



PHP (HMO SNP)
Formulario 2026
(Lista de medicamentos cubiertos
o “Lista de fármacos”)

**POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN DE
LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

Este formulario fue actualizado el 19 de diciembre de 2025. Para información más reciente u otras preguntas, por favor contacte a Servicio al Cliente de Farmacia de PHP al 1-888-436-5018, (usuarios de TTY llamen al 711), 24 horas al día, siete días a la semana o visite www.php-ca.org/for-members/drug-benefit/formulary.

H5852_1085 2026 100125_C
Formulario de la Parte D de PHP 2026
ID del formulario: 00026331

Efectivo: 1 de enero de 2026
Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares

English – ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-263-0067 (TTY: 711) or speak to your provider.

Spanish/Español – ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-263-0067 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Simplified Chinese/中文 – 注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-263-0067（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

Traditional Chinese/台語 – 注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-263-0067（TTY：711）或與您的提供者討論。

Vietnamese/Việt – LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-263-0067 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Tagalog – PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-263-0067 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Korean/한국어 – 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-263-0067 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Armenian/ՀԱՅԵՐԵՆ – ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Զանգահարեք 1-800-263-0067 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

Farsi/فارسی –

توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-800-263-0067 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

Russian/РУССКИЙ – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-263-0067 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Japanese/日本語 – 注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-263-0067（TTY: 711）までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Arabic/العربية –

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-263-0067 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Punjabi/ਪੰਜਾਬੀ – ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-800-263-0067 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

Khmer/ភាសាខ្មែរ – សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃក៏មានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-263-0067 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Hmong/Lus Hmoob – LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-800-263-0067 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

Hindi/हिंदी – ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-263-0067 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Thai/ไทย – หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-800-263-0067 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ

La discriminación es contraria a la ley

PHP (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina según la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. PHP no excluye personas ni las trata diferentemente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

PHP:

- Brinda ayuda gratuita y servicios a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra impresa grande, en audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, contacte al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-263-0067

Si cree que PHP falló en brindar estos servicios o discriminó de alguna otra manera con base en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo con: Member Services, P.O. Box 46160, Los Angeles, CA 90046, 1-800-267-0067, TTY 711, Fax 1-888-235-8552, email php@positivehealthcare.org. Usted puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda en presentar un reclamo, Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo.

Además, puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente por medio del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Nota a los miembros actuales: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Por favor, revise este documento para asegurarse que aún contiene los medicamentos que usted toma.

Cuando esta lista de fármacos (formulario) se refiere a "nosotros," "nos," o "nuestro," significa AIDS Healthcare Foundation. Cuando se refiere a "plan" o "nuestro plan," significa PHP.

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que está actualizada al 19 de diciembre de 2025. Para una Lista de medicamentos (formulario) actualizada, por favor contáctenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos (formulario), aparece en la portada y la contraportada.

Usted debe generalmente usar las farmacias de la red para usar su beneficio de cobertura de medicamentos bajo receta. Los beneficios, formulario, red de farmacias y/o copagos/coseguros podrían cambiar en enero 1 de 2027 y de vez en cuando durante el año.

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Por favor, llame a nuestro número de Servicios para Miembros al 1-800-263-0067, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana.

This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number at 1-800-263-0067, 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week.

¿Qué es el formulario de PHP?

En este documento, usamos los términos Lista de medicamentos y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por PHP en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias de medicación consideradas como una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. PHP cubrirá generalmente los fármacos listados en nuestra lista de medicamentos mientras el medicamento sea médicamente necesario, se surta la receta en una farmacia de la red de PHP y se sigan otras reglas del plan. Para más información de cómo surtir sus recetas, por favor revise nuestra Evidencia de Cobertura.

Para obtener una lista completa de todos los medicamentos recetados cubiertos por PHP, visite nuestro sitio web o llámenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y la contraportada.

¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero podríamos agregar o retirar medicamentos en el formulario durante el año, moverlos a niveles de costo compartido diferentes o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare para hacer estos cambios. Las actualizaciones al formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí: www.php-ca.org/for-members/drug-benefit/formulary.

