLUS PEN	
<i>silver sulfadiazine</i>	60	<i>subvenite</i>	20	NEEDLES	114
SIMBRINZA	117	<i>subvenite starter kit-blue</i>	20	<i>telmisartan</i>	54
<i>simliya</i>	71	<i>subvenite starter kit-green</i>	20	<i>telmisartan-hctz</i>	55
<i>simpesse</i>	71	<i>subvenite starter kit-orange</i>	20	<i>temazepam</i>	122
<i>simvastatin</i>	54	SUCRAID	65	TENIVAC	80
<i>sirolimus</i>	79	<i>sucralfate</i>	64	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	42
SIRTURO	27	<i>sulfacetamide sodium</i>	117	TEPMETKO	32
SIVEXTRO	17	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	117	<i>terazosin hcl</i>	65
SKYCLARYS	114	<i>sulfadiazine</i>	17	<i>terbinafine hcl</i>	25
SKYRIZI	79, 80	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> ...	17	<i>terconazole</i>	25
SKYRIZI PEN	79	<i>sulfasalazine</i>	82	<i>teriparatide</i>	83
SMARTY PANTS KIDS		<i>sulindac</i>	12	TERIPARATIDE	83
PROBIOTIC	107	<i>sumatriptan</i>	26	<i>testosterone</i>	72
<i>smooth antacid extra strength</i> ...	107	<i>sumatriptan succinate</i>	26	<i>testosterone cypionate</i>	71
<i>smooth lax</i>	107	<i>sunitinib malate</i>	32	TESTOSTERONE	
<i>sodium chloride</i>	62, 114	SUNLENCA	42	CYPIONATE	71
SODIUM CHLORIDE	62	SUPPORT-500	107	<i>testosterone enanthate</i>	71
<i>sodium oxybate</i>	122	SUTAB	64	<i>tetrabenazine</i>	57
<i>sodium phenylbutyrate</i>	65	<i>sv fish oil</i>	107	<i>tetracycline hcl</i>	17
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	62	<i>sv magnesium</i>	107	TEVIMBRA	32
SOFOSBUVIR-		<i>sv probiotic extra strength</i>	107	THALOMID	32
VELPATASVIR	42	<i>sv vitamin d3</i>	107	<i>theophylline er</i>	121
<i>solifenacin succinate</i>	65	SYMBIARA	107	<i>thiamine hcl</i>	107
SOLIUQA	47	SYMBIONEX	107	<i>thioridazine hcl</i>	39
SOLTAMOX	32	SYMFLORA	107	<i>thiothixene</i>	39
SOMAVERT	73	SYMPAZAN	20	<i>tiadylt er</i>	55
<i>sorafenib tosylate</i>	32	SYMTUZA	42	<i>tiagabine hcl</i>	20
<i>sotalol hcl</i>	54	SYNJARDY	47	TIBSOVO	33
<i>sotalol hcl (af)</i>	54	SYNJARDY XR	47	<i>ticagrelor</i>	49
SPEVIGO	60	SYNTHROID	72	TICOVAC	80
SPIRIVA RESPIMAT	121	SYSTANE ICAPS AREDS2 ...	107	<i>tigecycline</i>	17
<i>spironolactone</i>	54	TABLOID	32	<i>timolol maleate</i>	26, 117
<i>spironolactone-hctz</i>	54	TABRECTA	32	<i>tinidazole</i>	17

