

To: IEHP Covered (CCA) PCPs & Pharmacy Network
From: IEHP Pharmaceutical Services Department
Date: November 13, 2025
Subject: **October 2025 IEHP Covered Pharmacy & Therapeutics Update**

October 2025 Pharmacy and Therapeutics (P&T) Committee approved changes for IEHP Covered formulary are now available online.

To access the full document of changes, please visit:

[IEHP - News & Updates : Notices](#)

www.ProviderServices.iehp.org > Providers > News & Updates > Notices

To access the full IEHP Covered Formulary, please visit:

[IEHP - Pharmacy: Formulary](#)

www.ProviderServices.iehp.org > Providers > Pharmacy > Formulary > IEHP Covered California > IEHP Covered Formulary Book (PDF)

Key Changes Include:

DRUG NAME	EFFECTIVE DATE
Add to formulary with Quantity Limit	
INSULIN GLARGINE-YFGN 100/ML (3) INSULIN PEN	1/1/2026
INSULIN GLARGINE-YFGN 100/ML VIAL	1/1/2026
TIOTROPIUM BROMIDE 18 MCG CAP W/DEV	1/1/2026
ROSUVASTATIN-EZETIMIBE 10 MG-10MG TABLET	1/1/2026
ROSUVASTATIN-EZETIMIBE 10 MG-20MG TABLET	1/1/2026
ROSUVASTATIN-EZETIMIBE 10 MG-40MG TABLET	1/1/2026
ROSUVASTATIN-EZETIMIBE 10 MG-5 MG TABLET	1/1/2026
Remove from formulary	
SEMGLEE (YFGN) 100/ML VIAL	1/1/2026
SEMGLEE (YFGN) PEN 100/ML (3) INSULIN PEN	1/1/2026
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP W/DEV	1/1/2026

Please visit www.ProviderServices.iehp.org for more details.

Sincerely,

IEHP Pharmaceutical Services

To: IEHP Covered (CCA) PCPs & Pharmacy Network
From: IEHP Pharmaceutical Services Department
Date: November 13, 2025
Subject: **October 2025 IEHP Covered Pharmacy & Therapeutics Update**

October 2025 IEHP Covered Pharmacy & Therapeutics Committee Update

Please see below for Pharmacy and Therapeutics (P&T) Committee approved changes for IEHP Covered formulary.

DRUG NAME	EFFECTIVE DATE
Add Prior Authorization	
ARALAST NP 1000 MG VIAL	1/1/2026
ARALAST NP 500 MG VIAL	1/1/2026
FUROSCIX 80 MG/10ML KIT	1/1/2026
GLASSIA 1 G/50 ML VIAL	1/1/2026
PROLASTIN C 1000 MG VIAL	1/1/2026
PROLASTIN C 1000 MG/20 VIAL	1/1/2026
ZEMAIRA 1000 MG VIAL	1/1/2026
ZEMAIRA 4000 MG VIAL	1/1/2026
ZEMAIRA 5000 MG VIAL	1/1/2026
Add Quantity Limit	
AIMOVIG AUTOINJECTOR 140 MG/ML AUTO INJCT	1/1/2026
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML AUTO INJCT	1/1/2026
AJOVY AUTOINJECTOR 225 MG/1.5 AUTO INJCT	1/1/2026
AJOVY SYRINGE 225 MG/1.5 SYRINGE	1/1/2026
ALYQ 20 MG TABLET	1/1/2026
ANDRODERM 2 MG/24 HR PATCH TD24	1/1/2026
ANDRODERM 4 MG/24 HR PATCH TD24	1/1/2026
AUSTEDO 12 MG TABLET	1/1/2026
AUSTEDO 6 MG TABLET	1/1/2026
AUSTEDO 9 MG TABLET	1/1/2026

DRUG NAME	EFFECTIVE DATE
AUSTEDO XR 12 MG TAB ER 24H	1/1/2026
AUSTEDO XR 18 MG TAB ER 24H	1/1/2026
AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H	1/1/2026
AUSTEDO XR 30 MG TAB ER 24H	1/1/2026
AUSTEDO XR 36 MG TAB ER 24H	1/1/2026
AUSTEDO XR 42 MG TAB ER 24H	1/1/2026
AUSTEDO XR 48 MG TAB ER 24H	1/1/2026
AUSTEDO XR 6 MG TAB ER 24H	1/1/2026
BOTOX 100 UNIT VIAL	1/1/2026
BOTOX 200 UNIT VIAL	1/1/2026
DUROLANE 60 MG/3 ML SYRINGE	1/1/2026
EMGALITY PEN 120 MG/ML PEN INJCTR	1/1/2026
EMGALITY SYRINGE 120 MG/ML SYRINGE	1/1/2026
EMGALITY SYRINGE 300 MG/3ML SYRINGE	1/1/2026
EUFLEXXA 20 MG/2 ML SYRINGE	1/1/2026
GEL-ONE 30 MG/3 ML SYRINGE	1/1/2026
GELSYN-3 16.8MG/2ML SYRINGE	1/1/2026
GENVISC 850 10 MG/ML SYRINGE	1/1/2026
HYALGAN 10 MG/ML SYRINGE	1/1/2026
HYALGAN 10 MG/ML VIAL	1/1/2026
HYMOVIS 24 MG/3 ML SYRINGE	1/1/2026
INGREZZA 40 MG CAPSULE	1/1/2026
INGREZZA 60 MG CAPSULE	1/1/2026
INGREZZA 80 MG CAPSULE	1/1/2026
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 40 MG-80MG CAP DS PK	1/1/2026
INGREZZA SPRINKLE 40 MG CAP SPRINK	1/1/2026
INGREZZA SPRINKLE 60 MG CAP SPRINK	1/1/2026
INGREZZA SPRINKLE 80 MG CAP SPRINK	1/1/2026
INREBIC 100 MG CAPSULE	1/1/2026
JAKAFI 10 MG TABLET	1/1/2026
JAKAFI 15 MG TABLET	1/1/2026
JAKAFI 20 MG TABLET	1/1/2026
JAKAFI 25 MG TABLET	1/1/2026
JAKAFI 5 MG TABLET	1/1/2026
JATENZO 158 MG CAPSULE	1/1/2026