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

- **Sustituciones inmediatas de ciertas nuevas versiones de medicamentos de marca comercial y productos biológicos originales.** Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo estamos reemplazando con una nueva versión determinada de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en el más bajo y con las mismas o menos restricciones. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca comercial o el producto biológico original en nuestro formulario, pero moverlo inmediatamente a un nivel diferente de costos compartidos o agregar nuevas restricciones.

Podemos hacer estos cambios inmediatos solo si estamos agregando una nueva versión genérica de un medicamento de marca comercial o si estamos agregando ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original, que ya estaba en el formulario (por ejemplo, agregando un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin una nueva receta).

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

Si hacemos un cambio de este tipo, usted o su recetador pueden pedirnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de PHP?".

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

- **Medicamento retirado del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) determina que se retira por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y luego notificar a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Podríamos hacer otros cambios que afectan a miembros que toman un medicamento en la actualidad. Por ejemplo, podríamos retirar un medicamento de marca comercial del formulario cuando agregamos un equivalente genérico o podríamos retirar un producto biológico original cuando agregamos un biosimilar. Además, podríamos aplicar nuevas restricciones para el medicamento de marca comercial o producto biológico original o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o ambos. Podríamos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si removemos fármacos de nuestro formulario, agregamos una autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia progresiva en un medicamento o movemos un fármaco a un nivel de costo compartido más alto, nosotros debemos notificarle del cambio por lo menos 30 días antes que el cambio sea efectivo. Alternativamente, cuando un

miembro solicite un resurtido de la receta, podría recibir un suministro de 30 días del medicamento y una notificación del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o su recetador puede solicitarnos hacer una excepción para usted y continuar cubriendo el medicamento que estaba tomando. El aviso que le brindaremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección de abajo titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de PHP?"

Cambios que no lo afectarán si usted está tomando actualmente el medicamento.

Generalmente, si usted está tomando un medicamento en nuestro formulario de 2026 que estaba cubierto al comienzo del año, no discontinuaremos o reemplazaremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2026 excepto como se describe arriba. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles en el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los toman durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá una notificación directa sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios le afectarían, y es importante revisar el formulario para el nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

El formulario incluido es efectivo a partir del 19 de diciembre de 2025. Para recibir información actualizada acerca de los medicamentos cubiertos por PHP, por favor contáctenos. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada.

Si nosotros hiciéramos cambios al formulario durante el año, se lo notificaremos enviándole una "Notificación de Cambios a su formulario (Lista de medicamentos cubiertos)" en la Parte D de su *Explicación de Beneficios* (llamado también "EOB de Parte D"). Le enviaremos por correo una Explicación de Beneficios de la Parte D cuando usted ya ha tenido una o más recetas surtidas a través del plan durante el mes previo cada mes de manera que usted puede dar seguimiento a los costos de su bolsillo de la Parte D y costos totales de medicamentos para el año. Para más información sobre la Explicación de Beneficios de Parte D, por favor vea su *Evidencia de Cobertura*, Capítulo 6, Sección 3.1.

¿Cómo uso el formulario?

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

Condición médica

El formulario comienza en la página 3. Los fármacos en este formulario están agrupados en categorías dependiendo del tipo de la condición médica que tratan. Por ejemplo, los

medicamentos usados para tratar una enfermedad cardíaca son listados bajo la categoría "Cardiovasculares, agentes". Si usted sabe para qué se usa su medicamento, búsquelo bajo el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego busque su medicamento dentro del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro en qué categoría buscar, usted debería buscar su medicamento en el índice que comienza en la página I-1. El índice provee una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos están listados en el índice. Busque su medicamento en el índice. Al lado de su medicamento, usted verá el número de página donde puede encontrar la información de cobertura. Vaya a la página listada en el índice y encuentre el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son medicamentos genéricos?