<i>tiotropium bromide</i>	121	<i>trifluoperazine hcl</i>	39	TWINRIX	81
TIVICAY	42	<i>trifluridine</i>	117	TYBOST	42
TIVICAY PD	42	<i>trigels-f forte</i>	107	TYENNE	81
<i>tizanidine hcl</i>	39	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	35	TYMLOS	83
TM-VITE RX	107	TRIJARDY XR	47	TYPHIM VI	81
TOBAKIENT	107	TRIKAFTA	121	TYRVAYA	117
TOBI PODHALER	121	<i>tri-lynyah</i>	72	UBRELVY	26
TOBRADEX	117	TRILOGEL	107	UDAMIN SP	108
<i>tobramycin</i>	117, 121	<i>trimethoprim</i>	17	UDENYCA	49
TOBRAMYCIN	121	<i>tri-mili</i>	72	UDENYCA ONBODY	49
<i>tobramycin sulfate</i>	17	<i>trimipramine maleate</i>	23	ULTIGUARD SAFEPACK	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	117	TRINTELLIX	23	SYR/NEEDLE	114
<i>tofacinib citrate</i>	80	<i>tri-sprintec</i>	72	UNIFINE OTC PEN	
<i>tofacinib citrate er</i>	80	TRIUMEQ	42	NEEDLES	114
<i>tolterodine tartrate</i>	65	TRIUMEQ PD	42	UNIFINE PROTECT PEN	
<i>tolterodine tartrate er</i>	65	<i>tri-vylibra</i>	72	NEEDLE	114
<i>tolvaptan</i>	62	TRONVITE	107	<i>unithroid</i>	72
TOPFINE INSULIN PEN		<i>tropium chloride</i>	66	UP4 PROBIOTICS	108
NEEDLE	114	<i>tropium chloride er</i>	66	UP4 PROBIOTICS KIDS	108
<i>topiramate</i>	20	TRUBIOTICS DIGEST + IMM		UP4 PROBIOTICS KIDS	
<i>topotecan hcl</i>	33	HEALTH	107	CUBES	108
<i>toremifene citrate</i>	33	TRUBIOTICS KIDS	108	UP4 PROBIOTICS MENS	108
<i>toremide</i>	55	TRUE COMFORT SAFETY		UP4 PROBIOTICS ULTRA	108
TOUJEO MAX SOLOSTAR	47	PEN NEEDLE	114	UP4 PROBIOTICS WOMENS	109
TOUJEO SOLOSTAR	47	TRUE FERROUS SULFATE	108	<i>urea</i>	61
TRADJENTA	47	<i>true laxative</i>	108	<i>ursodiol</i>	64
<i>tramadol hcl ir</i>	12	TRUE MAGNESIUM OXIDE	108	<i>valacyclovir hcl</i>	42
<i>tramadol-acetaminophen</i>	12	<i>true oyster shell calcium</i>	108	VALCHLOR	33
<i>trandolapril</i>	55	TRUE VITAMIN C	108	VALENTRA	109
<i>tranexamic acid</i>	49	TRUE VITAMIN D3	108	<i>valganciclovir hcl</i>	42
<i>tranylcypromine sulfate</i>	23	TRUEBOOST	108	<i>valproic acid</i>	20
<i>travoprost (bak free)</i>	117	TRUECORE	108	<i>valsartan</i>	55
<i>trazodone hcl</i>	23	TRUEVITE	108	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	55
TREBIOME	107	TRULICITY	47	VALTOCO 10 MG DOSE	20
TRELEGY ELLIPTA	121	TRUMENBA	80	VALTOCO 15 MG DOSE	20
TRELSTAR MIXJECT	73	TRUQAP	33	VALTOCO 20 MG DOSE	20
TREMFYA	80	TRYNGOLZA	55	VALTOCO 5 MG DOSE	20
TREMFYA ONE-PRESS	80	TUKYSA	33	<i>valtya 1/35</i>	72
TREMFYA PEN	80	TULIVITE	108	<i>valtya 1/50</i>	72
TREMFYA-CD/UC		TURALIO	33	VALYRA	109
INDUCTION	80	<i>turqoz</i>	72	<i>vancomycin hcl</i>	17
TRESIBA	47	<i>tusnel-ex</i>	108	VANFLYTA	33
TRESIBA FLEXTOUCH	47	<i>tussin</i>	108	VAQTA	81
<i>tretinoin</i>	33, 60	<i>tussin dm</i>	108	<i>varenicline tartrate</i>	12
TREXION	107	<i>tussin dm cough & chest conges</i>		<i>varenicline tartrate (starter)</i>	12
TREXVIA	107		108	<i>varenicline tartrate(continue)</i>	12
<i>triamcinolone acetonide</i>	57, 61	<i>tussin dm cough + chest</i>	108	VARIVAX	81
<i>triarterene</i>	55	<i>tussin dm max</i>	108	VAXCHORA	81
<i>triarterene-hctz</i>	55	<i>tussin mucus & chest congest</i>	108	VAXELIS	81
<i>triderm</i>	61	<i>tussin mucus+chest congest sf</i>	108	<i>v-c forte</i>	109
<i>trientine hcl</i>	62	<i>tussin mucus+chest congestion</i>	108	VELPHORO	62
<i>tri-estarylla</i>	72	TUXARIN ER	108	VELTASSA	62