DRUG NAME	EFFECTIVE DATE
JATENZO 198 MG CAPSULE	1/1/2026
JATENZO 237 MG CAPSULE	1/1/2026
KYZATREX 100 MG CAPSULE	1/1/2026
KYZATREX 150 MG CAPSULE	1/1/2026
LIRAGLUTIDE 3 MG/0.5ML PEN INJCTR	1/1/2026
MONOVISC 88 MG/4 ML SYRINGE	1/1/2026
NATESTO 5.5/0.122 GEL MD PMP	1/1/2026
NURTEC ODT 75 MG TAB RAPDIS	1/1/2026
ORTHOVISC 30 MG/2 ML SYRINGE	1/1/2026
QULIPTA 10 MG TABLET	1/1/2026
QULIPTA 30 MG TABLET	1/1/2026
QULIPTA 60 MG TABLET	1/1/2026
REYVOW 100 MG TABLET	1/1/2026
REYVOW 50 MG TABLET	1/1/2026
SODIUM HYALURONATE 10 MG/ML SYRINGE	1/1/2026
SUPARTZ FX 10 MG/ML SYRINGE	1/1/2026
SYNOJOYNT 10 MG/ML SYRINGE	1/1/2026
SYNVISC 16MG/2ML SYRINGE	1/1/2026
SYNVISC-ONE 48 MG/6 ML SYRINGE	1/1/2026
TADALAFIL 2.5 MG TABLET	1/1/2026
TADALAFIL 5 MG TABLET	1/1/2026
TESTOSTERONE 1.25G-1.62 GEL PACKET	1/1/2026
TESTOSTERONE 10 MG (2%) GEL MD PMP	1/1/2026
TESTOSTERONE 12.5/1.25G GEL MD PMP	1/1/2026
TESTOSTERONE 2.5G-1.62% GEL PACKET	1/1/2026
TESTOSTERONE 20.25/1.25 GEL MD PMP	1/1/2026
TESTOSTERONE 25MG (1%) GEL PACKET	1/1/2026
TESTOSTERONE 30MG/1.5ML SOL MD PMP	1/1/2026
TESTOSTERONE 50 MG (1%) GEL (GRAM)	1/1/2026
TESTOSTERONE CYPIONATE 100 MG/ML VIAL	1/1/2026
TESTOSTERONE CYPIONATE 200 MG/ML VIAL	1/1/2026
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML VIAL	1/1/2026
TLANDO 112.5 MG CAPSULE	1/1/2026
TRILURON 10 MG/ML SYRINGE	1/1/2026
TRIVISC 10 MG/ML SYRINGE	1/1/2026
UBRELVY 100 MG TABLET	1/1/2026

DRUG NAME	EFFECTIVE DATE
UBRELVY 50 MG TABLET	1/1/2026
VIBERZI 100 MG TABLET	1/1/2026
VIBERZI 75 MG TABLET	1/1/2026
VISCO-3 10 MG/ML SYRINGE	1/1/2026
VONJO 100 MG CAPSULE	1/1/2026
VOQUEZNA 10 MG TABLET	1/1/2026
VOQUEZNA 20 MG TABLET	1/1/2026
VOQUEZNA DUAL PAK 20MG-500MG COMBO. PKG	1/1/2026
VOQUEZNA TRIPLE PAK 20-500-500 COMBO. PKG	1/1/2026
VYEPTI 100 MG/ML VIAL	1/1/2026
WEGOVY 0.25MG/0.5 PEN INJCTR	1/1/2026
WEGOVY 0.5MG/.5ML PEN INJCTR	1/1/2026
WEGOVY 1 MG/0.5ML PEN INJCTR	1/1/2026
WEGOVY 1.7MG/0.75 PEN INJCTR	1/1/2026
WEGOVY 2.4MG/0.75 PEN INJCTR	1/1/2026
XYOSTED 100 MG/0.5 AUTO INJCT	1/1/2026
XYOSTED 50MG/0.5ML AUTO INJCT	1/1/2026
XYOSTED 75MG/0.5ML AUTO INJCT	1/1/2026
ZAVZPRET 10 MG SPRAY	1/1/2026
ZEPBOUND 10MG/0.5ML PEN INJCTR	1/1/2026
ZEPBOUND 12.5MG/0.5 PEN INJCTR	1/1/2026
ZEPBOUND 15MG/0.5ML PEN INJCTR	1/1/2026
ZEPBOUND 2.5 MG/0.5 PEN INJCTR	1/1/2026
ZEPBOUND 5 MG/0.5ML PEN INJCTR	1/1/2026
ZEPBOUND 7.5 MG/0.5 PEN INJCTR	1/1/2026
Add Quantity Limit and change in Prior Authorization Criteria	
OPZELURA 1.5 % CREAM (G)	1/1/2026
WINLEVI 1 % CREAM (G)	1/1/2026
Add Step Therapy	
CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1.2%-3.75% GEL W/PUMP	1/1/2026
GLUCAGON EMERGENCY KIT 1 MG VIAL	1/1/2026
NP THYROID 120 MG TABLET	1/1/2026
NP THYROID 15 MG TABLET	1/1/2026
NP THYROID 30 MG TABLET	1/1/2026
NP THYROID 60 MG TABLET	1/1/2026