PHP cubre tanto medicamentos de marca comercial como genéricos. Un medicamento genérico es aprobado por la FDA como que tiene el mismo ingrediente activo que el fármaco de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan tan bien como los de marca y usualmente cuestan menos. Hay sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca comercial. Los medicamentos genéricos generalmente pueden ser sustituidos por el medicamento de marca comercial en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

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

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se llaman 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 leyes estatales, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca comercial.

- Para hablar sobre los tipos de medicamentos, consulte la *Evidencia de Cobertura*, Capítulo 5, Sección 3.1, “La Lista de Medicamentos dice qué medicamentos de la Parte D están cubiertos”.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos puede que tengan requisitos adicionales o límites de cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** PHP requiere que usted o su recetador obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted necesitará obtener la autorización de PHP antes de surtir sus medicamentos. Si usted no obtiene aprobación, PHP puede que no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, PHP limita la cantidad del medicamento que PHP cubrirá. Por ejemplo, PHP suministra 12 comprimidos por receta de MAXALT (10 mg). Esto puede que sea en adición al suministro de un mes o tres meses estándar.
- **Terapia progresiva:** En algunos casos, PHP requiere que usted pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan ambos su condición, PHP no cubriría el Medicamento B a menos que haya probado primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, PHP cubrirá entonces el Medicamento B.

Usted puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites consultando la lista de medicamentos que comienza en la página 3. Usted también puede recibir más información sobre restricciones aplicadas a fármacos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestra autorización previa y restricciones de terapia progresiva. Usted puede también solicitar que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto junto con la fecha de la última actualización aparece en la portada y la contraportada.

Usted puede solicitar a PHP que haga una excepción a estas restricciones o límites o provea una lista de otros medicamentos similares que pudieran tratar su enfermedad. Vea la sección “¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de PHP?” en la página vi para información sobre cómo solicitar una excepción.

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

Si su medicamento no está incluido en el formulario (lista de medicamentos cubiertos), debería contactar primero a Servicio al Cliente de Farmacia y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si averigua que PHP no cubre su medicamento, usted tiene dos opciones:

- Usted puede pedir al Servicio al Cliente de Farmacia una lista de medicamentos similares que están cubiertos por PHP. Cuando usted reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que escriba una receta para un medicamento similar cubierto por PHP.
- Usted puede pedir a PHP 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 PHP?

Usted puede solicitar a PHP que haga una excepción a las reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que usted nos puede solicitar.

- Usted puede solicitar que cubramos un medicamento aún si no está en nuestro formulario. Si es aprobado, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que proveamos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Usted puede solicitar que renunciemos a un requisito incluyendo una autorización previa, terapia progresiva o límites de cantidad de su fármaco. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, PHP limita la cantidad de fármaco que cubrirá. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, usted puede solicitarnos que renunciemos al límite y cubramos una mayor cantidad.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.

Por lo general, PHP solo aprobará su solicitud para una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o la aplicación de la restricción no serían tan efectivos para usted y/o le causarían efectos adversos.

Usted o su recetador deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción de nivel o de formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando**

solicite una excepción, su recetador deberá explicar las razones médicas por las que necesita la excepción. Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su recetador. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si cree, y estamos de acuerdo, que su salud podría verse seriamente perjudicada si espera hasta 72 horas para recibir una decisión. Si estamos de acuerdo, o si su recetador solicita una decisión rápida, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su recetador.

¿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 están en nuestro formulario. O bien, es posible que esté tomando un medicamento que está en nuestro formulario pero que tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con su recetador sobre la posibilidad de solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios para la 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 ciertos casos durante los primeros 90 días que sea miembro de nuestro plan.

Por cada medicamento que no está en nuestra lista o tiene una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporario de 30 días. Si su receta está escrita por menos días, permitiremos surtidos para proveer hasta un suministro máximo de 30 días del medicamento. Si no se aprueba la cobertura, después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, aún si usted ha sido un miembro del plan por menos de 90 días.

Si usted es residente de una institución de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos o si su habilidad de obtener el medicamento es limitada, pero ya pasó los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras usted presenta una excepción a la lista de medicamentos.