VENCLEXTA	33	<i>vitachew adult multi vitamin</i>	109	VRAYLAR	39
VENCLEXTA STARTING		<i>vitachew vitamin d3</i>	109	VSL#3	110
PACK	33	VITACORE.....	109	VUMERITY.....	57
VENEXA.....	109	VITAFUSION MULTI		<i>vyfemla</i>	72
VENEXA FE	109	WOMENS	109	VYJUVEK	43
<i>venlafaxine hcl</i>	23	VITAJoy MULTI GUMMIES		<i>vylibra</i>	72
<i>venlafaxine hcl er</i>	23	ADULT	109	VYNDAMAX.....	55
VENTRIXYL	109	VITAL-D RX	109	VYVGART HYTRULO	26, 81
VENTRIXYL FE	109	VITALUX	109	VYZULTA.....	117
VEOPOZ	81	<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	109	<i>wal-itin d</i>	110
VEOZAH.....	57	<i>vitamin k1</i>	109	<i>wal-zyr allergy childrens</i>	110
VEPPANU.....	33	VITAROCA PLUS.....	109	<i>wal-zyr childrens</i>	110
<i>verapamil hcl</i>	55	VITAScript	110	<i>warfarin sodium</i>	49
<i>verapamil hcl er</i>	55	VITASURE	110	<i>weekly-d</i>	110
VERIFINE INSULIN PEN		VITAVERA	110	WEGOVY	114, 115
NEEDLE	114	VITEYES AREDS 2		WELIREG.....	65
VERIFINE INSULIN		FORMULA	110	WELL MAGNESIUM OXIDE	110
SYRINGE.....	114	VITEYES AREDS 2		WELL VITAMIN C.....	110
VERIFINE PLUS PEN		FORMULA +COQ10.....	110	WELL VITAMIN D3	110
NEEDLE	114	VITEYES AREDS 2		WELLFOLA	111
VERISAFE SAFETY INSULIN		FORMULA +MULTI	110	<i>wera</i>	72
SYR	114	VITEYES AREDS 2		WESTAB MAX.....	111
VERQUVO.....	55	FORMULA MINI	110	WINREVAIR.....	121
VERSACLOZ.....	39	VITEYES CLASSIC		<i>wixela inhub</i>	121
VERZENIO	33	ADVANCED	110	<i>womens multi gummies</i>	111
V-GO 20	114	VITEYES CLASSIC		<i>womens multivitamin +</i>	
V-GO 30	114	MACULAR SUPPOR.....	110	<i>collagen</i>	111
V-GO 40	114	VITEYES CLASSIC ZINC		<i>womens multivitamin gummies</i> .	111
VH ESSENTIALS		FREE	110	WYOST	83
OPTIBALANCE	109	VITEYES		XALKORI.....	33
VIC-FORTE	109	CLASSIC+OMEGA-3	110	XARELTO	50
<i>vienva</i>	72	<i>viteyes complete</i>	110	XATMEP	81
<i>vigabatrín</i>	20	VITRAKVI	33	XCOPRI.....	21
VIGADRONE	20, 21	VITRAMYN	110	XDEMVI	117
VIGAFYDE.....	21	VITRANOL	110	XERMELO	64
<i>vilazodone hcl</i>	23	VITRANOL FE.....	110	XIFAXAN.....	64
VIMKUNYA	81	VITRAX.....	110	XIGDUO XR	47
<i>viorele</i>	72	VITREXATE	110	XIIDRA.....	117
VIRACEPT.....	42	VITREXATE FE.....	110	XOFLUZA (40 MG DOSE)	43
VIREAD.....	42	VITREXYL	110	XOFLUZA (80 MG DOSE)	43
VIRELIX	109	VITREXYL + IRON.....	110	XOLAIR	81, 82
VIREXA	109	VITRION	110	XOLREMDI.....	50
<i>vision health</i>	109	VIVITROL	13	XOSPATA	33
VISION OPTIMIZER	109	VIVOTIF	81	XPOVIO (100 MG ONCE	
VISTA ADVANCED AREDS2		VIZIMPRO.....	33	WEEKLY)	33
FORMULA.....	109	VOCABRIA	42	XPOVIO (40 MG ONCE	
VISTA ADVANCED DRY		<i>volnea</i>	72	WEEKLY)	33
EYE FORMULA.....	109	VONJO.....	33	XPOVIO (40 MG TWICE	
VITA S FORTE.....	109	VORANIGO.....	33	WEEKLY)	34
<i>vitabex plus</i>	109	<i>voriconazole</i>	25	XPOVIO (60 MG ONCE	
VITACEL	109	VOSEVI	43	WEEKLY)	34
VITACHEW	109	VOWST.....	64		

XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	34	ZOLINZA.....	34
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	34	zolmitriptan	26
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	34	zolpidem tartrate	122
XTAMPZA ER.....	12	zolpidem tartrate er.....	122
XTANDI.....	34	ZONISADE.....	21
<i>xulane</i>	72	zonisamide.....	21
<i>yargesa</i>	65	<i>zovia 1/35 (28)</i>	72
YESINTEK.....	82	ZTALMY	21
YF-VAX.....	82	ZURZUVAE	24
YONSA	34	ZYDELIG.....	34
<i>your choice</i>	111	ZYKADIA.....	34
<i>yulithira</i>	34	ZYMFENTRA (1 PEN)	82
YUM-VS COMPLETE MULTIVITAMIN	111	ZYMFENTRA (2 PEN)	82
YUMVS MULTI ZERO.....	111	ZYMFENTRA (2 SYRINGE).....	82
YUMVS PROBIOTIC ZERO ...	111	ZYPREXA RELPREVV	39
YUMVS VITAMIN C ZERO ...	111		
YUMVS VITAMIN D3.....	111		
YUMVS VITAMIN D3 ZERO	111		
YUMVS ZERO DIABETIC MULTIVITAM	111		
YUMVSKIDS PROBIOTIC ZERO.....	111		
YUM-YUM DOPHILUS	111		
YUM-YUM DOPHILUS PROBIOTIC	111		
YUPELRI	121		
<i>yuvafem</i>	72		
<i>zafemy</i>	72		
<i>zafirlukast</i>	121		
<i>zaleplon</i>	122		
ZARXIO	50		
ZEJULA	34		
ZELBORAF	34		
ZELDANA	111		
<i>zelvysia</i>	65		
<i>zenatane</i>	61		
ZENPEP	65		
ZENTERA.....	111		
ZENVYRA.....	111		
ZEPOSIA.....	57		
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	57		
ZEPOSIA STARTER KIT	57		
<i>zidovudine</i>	43		
<i>ziprasidone hcl</i>	39		
<i>ziprasidone mesylate</i>	39		
ZIRGAN.....	117		
ZOKINVY	115		



www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl

Todas las imágenes son utilizadas bajo licencia únicamente con fines ilustrativos.
Todas las personas representadas son modelos.

Este formulario se actualizó con fecha 01/01/2027. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contacte a AmeriHealth Caritas VIP Care al **1-833-535-3767** (los usuarios TTY deben llamar al **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, o visite **www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl**.

El formulario puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Puede pedir este documento de forma gratuita en otros formatos como, por ejemplo, impresión en letra grande, braille o audio.

AmeriHealth Caritas VIP Care es un plan HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Florida. La inscripción en AmeriHealth Caritas VIP Care depende de la renovación del contrato.

ATANSYON: Si w pale kreyòl, ou ka resevwa sèvis pou ede w nan lang pa w san w pa peye pou sa. Rele nan 1-833-535-3767 (TTY 711) lendi pou vandredi, soti 8 à nan maten rive 8 è diswa, ant 1ye avril ak 30 septanm, oswa sèt jou sou sèt, soti 8 è nan maten rive 8 è diswa, ant 1ye oktòb ak 31 mas. Apèl la gratis.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-833-535-3767 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., del 1.º de abril al 30 de septiembre; o los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., del 1.º de octubre al 31 de marzo. La llamada es gratuita.



Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth VIP Care al 1-833-535-3767 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Para obtener más información, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl.
Formulario actualizado por última vez el 01/01/2027