DRUG NAME	EFFECTIVE DATE
NP THYROID 90 MG TABLET	1/1/2026
NUVESSA 1.3 % GEL W/APPL	1/1/2026
PANCREAZE 10.5-35.5K CAPSULE DR	1/1/2026
PANCREAZE 16.8-56.8K CAPSULE DR	1/1/2026
PANCREAZE 2.6K-8.8K CAPSULE DR	1/1/2026
PANCREAZE 21 K-54.7K CAPSULE DR	1/1/2026
PANCREAZE 37K-97.3K CAPSULE DR	1/1/2026
PANCREAZE 4.2K-14.2K CAPSULE DR	1/1/2026
SERTRALINE HCL 150 MG CAPSULE	1/1/2026
SERTRALINE HCL 200 MG CAPSULE	1/1/2026
THYROID 120 MG TABLET	1/1/2026
THYROID 15 MG TABLET	1/1/2026
THYROID 30 MG TABLET	1/1/2026
THYROID 60 MG TABLET	1/1/2026
THYROID 90 MG TABLET	1/1/2026
TRIFLURIDINE 1 % DROPS	1/1/2026
Add to formulary	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1 % GEL DAILY	1/1/2026
DAPSONE 7.5 % GEL (GRAM)	1/1/2026
SODIUM SULFACETAMIDE-SULFUR 8 %-4 % SUSPENSION	1/1/2026
SSS 10-5 10-5%(W/W) CREAM (G)	1/1/2026
TWIIST REFILL KT(CSST-NDL-SYR) KIT	1/1/2026
TWIIST RFL(INFUS-CSST-NDL-SYR) KIT	1/1/2026
Add to formulary with Prior Authorization	
ENBUMYST 0.5MG/SPRY SPRAY	1/1/2026
KONVOMEK 2-84 MG/ML SUSP RECON	1/1/2026
MODD1 PATIENT WELCOME KIT	1/1/2026
MODD1 SUPPLY KIT COMBO. PKG	1/1/2026
OMEPRazole-SODIUM BICARBONATE 20-1680MG PACKET	1/1/2026
OMEPRazole-SODIUM BICARBONATE 40-1680MG PACKET	1/1/2026
STEQEYMA 45MG/0.5ML SYRINGE	1/1/2026
STEQEYMA 90 MG/ML SYRINGE	1/1/2026
VERKAZIA 0.1 % DROPERETTE	1/1/2026

DRUG NAME	EFFECTIVE DATE
Add to formulary with Quantity Limit	
INSULIN GLARGINE-YFGN 100/ML (3) INSULIN PEN	1/1/2026
INSULIN GLARGINE-YFGN 100/ML VIAL	1/1/2026
NOVOLOG 100/ML VIAL	1/1/2026
NOVOLOG FLEXPEN 100/ML (3) INSULIN PEN	1/1/2026
NOVOLOG MIX 70-30 70-30/ML VIAL	1/1/2026
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN 70-30/ML INSULIN PEN	1/1/2026
NOVOLOG PENFILL 100/ML CARTRIDGE	1/1/2026
ROSUVASTATIN-EZETIMIBE 10 MG-10MG TABLET	1/1/2026
ROSUVASTATIN-EZETIMIBE 10 MG-20MG TABLET	1/1/2026
ROSUVASTATIN-EZETIMIBE 10 MG-40MG TABLET	1/1/2026
ROSUVASTATIN-EZETIMIBE 10 MG-5 MG TABLET	1/1/2026
RYKINDO 25 MG/2 ML VIAL	1/1/2026
RYKINDO 37.5MG/2ML VIAL	1/1/2026
RYKINDO 50 MG/2 ML VIAL	1/1/2026
TIOTROPIUM BROMIDE 18 MCG CAP W/DEV	1/1/2026
TWIIST STARTER KIT	1/1/2026
Add to formulary with Step Therapy	
ADTHYZA 130 MG TABLET	1/1/2026
ADTHYZA 16.25 MG TABLET	1/1/2026
ADTHYZA 32.5 MG TABLET	1/1/2026
ADTHYZA 65 MG TABLET	1/1/2026
ADTHYZA 97.5 MG TABLET	1/1/2026
AMZEEQ 4 % FOAM	1/1/2026
CLINDAMYCIN PHOS-TRETINOIN 1.2-0.025% GEL (GRAM)	1/1/2026
XACIATO 2 % GEL W/APPL	1/1/2026
Add to formulary with Step Therapy and Quantity Limit	
BELBUCA 150 MCG FILM	1/1/2026
BELBUCA 300 MCG FILM	1/1/2026
BELBUCA 450 MCG FILM	1/1/2026
BELBUCA 600 MCG FILM	1/1/2026
BELBUCA 75 MCG FILM	1/1/2026
BELBUCA 750 MCG FILM	1/1/2026
BELBUCA 900 MCG FILM	1/1/2026

DRUG NAME	EFFECTIVE DATE
BUPROPION XL 450 MG TAB ER 24H	1/1/2026
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR SPR	1/1/2026
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP DR SPR	1/1/2026
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP DR SPR	1/1/2026
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP DR SPR	1/1/2026
DULOXETINE HCL 40 MG CAPSULE DR	1/1/2026
LYUMJEV TEMPO PEN U-100 100/ML INSULIN PEN	1/1/2026
VENLAFAXINE BESYLATE ER 112.5 MG TAB ER 24	1/1/2026
Change in Prior Authorization Criteria	
ALYGLO 10 % VIAL	1/1/2026
ASCENIV 10 % VIAL	1/1/2026
ATORVALIQ 20 MG/5 ML ORAL SUSP	1/1/2026
BACLOFEN 10 MG/5 ML SOLUTION	1/1/2026
BACLOFEN 5 MG/5 ML SOLUTION	1/1/2026
BAFIERTAM 95 MG CAPSULE DR	1/1/2026
BIVIGAM 10 % VIAL	1/1/2026
BRIUMVI 150 MG/6ML VIAL	1/1/2026
BYOOVIZ 0.5MG/0.05 VIAL	1/1/2026
CABTREO 0.15%-3.1% GEL (GRAM)	1/1/2026
CHENODAL 250 MG TABLET	1/1/2026
CHOLBAM 250 MG CAPSULE	1/1/2026
CHOLBAM 50 MG CAPSULE	1/1/2026
CIMERLI 0.3MG/0.05 VIAL	1/1/2026
CIMERLI 0.5MG/0.05 VIAL	1/1/2026
CORTROPHIN 40/0.5 ML SYRINGE	1/1/2026
CORTROPHIN 80 UNIT/ML SYRINGE	1/1/2026
CORTROPHIN 80 UNIT/ML VIAL	1/1/2026
CRENESSITY 100 MG CAPSULE	1/1/2026
CRENESSITY 25 MG CAPSULE	1/1/2026
CRENESSITY 50 MG CAPSULE	1/1/2026
CRENESSITY 50 MG/ML SOLUTION	1/1/2026
CUTAQUIG 16.5 % VIAL	1/1/2026
CUVITRU 1 G/5 ML VIAL	1/1/2026
CUVITRU 10 G/50 ML VIAL	1/1/2026
CUVITRU 2 G/10 ML VIAL	1/1/2026
CUVITRU 4 G/20 ML VIAL	1/1/2026