Si usted es un miembro actual de nuestro plan, puede que ocurra una transición inesperada si su nivel de atención cambia. Por ejemplo, si usted es hospitalizado y se le receta un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos, una vez que usted es dado de alta, deberá hablar con su médico acerca de continuar tomando el

medicamento. Si usted y su médico deciden que debería continuar tomando dicho medicamento, deberá solicitar una excepción a la lista de medicamentos para que lo cubramos. Nuestro plan puede que le provea un suministro de transición de 30 días del medicamento mientras usted decide qué hacer. Por favor contáctenos acerca de la disponibilidad de un suministro de transición de medicamento cuando experimenta un cambio de nivel de atención.

Para más información

Para más información detallada acerca de su plan de cobertura de medicamentos bajo receta de PHP, por favor revise la *Evidencia de Cobertura* y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas acerca de PHP, por favor contáctenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y la contraportada.

Si usted tiene preguntas generales acerca del plan de cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día/7 días a la semana. Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048. O, visite www.medicare.gov.

Formulario de PHP

El formulario de abajo provee la información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por PHP. Si tiene problemas para encontrar su fármaco en la lista, consulte el Índice que comienza en la página I-1.

La primera columna del cuadro lista el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúsculas (ej., KALETRA) y los medicamentos genéricos están listados en letra minúscula cursiva (ej., *hidroclorotiazide*).

La información en la columna “Requisitos/Límites” le dice si PHP tiene cualquier requisito especial de cobertura de sus medicamentos.

Las siguientes abreviaturas pueden hallarse dentro del cuerpo de este documento.

Abreviaciones en las notas de cobertura

Abreviación	Descripción	Explicación
Restricciones en el manejo de la utilización		
AGE	Restricción de edad	Algunos medicamentos en nuestro formulario no son apropiados y pueden representar un riesgo para las personas de ciertas edades. Si un medicamento tiene una restricción de edad, se anotará la edad máxima de adecuación. Los medicamentos que tienen una restricción de edad requieren autorización previa.
PA	Restricción de autorización previa	Usted (o su médico) tiene que obtener una autorización previa de PHP antes de surtir su receta para este medicamento. Sin la autorización previa, PHP podría no cubrir este medicamento.
PA BvD	Restricción de autorización previa para determinación de Parte B vs Parte D	Este medicamento podría ser elegible para el pago bajo Medicare Parte B o Parte D. Usted (o su médico) tiene que obtener una autorización previa de PHP para determinar que este medicamento esté cubierto bajo Medicare Parte D antes de surtir su receta para este medicamento. Sin la autorización previa, PHP podría no cubrir este medicamento.

Abreviación	Descripción	Explicación
PA-HRM	Restricción de autorización previa para medicamentos de alto riesgo	Este medicamento se considera un medicamento de alto riesgo para personas de la tercera edad. Si usted tiene 65 años de edad o más, usted (o su médico) debe obtener autorización previa de PHP antes de que usted surta su receta para este medicamento.
PA NSO	Restricción de autorización previa para miembros nuevos solamente	Si usted es un miembro nuevo (usted o su médico), tiene que obtener una autorización previa de PHP antes de surtir su receta para este medicamento. Sin la autorización previa, PHP podría no cubrir este medicamento.
QL	Restricción de límite de cantidad	PHP limita la cantidad de este medicamento que está cubierto por receta o dentro de un marco de tiempo específico.
ST	Restricción de terapia progresiva	Antes de que PHP provea cobertura para este medicamento, usted primero debe probar otro(s) medicamento(s) para tratar su condición médica. Este medicamento solo podría estar cubierto si el medicamento no funciona para usted.
Otros requisitos especiales de cobertura		
LA	Medicamento de acceso limitado	Esta receta podría estar disponible solo en ciertas farmacias. Para más información consulte su Directorio de Farmacias o llame al Servicio al Cliente de Farmacia al 1-888-436-5018, 24 horas al día, siete días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 711.

Costo compartido de precio de lista estándar por nivel

Nivel	Suministro de un mes (30 días)	Suministro de tres meses (100 días)
Nivel 1 (Genérico)	15% coseguro	15% coseguro
Nivel 2 (Marca de preferencia)	22% coseguro	22% coseguro
Nivel 3 (Marca de no preferencia)	25% coseguro	25% coseguro
Nivel 4 (Nivel especializado)	25% coseguro	25% coseguro
Nivel 5 (Ciertos medicamentos de atención médica)	Usted no paga nada	Usted no paga nada

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes, \$70 por un suministro de hasta dos meses o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicio al Cliente de Farmacia para obtener más información.

Abreviaciones de concentración y manera de dosis

Abreviación	Descripción
8 hr	8 horas
12 hr	12 horas
24 hr	24 horas
72 hr	72 horas
act	activado
aero	aerosol
admin	administración
ampul	ampolla
app	aplicador
appl	aplicador
auto	automático
cap	cápsula
chew	masticable
CT	recuento

Abreviación	Descripción
comb	combo
del	retrasado
delayed	retrasado
disinteg	dispersables
disintegrat	dispersables
dose	dosis
DR	acción retardada
EC	recubrimiento entérico
emolnt	emoliente
ENFit	conector de alimentación enteral
er	liberación prolongada
ER	liberación prolongada
ext	prolongado
extnd	prolongado
extend	prolongado
gast	gástrico
HFA	hidrofluoroalcano
hi	alto
IR	liberación inmediata
liqd	líquido
loz	pastilla
lo	bajo
lozeng	pastilla
mini lozenge	pastilla miniatura
misc	misceláneos
MP	Bomba medidora
muco	moco
pak	paquete
pack	paquete
PCA	Administración controlada por el paciente
pell	píldora
pk	paquete
Powdr	polvo
pt	paciente
recon	reconstituído
rel	liberación
releas	liberación
soln	solución

Abreviación	Descripción
sprinkl	dispersable
susp	suspensión
suspen	suspensión
syring	jeringa
tab	tableta
TD	transdérmico
var	variable
w/	con

Medidores y tiras de prueba de glucosa en sangre

PHP desea brindarle los mejores productos para su cuidado de la diabetes. PHP seleccionó Abbott Diabetes Care, el fabricante de productos de marca FreeStyle y Precision, como su proveedor de suministros de pruebas diabéticas. Nosotros cubrimos los siguientes suministros de pruebas diabéticas:

- Medidores FreeStyle Lite®
- Medidores FreeStyle Freedom Lite®
- Medidores Precision Xtra®
- Tiras de prueba FreeStyle Lite®
- Tiras de prueba Precision Xtra®
- Tiras de prueba Precision Xtra® Beta Ketone

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer	3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias	25
Agentes Antiansiedad	26
Agentes Antidemencia	28
Agentes Antidiabetico	29
Agentes Antigota	35
Agentes Antimigraña	36
Agentes Antinausea	37
Agentes Antiparasitarios	39
Agentes Antiparkinson	40
Agentes Antipsicóticos	42
Agentes Calóricos	50
Agentes Cardiovasculares	52
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	66
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	67
Agentes De Trastorno De Sueño	69
Agentes Del Sistema Nervioso Central	70
Agentes Del Tracto Respiratorio	75
Agentes Dentales Y Orales	81
Agentes Dermatológicos	81
Agentes Gastrointestinales	88
Agentes Genitourinarios	93
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	94
Agentes Inmunológicos	101

Agentes Oftálmicos	115
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	117
Agentes Terapeuticos Misceláneos.....	122
Agentes Vasodilatadores.....	124
Analgésicos	125
Anestésicos	131
Antagonistas De Metales Pesados	132
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	132
Antibacterianos	133
Anticonceptivos.....	142
Anticonvulsivos	153
Antidepresivos	160
Antifúngicos.....	164
Antihistamínicos	167
Antimicobacteriales	168
Antivirales (Sitémico).....	168
Cofactores Enzimáticos/Otros	176
Dispositivos	176
Preparaciones De Reemplazo	227
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen	229
Reemplazo/Modificadores De Enzima	233
Relajantes Musculares Esqueléticos	234
Vitaminas Y Minerales	235