DRUG NAME	EFFECTIVE DATE
CUVITRU 8 G/40 ML VIAL	1/1/2026
DANYELZA 40MG/10ML VIAL	1/1/2026
DUPIXENT PEN 200MG/1.14 PEN INJCTR	1/1/2026
DUPIXENT PEN 300 MG/2ML PEN INJCTR	1/1/2026
DUPIXENT SYRINGE 200MG/1.14 SYRINGE	1/1/2026
DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2ML SYRINGE	1/1/2026
ELYXYB 120 MG/4.8 SOLUTION	1/1/2026
EMPAVELI 1080 MG/20 VIAL	1/1/2026
ENSPRYNG 120 MG/ML SYRINGE	1/1/2026
EPYSQLI 300MG/30ML VIAL	1/1/2026
EVKEEZA 1200MG/8ML VIAL	1/1/2026
EVKEEZA 345 MG/2.3 VIAL	1/1/2026
EXTAVIA 0.3 MG KIT	1/1/2026
EXTAVIA 0.3 MG VIAL	1/1/2026
EYLEA 2MG/0.05ML SYRINGE	1/1/2026
EYLEA 2MG/0.05ML VIAL	1/1/2026
EYLEA HD 8MG/0.07ML VIAL	1/1/2026
FABHALTA 200 MG CAPSULE	1/1/2026
FILSPARI 200 MG TABLET	1/1/2026
FILSPARI 400 MG TABLET	1/1/2026
FLEBOGAMMA DIF 10 % VIAL	1/1/2026
FLEBOGAMMA DIF 5 % VIAL	1/1/2026
FLOLIPID 20 MG/5 ML ORAL SUSP	1/1/2026
FLOLIPID 40MG/5ML ORAL SUSP	1/1/2026
GAMMAGARD LIQUID 10 % VIAL	1/1/2026
GAMMAGARD S-D 10 G VIAL	1/1/2026
GAMMAGARD S-D 5 G VIAL	1/1/2026
GAMMAKED 1 G/10 ML VIAL	1/1/2026
GAMMAKED 10 G/100ML VIAL	1/1/2026
GAMMAKED 20 G/200ML VIAL	1/1/2026
GAMMAKED 5 G/50 ML VIAL	1/1/2026
GAMUNEX-C 1 G/10 ML VIAL	1/1/2026
GAMUNEX-C 10 G/100ML VIAL	1/1/2026
GAMUNEX-C 2.5G/25ML VIAL	1/1/2026
GAMUNEX-C 20 G/200ML VIAL	1/1/2026
GAMUNEX-C 40 G/400ML VIAL	1/1/2026

DRUG NAME	EFFECTIVE DATE
GAMUNEX-C 5 G/50 ML VIAL	1/1/2026
HIZENTRA 1 G/5 ML SYRINGE	1/1/2026
HIZENTRA 1 G/5 ML VIAL	1/1/2026
HIZENTRA 10 G/50 ML SYRINGE	1/1/2026
HIZENTRA 10 G/50 ML VIAL	1/1/2026
HIZENTRA 2 G/10 ML SYRINGE	1/1/2026
HIZENTRA 2 G/10 ML VIAL	1/1/2026
HIZENTRA 4 G/20 ML SYRINGE	1/1/2026
HIZENTRA 4 G/20 ML VIAL	1/1/2026
HYQVIA 10 G/100ML VIAL	1/1/2026
HYQVIA 2.5G/25ML VIAL	1/1/2026
HYQVIA 20 G/200ML VIAL	1/1/2026
HYQVIA 30 G/300ML VIAL	1/1/2026
HYQVIA 5 G/50 ML VIAL	1/1/2026
IQIRVO 80 MG TABLET	1/1/2026
JUXTAPID 10 MG CAPSULE	1/1/2026
JUXTAPID 20 MG CAPSULE	1/1/2026
JUXTAPID 30 MG CAPSULE	1/1/2026
JUXTAPID 5 MG CAPSULE	1/1/2026
LANREOTIDE ACETATE 120MG/0.5 SYRINGE	1/1/2026
LEMTRADA 12MG/1.2ML VIAL	1/1/2026
LIKMEZ 500 MG/5ML ORAL SUSP	1/1/2026
LIVTENCITY 200 MG TABLET	1/1/2026
LUCENTIS 0.3MG/0.05 SYRINGE	1/1/2026
LUCENTIS 0.3MG/0.05 VIAL	1/1/2026
LUCENTIS 0.5MG/0.05 SYRINGE	1/1/2026
LUCENTIS 0.5MG/0.05 VIAL	1/1/2026
MAYZENT 0.25 MG TABLET	1/1/2026
MAYZENT 0.25 MG (7) TAB DS PK	1/1/2026
MAYZENT 0.25 MG (12) TAB DS PK	1/1/2026
MAYZENT 1 MG TABLET	1/1/2026
MYCAPSSA 20 MG CAPSULE DR	1/1/2026
OCREVUS 300MG/10ML VIAL	1/1/2026
OCREVUS ZUNOVO 920-23000 VIAL	1/1/2026
OCTAGAM 10 % VIAL	1/1/2026
OCTAGAM 5 % VIAL	1/1/2026