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i> (Zytiga)	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i> (Zytiga)	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>abirtega oral tablet 250 mg</i> (Zytiga)	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i> (Fluorouracil)	1	PA BvD
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	4	PA NSO; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)	4	PA NSO
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (Arimidex)	1	
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML	4	PA NSO; QL (1.6 per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	4	PA NSO; QL (240 per 30 days)
AVMAPKI ORAL CAPSULE 0.8 MG	4	PA NSO; QL (24 per 28 days)
AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG	4	PA NSO; QL (66 per 28 days)
AXTLE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG	4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection recon soln</i> (Vidaza) <i>100 mg</i>	4	
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	4	PA NSO; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	4	PA NSO; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	4	PA NSO; QL (28 per 28 days)
<i>bendamustine intravenous recon</i> (Treanda) <i>soln 100 mg, 25 mg</i>	4	PA NSO
BENDAMUSTINE INTRAVENOUS (Bendeka) SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO
BENDEKA INTRAVENOUS (bendamustine) SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	4	PA NSO
<i>bexarotene topical gel 1 %</i> (Targretin)	4	PA NSO
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	1	
BIZENGRI INTRAVENOUS SOLUTION 375 MG/18.75 ML (20 MG/ML)	4	PA NSO; QL (75 per 28 days)
<i>bleomycin injection recon soln 15</i> (Bleomycin Sulfate) <i>unit, 30 unit</i>	1	
<i>bortezomib injection recon soln 1</i> (Velcade) <i>mg, 2.5 mg</i>	3	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 3.5</i> (Velcade) <i>mg</i>	4	PA NSO
BORUZU INJECTION SOLUTION 2.5 MG/ML	3	PA NSO
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CAMCEVI (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 42 MG	3	PA NSO
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (vandetanib)	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (vandetanib)	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>carboplatin intravenous solution 10 mg/ml</i> (Kyxata)	1	
<i>cladribine intravenous solution 10 mg/10 ml</i> (Cladribine)	1	PA BvD
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	4	PA NSO

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	4	PA NSO; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	4	PA NSO; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	4	PA NSO; LA; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i> (Cyclophosphamide)	4	PA BvD
<i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Cyclophosphamide)	4	PA BvD
<i>cyclophosphamide intravenous solution 500 mg/ml</i> (Cyclophosphamide)	4	PA BvD
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i> (Cyclophosphamide)	1	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Cyclophosphamide)	2	PA BvD; ST
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	4	PA NSO; QL (120 per 28 days)
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	4	PA NSO; QL (112 per 28 days)
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML	4	PA NSO
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	4	PA NSO; LA
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i> (Sprycel)	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i> (Sprycel)	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
DATROWAY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	PA NSO

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln</i> (Dacogen) 50 mg	4	
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i> (Doxil) <i>intravenous suspension 2 mg/ml</i>	4	PA BvD
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	4	PA NSO
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	3	PA NSO
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	3	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	3	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	3	PA NSO
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL INNER, SUV, P/F 40 MG/ML	4	PA NSO
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	4	PA NSO; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	4	
EMRELIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 20 MG	4	PA NSO
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	4	PA NSO
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	4	PA NSO

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	4	PA NSO; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i> (Tarceva)	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i> (Tarceva)	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	3	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i> (Etoposide)	1	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG (flutamide)	4	
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Afinitor)	4	PA NSO; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg</i> (Afinitor)	4	PA NSO; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Afinitor)	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	4	PA NSO; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	1	
FAKZYNJA ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO; QL (42 per 28 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	4	PA BvD
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	2	PA BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i> (Floxuridine)	1	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i> (Fluorouracil)	1	PA BvD
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i> (Eulexin)	1	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	4	PA NSO; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	4	PA NSO; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	4	PA NSO; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> (Faslodex)	4	
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	4	PA NSO
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 200 mg</i> (Avgemsi)	1	PA BvD
<i>gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml)</i> (Avgemsi)	1	PA BvD
<i>gemcitabine intravenous solution 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i> (Avgemsi)	1	PA BvD
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG (lomustine)	3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG, 40 MG (lomustine)	4	
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	4	PA NSO; QL (224 per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	4	PA NSO; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG	4	PA NSO; QL (224 per 28 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	4	PA NSO; QL (5 per 21 days)
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)	1	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	4	PA NSO; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	4	PA NSO; QL (21 per 28 days)
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> (Ifex)	1	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i> (Ifex)	1	
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	4	PA NSO; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	4	PA NSO; QL (216 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	4	PA NSO; QL (28 per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG, 10 MG	4	PA NSO
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	4	PA NSO
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	4	PA NSO; QL (280 per 28 days)
INLEXZO INTRAVESICAL IMPLANT 225 MG	4	PA BvD
INLURIYO ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	4	PA NSO; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>irinotecan intravenous solution</i> (Camptosar) <i>100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml</i>	1	
<i>irinotecan intravenous solution</i> (Camptosar) <i>500 mg/25 ml</i>	1	
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	4	PA NSO; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	4	PA NSO
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	3	PA BvD; ST
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO
KEYTRUDA QLEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 395 MG-4,800 UNIT/2.4 ML, 790 MG-9,600 UNIT/4.8 ML	4	PA NSO
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	4	PA NSO; QL (2 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	4	PA NSO; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	4	PA NSO; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	4	PA NSO; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	4	PA NSO; QL (21 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	4	PA NSO; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	4	PA NSO; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	4	PA NSO; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 5 MG	4	PA NSO; QL (600 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 7.5 MG	4	PA NSO; QL (390 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	4	PA NSO
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid)	4	PA NSO; QL (28 per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY (10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	4	PA NSO
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>leuprolide acetate (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i> (Leuprolide Acetate)	3	PA NSO
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i> (Leuprolide Acetate)	1	PA NSO
<i>lomustine oral capsule 10 mg</i> (Gleostine)	1	
<i>lomustine oral capsule 100 mg, 40 mg</i> (Gleostine)	4	
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	4	PA NSO; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	4	PA NSO; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML)	4	PA NSO
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	4	PA NSO; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	4	PA NSO
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	4	PA NSO
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	4	PA NSO