DRUG NAME	EFFECTIVE DATE
OCTREOTIDE ACETATE ER 20 MG VIAL	1/1/2026
OCTREOTIDE ACETATE ER 30 MG VIAL	1/1/2026
OFEV 100 MG CAPSULE	1/1/2026
OFEV 150 MG CAPSULE	1/1/2026
PALYNZIQ 10MG/0.5ML SYRINGE	1/1/2026
PALYNZIQ 2.5 MG/0.5 SYRINGE	1/1/2026
PALYNZIQ 20 MG/ML SYRINGE	1/1/2026
PAVBLU 2MG/0.05ML SYRINGE	1/1/2026
PAVBLU 2MG/0.05ML VIAL	1/1/2026
PIRFENIDONE 267 MG CAPSULE	1/1/2026
PIRFENIDONE 267 MG TABLET	1/1/2026
PIRFENIDONE 801 MG TABLET	1/1/2026
PONVORY 2 MG-10 MG TAB DS PK	1/1/2026
PONVORY 20 MG TABLET	1/1/2026
PREVYMIS 120 MG PELET PACK	1/1/2026
PREVYMIS 20 MG PELET PACK	1/1/2026
PREVYMIS 240 MG TABLET	1/1/2026
PREVYMIS 480 MG TABLET	1/1/2026
PRIVIGEN 10 % VIAL	1/1/2026
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE	1/1/2026
REBYOTA 150 ML ENEMA	1/1/2026
REZDIFFRA 100 MG TABLET	1/1/2026
REZDIFFRA 60 MG TABLET	1/1/2026
REZDIFFRA 80 MG TABLET	1/1/2026
SEPHIENCE 1000 MG POWD PACK	1/1/2026
SEPHIENCE 250 MG POWD PACK	1/1/2026
SIGNIFOR LAR 10 MG VIAL	1/1/2026
SIGNIFOR LAR 20 MG VIAL	1/1/2026
SIGNIFOR LAR 30 MG VIAL	1/1/2026
SIGNIFOR LAR 40 MG VIAL	1/1/2026
SIGNIFOR LAR 60 MG VIAL	1/1/2026
SOLIRIS 300MG/30ML VIAL	1/1/2026
SOMATULINE DEPOT 60MG/0.2ML SYRINGE	1/1/2026
SOMATULINE DEPOT 90MG/0.3ML SYRINGE	1/1/2026
SPRAVATO 56 MG SPRAY	1/1/2026
SPRAVATO 84 MG SPRAY	1/1/2026

DRUG NAME	EFFECTIVE DATE
SUSVIMO 10MG/0.1ML VIAL	1/1/2026
TANDEM MOBI SYSTEM EACH	1/1/2026
TASCENSO ODT 0.25 MG TAB RAPDIS	1/1/2026
TASCENSO ODT 0.5 MG TAB RAPDIS	1/1/2026
TRYNGOLZA 80MG/0.8ML AUTO INJCT	1/1/2026
TYSABRI 300MG/15ML VIAL	1/1/2026
ULTOMIRIS 1100 MG/11 VIAL	1/1/2026
ULTOMIRIS 300 MG/3ML VIAL	1/1/2026
ULTOMIRIS 300MG/30ML VIAL	1/1/2026
UPLIZNA 100MG/10ML VIAL	1/1/2026
VABYSMO 6MG/0.05ML SYRINGE	1/1/2026
VABYSMO 6MG/0.05ML VIAL	1/1/2026
VANRAFIA 0.75 MG TABLET	1/1/2026
VOWST CAPSULE	1/1/2026
VOXZOGO 0.4 MG VIAL	1/1/2026
VOXZOGO 0.56 MG VIAL	1/1/2026
VOXZOGO 1.2 MG VIAL	1/1/2026
XEMBIFY 1 G/5 ML VIAL	1/1/2026
XEMBIFY 10 G/50 ML VIAL	1/1/2026
XEMBIFY 2 G/10 ML VIAL	1/1/2026
XEMBIFY 4 G/20 ML VIAL	1/1/2026
XERMELO 250 MG TABLET	1/1/2026
XGEVA 120 MG/1.7 VIAL	1/1/2026
XOLAIR 150 MG/ML AUTO INJCT	1/1/2026
XOLAIR 150 MG/ML SYRINGE	1/1/2026
XOLAIR 300 MG/2ML AUTO INJCT	1/1/2026
XOLAIR 300 MG/2ML SYRINGE	1/1/2026
XOLAIR 75MG/0.5ML AUTO INJCT	1/1/2026
XOLAIR 75MG/0.5ML SYRINGE	1/1/2026
ZEPOSIA 0.23-0.46 CAP DS PK	1/1/2026
ZEPOSIA 0.23-0.92 CAP DS PK	1/1/2026
ZEPOSIA 0.46-0.92 CAP DS PK	1/1/2026
ZEPOSIA 0.92 MG CAPSULE	1/1/2026
Change in Step Therapy Criteria	
ADMELOG 100/ML VIAL	1/1/2026
ADMELOG SOLOSTAR 100/ML INSULIN PEN	1/1/2026

DRUG NAME	EFFECTIVE DATE
AIRDUO DIGIHALER 113-14 MCG AER PW BAS	1/1/2026
AIRDUO DIGIHALER 232-14 MCG AER PW BAS	1/1/2026
AIRDUO DIGIHALER 55-14 MCG AER PW BAS	1/1/2026
ALVESCO 160 MCG HFA AER AD	1/1/2026
ALVESCO 80 MCG HFA AER AD	1/1/2026
APIDRA 100/ML VIAL	1/1/2026
APIDRA SOLOSTAR 100/ML INSULIN PEN	1/1/2026
ARMONAIR DIGIHALER 113 MCG AER PW BAS	1/1/2026
ARMONAIR DIGIHALER 232 MCG AER PW BAS	1/1/2026
ARMONAIR DIGIHALER 55 MCG AER PW BAS	1/1/2026
ARMOUR THYROID 120 MG TABLET	1/1/2026
ARMOUR THYROID 15 MG TABLET	1/1/2026
ARMOUR THYROID 180 MG TABLET	1/1/2026
ARMOUR THYROID 240 MG TABLET	1/1/2026
ARMOUR THYROID 30 MG TABLET	1/1/2026
ARMOUR THYROID 300 MG TABLET	1/1/2026
ARMOUR THYROID 60 MG TABLET	1/1/2026
ARMOUR THYROID 90 MG TABLET	1/1/2026
BASAGLAR KWIKPEN U-100 100/ML (3) INSULIN PEN	1/1/2026
CLEOCIN 100 MG SUPP.VAG	1/1/2026
CLINDESSE 2 % CRM ER (G)	1/1/2026
INSULIN ASPART 100/ML VIAL	1/1/2026
INSULIN ASPART FLEXPEN 100/ML (3) INSULIN PEN	1/1/2026
INSULIN ASPART PENFILL 100/ML CARTRIDGE	1/1/2026
KIRSTY 100/ML VIAL	1/1/2026
KIRSTY PEN 100/ML (3) INSULN PEN	1/1/2026
LEVEMIR 100/ML VIAL	1/1/2026
LEVEMIR FLEXPEN 100/ML (3) INSULIN PEN	1/1/2026
MERILOG 100/ML VIAL	1/1/2026
MERILOG SOLOSTAR 100/ML (3) INSULIN PEN	1/1/2026
PERTZYE 16K-57.5K CAPSULE DR	1/1/2026
PERTZYE 24K-86.25K CAPSULE DR	1/1/2026
PERTZYE 4000-14375 CAPSULE DR	1/1/2026
PERTZYE 8K-28.75K CAPSULE DR	1/1/2026
PULMICORT FLEXHALER 180 MCG AER POW BA	1/1/2026
PULMICORT FLEXHALER 90 MCG AER POW BA	1/1/2026

DRUG NAME	EFFECTIVE DATE
QTERN 10 MG-5 MG TABLET	1/1/2026
QTERN 5 MG-5 MG TABLET	1/1/2026
SEMGLEE 100/ML VIAL	1/1/2026
SEMGLEE PEN 100/ML (3) INSULN PEN	1/1/2026
SOLOSEC 2 G GRANDR PKT	1/1/2026
STEGLUJAN 15MG-100MG TABLET	1/1/2026
STEGLUJAN 5 MG-100MG TABLET	1/1/2026
TUDORZA PRESSAIR 400 MCG AER POW BA	1/1/2026
VIOKACE 10.4-39.2K TABLET	1/1/2026
VIOKACE 20.9-78.3K TABLET	1/1/2026
Change to a lower tier	
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4 SUSER SYR	1/1/2026
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2 SUSER SYR	1/1/2026
ABILIFY MAINTENA 300 MG SUSER SYR	1/1/2026
ABILIFY MAINTENA 300 MG SUSER VIAL	1/1/2026
ABILIFY MAINTENA 400 MG SUSER SYR	1/1/2026
ABILIFY MAINTENA 400 MG SUSER VIAL	1/1/2026
ARISTADA 1064MG/3.9 SUSER SYR	1/1/2026
ARISTADA 441 MG/1.6 SUSER SYR	1/1/2026
ARISTADA 662 MG/2.4 SUSER SYR	1/1/2026
ARISTADA 882 MG/3.2 SUSER SYR	1/1/2026
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 SUSER SYR	1/1/2026
CORTIFOAM 10 % FOAM/APPL	1/1/2026
ENOXAPARIN SODIUM 100 MG/ML SYRINGE	1/1/2026
ENOXAPARIN SODIUM 120MG/.8ML SYRINGE	1/1/2026
ENOXAPARIN SODIUM 150 MG/ML SYRINGE	1/1/2026
ENOXAPARIN SODIUM 300 MG/3ML VIAL	1/1/2026
ENOXAPARIN SODIUM 30MG/0.3ML SYRINGE	1/1/2026
ENOXAPARIN SODIUM 40MG/0.4ML SYRINGE	1/1/2026
ENOXAPARIN SODIUM 60MG/0.6ML SYRINGE	1/1/2026
ENOXAPARIN SODIUM 80MG/0.8ML SYRINGE	1/1/2026
ERZOFRI 351MG/2.25 SYRINGE	1/1/2026
FONDAPARINUX SODIUM 10MG/0.8ML SYRINGE	1/1/2026
FONDAPARINUX SODIUM 2.5 MG/0.5 SYRINGE	1/1/2026
FONDAPARINUX SODIUM 5MG/0.4ML SYRINGE	1/1/2026
FONDAPARINUX SODIUM 7.5 MG/0.6 SYRINGE	1/1/2026

DRUG NAME	EFFECTIVE DATE
FRAGMIN 10000/4 ML VIAL	1/1/2026
FRAGMIN 10000/ML SYRINGE	1/1/2026
FRAGMIN 12500/0.5 SYRINGE	1/1/2026
FRAGMIN 15000/0.6 SYRINGE	1/1/2026
FRAGMIN 18000/0.72 SYRINGE	1/1/2026
FRAGMIN 2500/0.2ML SYRINGE	1/1/2026
FRAGMIN 25000/ML VIAL	1/1/2026
FRAGMIN 5000/0.2ML SYRINGE	1/1/2026
FRAGMIN 7500/0.3ML SYRINGE	1/1/2026
INVEGA HAFYERA 1092MG/3.5 SYRINGE	1/1/2026
INVEGA HAFYERA 1560MG/5ML SYRINGE	1/1/2026
INVEGA SUSTENNA 117MG/0.75 SYRINGE	1/1/2026
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE	1/1/2026
INVEGA SUSTENNA 234MG/1.5 SYRINGE	1/1/2026
INVEGA SUSTENNA 39MG/0.25 SYRINGE	1/1/2026
INVEGA SUSTENNA 78MG/0.5ML SYRINGE	1/1/2026
INVEGA TRINZA 273MG/0.88 SYRINGE	1/1/2026
INVEGA TRINZA 410MG/1.32 SYRINGE	1/1/2026
INVEGA TRINZA 546MG/1.75 SYRINGE	1/1/2026
INVEGA TRINZA 819MG/2.63 SYRINGE	1/1/2026
NUCYNTA ER 100 MG TAB ER 12H	1/1/2026
NUCYNTA ER 150 MG TAB ER 12H	1/1/2026
NUCYNTA ER 200 MG TAB ER 12H	1/1/2026
NUCYNTA ER 250 MG TAB ER 12H	1/1/2026
NUCYNTA ER 50 MG TAB ER 12H	1/1/2026
NYMALIZE 30 MG/5 ML SYRINGE	1/1/2026
NYMALIZE 60 MG/10ML SOLUTION	1/1/2026
NYMALIZE 60 MG/10ML SYRINGE	1/1/2026
PERSERIS 120 MG SUSER SYR	1/1/2026
PERSERIS 90 MG SUSER SYR	1/1/2026
RISPERIDONE ER 12.5MG/2ML VIAL	1/1/2026
RISPERIDONE ER 25 MG/2 ML VIAL	1/1/2026
RISPERIDONE ER 37.5MG/2ML VIAL	1/1/2026
RISPERIDONE ER 50 MG/2 ML VIAL	1/1/2026
UZEDY 100MG/0.28 SUSER SYR	1/1/2026
UZEDY 125MG/0.35 SUSER SYR	1/1/2026

DRUG NAME	EFFECTIVE DATE
UZEDY 150MG/0.42 SUSER SYR	1/1/2026
UZEDY 200MG/0.56 SUSER SYR	1/1/2026
UZEDY 250 MG/0.7 SUSER SYR	1/1/2026
UZEDY 50 MG/0.14 SUSER SYR	1/1/2026
UZEDY 75 MG/0.21 SUSER SYR	1/1/2026
VARUBI 90 MG TABLET	1/1/2026
XTAMPZA ER 13.5 MG CAP SPR 12	1/1/2026
XTAMPZA ER 18 MG CAP SPR 12	1/1/2026
XTAMPZA ER 27 MG CAP SPR 12	1/1/2026
XTAMPZA ER 36 MG CAP SPR 12	1/1/2026
XTAMPZA ER 9 MG CAP SPR 12	1/1/2026
ZYPREXA RELPREVV 210 MG VIAL	1/1/2026
ZYPREXA RELPREVV 300 MG VIAL	1/1/2026
ZYPREXA RELPREVV 405 MG VIAL	1/1/2026
Change to a lower tier and remove Prior Authorization	
EYSUVIS 0.25 % DROPS SUSP	1/1/2026
Change to a lower tier and remove Step Therapy	
ASMANEX 110 MCG (30) AER POW BA	1/1/2026
ASMANEX 220 MCG 120 AER POW BA	1/1/2026
ASMANEX 220 MCG (30) AER POW BA	1/1/2026
ASMANEX 220 MCG (60) AER POW BA	1/1/2026
ASMANEX HFA 100 MCG HFA AER AD	1/1/2026
ASMANEX HFA 200 MCG HFA AER AD	1/1/2026
ASMANEX HFA 50 MCG HFA AER AD	1/1/2026
DULERA 100-5 MCG HFA AER AD	1/1/2026
DULERA 200-5 MCG HFA AER AD	1/1/2026
DULERA 50MCG-5MCG HFA AER AD	1/1/2026
FIASP 100/ML VIAL	1/1/2026
FIASP FLEXTOUCH 100/ML (3) INSULN PEN	1/1/2026
FIASP PENFILL 100/ML (3) CARTRIDGE	1/1/2026
FIASP PUMPCART 100/ML CARTRIDGE	1/1/2026
FLUTICASONE-SALMETEROL 113-14 MCG AER POW BA	1/1/2026
FLUTICASONE-SALMETEROL 232-14 MCG AER POW BA	1/1/2026
FLUTICASONE-SALMETEROL 55-14 MCG AER POW BA	1/1/2026

DRUG NAME	EFFECTIVE DATE
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG BLST W/DEV	1/1/2026
NOVOLIN 70-30 70-30/ML VIAL	1/1/2026
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN 70-30/ML INSULIN PEN	1/1/2026
NOVOLIN N 100/ML VIAL	1/1/2026
NOVOLIN N FLEXPEN 100/ML (3) INSULIN PEN	1/1/2026
NOVOLIN R 100/ML VIAL	1/1/2026
NOVOLIN R FLEXPEN 100/ML (3) INSULIN PEN	1/1/2026
QVAR REDHALER 40 MCG HFA AEROBA	1/1/2026
QVAR REDHALER 80 MCG HFA AEROBA	1/1/2026
Change to a lower tier, add Quantity Limit, and change in Prior Authorization Criteria	
VTAMA 1 % CREAM (G)	1/1/2026
ZORYVE 0.15 % CREAM (G)	1/1/2026
ZORYVE 0.3 % CREAM (G)	1/1/2026
ZORYVE 0.3 % FOAM	1/1/2026
Change to a lower tier, remove Prior Authorization and add Quantity Limit	
CEQR SIMPLICITY 2 UNIT EACH	1/1/2026
CEQR SIMPLICITY INSERTER MISCELL	1/1/2026
Change to higher tier	
ALOCRIL 2 % DROPS	1/1/2026
ALOMIDE 0.1 % DROPS	1/1/2026
ALORA .025MG/24H PATCH TDSW	1/1/2026
ALORA .075MG/24H PATCH TDSW	1/1/2026
ALORA 0.05MG/24H PATCH TDSW	1/1/2026
ALORA 0.1MG/24HR PATCH TDSW	1/1/2026
ENTRESTO SPRINKLE 15 MG-16MG PEL DSP CP	1/1/2026
ENTRESTO SPRINKLE 6 MG-6 MG PEL DSP CP	1/1/2026
KLISYRI 1 % OINT PACK	1/1/2026
OHTUVAYRE 3 MG/2.5ML AMPUL-NEB	1/1/2026
OXYCONTIN 10 MG TAB ER 12H	1/1/2026
OXYCONTIN 15 MG TAB ER 12H	1/1/2026
OXYCONTIN 20 MG TAB ER 12H	1/1/2026
OXYCONTIN 30 MG TAB ER 12H	1/1/2026
OXYCONTIN 40 MG TAB ER 12H	1/1/2026
OXYCONTIN 60 MG TAB ER 12H	1/1/2026
OXYCONTIN 80 MG TAB ER 12H	1/1/2026
PENTASA 250 MG CAPSULE ER	1/1/2026

DRUG NAME	EFFECTIVE DATE
PENTASA 500 MG CAPSULE ER	1/1/2026
SYMJEPI 0.15MG/0.3 SYRINGE	1/1/2026
SYMJEPI 0.3MG/0.3 SYRINGE	1/1/2026
Change to higher tier and add Step Therapy	
GLUCAGON EMERGENCY KIT 1 MG VIAL	1/1/2026
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	1/1/2026
ONETOUCH VERIO TEST STRIP	1/1/2026
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 AUTO INJCT	1/1/2026
ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 SYRINGE	1/1/2026
Decrease in Quantity Limit	
DEXTROAMPHETAMINE SULFATE 10 MG TABLET	1/1/2026
Increase in Quantity Limit	
VANCOMYCIN HCL 125 MG CAPSULE	1/1/2026
Remove Step Therapy, add Quantity Limit, and add Prior Authorization	
EUCRISA 2 % OINT. (G)	1/1/2026
Remove from formulary	
AGGRASTAT 3.75 MG/15 VIAL	1/1/2026
AGGRASTAT 5 MG/100ML VIAL	1/1/2026
ARGATROBAN 100 MG/ML VIAL	1/1/2026
ARGATROBAN-0.9% NACL 50 MG/50ML VIAL	1/1/2026
ATGAM 50 MG/ML AMPUL	1/1/2026
BIVALIRUDIN 250 MG VIAL	1/1/2026
BIVALIRUDIN 250 MG VIAL PORT	1/1/2026
BIVALIRUDIN 250MG/50ML VIAL	1/1/2026
BIVALIRUDIN-0.9% NACL 250MG/50ML FROZ.PIGGY	1/1/2026
ENTADFI 5 MG-5 MG CAPSULE	1/1/2026
EPTIFIBATIDE 2 MG/ML VIAL	1/1/2026
EPTIFIBATIDE 75MG/100ML PLAST. BAG	1/1/2026
EPTIFIBATIDE 75MG/100ML VIAL	1/1/2026
ERZOFRI 234MG/1.5 SYRINGE	1/1/2026
NULOJIX 250 MG VIAL	1/1/2026
ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE 25-385-30 TABLET	1/1/2026
RIMANTADINE HCL 100 MG TABLET	1/1/2026
SELARSDI 130MG/26ML VIAL	1/1/2026
SELARSDI 45MG/0.5ML SYRINGE	1/1/2026

DRUG NAME	EFFECTIVE DATE
SELARSDI 90 MG/ML SYRINGE	1/1/2026
SEMGLEE (YFGN) 100/ML VIAL	1/1/2026
SEMGLEE (YFGN) PEN 100/ML (3) INSULN PEN	1/1/2026
SIMULECT 10 MG VIAL	1/1/2026
SIMULECT 20 MG VIAL	1/1/2026
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP W/DEV	1/1/2026
STELARA 130MG/26ML VIAL	1/1/2026
STELARA 45MG/0.5ML SYRINGE	1/1/2026
STELARA 45MG/0.5ML VIAL	1/1/2026
STELARA 90 MG/ML SYRINGE	1/1/2026
THYMOGLOBULIN 25 MG VIAL	1/1/2026
TUSSICAPS 10MG-8MG CAP ER 12H	1/1/2026
VUITY 1.25 % DROPS	1/1/2026
Remove Prior Authorization and add Quantity Limit	
AMPHETAMINE SULFATE 10 MG TABLET	1/1/2026
AMPHETAMINE SULFATE 5 MG TABLET	1/1/2026
PILOCARPINE HCL 1.25 % DROPS	1/1/2026
Remove Prior Authorization, add Quantity Limit, and add Step Therapy	
LYBALVI 10 MG-10MG TABLET	1/1/2026
LYBALVI 15 MG-10MG TABLET	1/1/2026
LYBALVI 20 MG-10MG TABLET	1/1/2026
LYBALVI 5 MG-10 MG TABLET	1/1/2026
QLOSI 0.4 % DROPERETTE	1/1/2026
QUVIVIQ 25 MG TABLET	1/1/2026
QUVIVIQ 50 MG TABLET	1/1/2026
Remove Quantity Limit	
ATORVASTATIN CALCIUM 10 MG TABLET	1/1/2026
ATORVASTATIN CALCIUM 20 MG TABLET	1/1/2026
ATORVASTATIN CALCIUM 40 MG TABLET	1/1/2026
ATORVASTATIN CALCIUM 80 MG TABLET	1/1/2026
EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10 MG-10MG TABLET	1/1/2026
EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10 MG-20MG TABLET	1/1/2026
EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10 MG-40MG TABLET	1/1/2026
LOVASTATIN 10 MG TABLET	1/1/2026
LOVASTATIN 20 MG TABLET	1/1/2026
LOVASTATIN 40 MG TABLET	1/1/2026

DRUG NAME	EFFECTIVE DATE
PRAVASTATIN SODIUM 10 MG TABLET	1/1/2026
PRAVASTATIN SODIUM 80 MG TABLET	1/1/2026
ROSUVASTATIN CALCIUM 10 MG TABLET	1/1/2026
ROSUVASTATIN CALCIUM 20 MG TABLET	1/1/2026
ROSUVASTATIN CALCIUM 40 MG TABLET	1/1/2026
ROSUVASTATIN CALCIUM 5 MG TABLET	1/1/2026
SIMVASTATIN 10 MG TABLET	1/1/2026
SIMVASTATIN 20 MG TABLET	1/1/2026
SIMVASTATIN 40 MG TABLET	1/1/2026
SIMVASTATIN 5 MG TABLET	1/1/2026
Remove Quantity Limit and add Prior Authorization	
MYALEPT FNL 5MG/ML VIAL	1/1/2026
Remove Quantity Limit and remove Step Therapy	
VIIBRYD 10 MG-20MG TAB DS PK	1/1/2026
Remove Step Therapy	
VILAZODONE HCL 10 MG TABLET	1/1/2026
VILAZODONE HCL 20 MG TABLET	1/1/2026
VILAZODONE HCL 40 MG TABLET	1/1/2026
Remove Step Therapy and add Prior Authorization	
AZELEX 20 % CREAM (G)	1/1/2026
Remove Step Therapy, remove Quantity Limit, and add Prior Authorization	
ENALAPRIL MALEATE 1 MG/ML SOLUTION	1/1/2026
QBRELIS 1 MG/ML SOLUTION	1/1/2026

For the updated IEHP Covered Formulary, please visit <https://www.iehp.org/content/dam/iehp-org/en/documents/coveredcalifornia/Formulary.pdf>