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	4	PA NSO
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	4	PA NSO
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) (leuprolide acetate (3 month)) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	3	PA NSO
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	4	PA NSO; QL (15 per 8 days)
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	4	PA NSO; QL (40 per 28 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	4	
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	4	PA NSO; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	4	
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (Megestrol Acetate)	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	4	PA NSO; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml</i> (Mercaptopurine)	4	
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i> (Mercaptopurine)	1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i> (Methotrexate Sodium/PF)	1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i> (Methotrexate Sodium/PF)	1	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i> (Methotrexate Sodium)	1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i> (Methotrexate Sodium)	1	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i> (Mitoxantrone HCl)	1	
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	4	PA NSO; QL (20 per 28 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	4	
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	4	PA NSO; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	4	PA NSO; LA
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	4	PA NSO
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	4	PA NSO; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	4	PA NSO; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	4	PA NSO; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	4	PA NSO
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	4	PA NSO
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	4	PA NSO
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
<i>oxaliplatin intravenous recon soln</i> (Oxaliplatin) 100 mg, 50 mg	1	
<i>oxaliplatin intravenous solution</i> (Oxaliplatin) 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)	1	
<i>paclitaxel intravenous concentrate</i> (Paclitaxel) 6 mg/ml	1	PA BvD
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution</i> 100 mg (Abraxane)	4	PA BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i> (Votrient)	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>pazopanib oral tablet 400 mg</i> (Votrient)	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 750 mg</i> (Alimta)	4	
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg, 500 mg</i> (Alimta)	4	
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i> (Alimta)	4	
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	4	PA NSO; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	4	PA NSO; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	4	PA NSO; QL (21 per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	4	PA NSO; QL (240 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	4	PA NSO
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	4	PA NSO; QL (8 per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	4	PA NSO; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	4	PA NSO
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	4	PA NSO; QL (224 per 28 days)
RYTELO INTRAVENOUS RECON SOLN 188 MG, 47 MG	4	PA NSO
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; QL (300 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	4	
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	4	PA NSO; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	4	PA NSO
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	4	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	4	PA NSO; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	4	PA NSO; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	4	PA NSO; LA; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	4	PA NSO
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Tamoxifen Citrate)	1	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG (nilotinib hcl)	4	PA NSO; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG (nilotinib hcl)	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO; QL (240 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECENTRIQ HYBREZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML	4	PA NSO
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML)	4	PA NSO
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	4	PA NSO
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA NSO
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	3	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	4	PA NSO; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20</i> (Etoposide) <i>mg/ml</i>	1	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	4	
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i> (Afinitor)	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg,</i> (Afinitor) <i>7.5 mg</i>	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	3	PA NSO
<i>tretinoin (antineoplastic) oral</i> (Tretinoin) <i>capsule 10 mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	4	PA NSO; QL (64 per 28 days)
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA NSO
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	4	PA NSO
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	2	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; LA; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; LA; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	4	PA NSO; LA
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	4	PA NSO; QL (56 per 28 days)
<i>vinblastine intravenous solution 1 mg/ml</i> (Vinblastine Sulfate)	1	PA BvD
<i>vincasar pfs intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml</i> (Vincristine Sulfate)	1	PA BvD
<i>vincristine intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml</i> (Vincristine Sulfate)	1	PA BvD
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i> (Vinorelbine Tartrate)	1	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	4	PA NSO; QL (300 per 30 days)
VIVIMUSTA INTRAVENOUS (bendamustine) SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	4	PA NSO
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 300 MG	4	PA NSO
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG	4	PA NSO; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 50 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	3	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	4	PA NSO; QL (8 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	4	PA NSO; QL (16 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	4	PA NSO; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	4	PA NSO; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	4	PA NSO; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	4	PA NSO
YONSA ORAL TABLET 125 MG (abiraterone, submicronized)	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	4	PA NSO; QL (240 per 30 days)
ZIIHERA INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG	4	PA NSO
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	3	PA NSO

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		4	
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		4	PA NSO; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG		4	PA NSO
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML		4	PA NSO; QL (20 per 28 days)
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias			
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias			
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	(Acamprosate Calcium)	1	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	(Buprenorphine HCl)	1	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	(Suboxone)	1	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	(Buprenorphine HCl/Naloxone HCl)	1	
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	(Bupropion HCl)	1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	(Disulfiram)	1	
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION		2	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	(Naloxone HCl)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml</i> (Naloxone HCl)	1	
<i>naloxone nasal spray,non-aerosol 4 mg/actuation</i> (Narcan)	1	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i> (Naltrexone HCl)	1	
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	3	
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	3	QL (240 per 180 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Chantix)	1	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)</i> (Chantix)	1	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i> (Chantix)	1	
Agentes Antiansiedad		
Benzodiacepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax)	1	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax)	1	QL (150 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Xanax XR)	1	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 3 mg</i> (Xanax XR)	1	QL (90 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Chlordiazepoxide HCl)	1	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Klonopin)	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> (Klonopin)	1	QL (300 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Clonazepam)	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i> (Clonazepam)	1	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i> (Tranxene T-Tab)	1	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i> (Diazepam)	1	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i> (Diazepam)	1	
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i> (Diazepam)	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i> (Diazepam)	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Valium)	1	QL (120 per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 1 mg</i> (Estazolam)	1	QL (60 per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 2 mg</i> (Estazolam)	1	QL (30 per 30 days)
<i>flurazepam oral capsule 15 mg</i> (Flurazepam HCl)	1	QL (60 per 30 days)
<i>flurazepam oral capsule 30 mg</i> (Flurazepam HCl)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml oral concent</i> (Lorazepam)	1	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam 4 mg/ml vial inner</i> (Ativan)	1	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml</i> (Ativan)	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 4 mg/ml</i> (Ativan)	3	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i> (Lorazepam)	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i> (Lorazepam)	1	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Ativan)	1	QL (90 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan)	1	QL (150 per 30 days)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i> (Oxazepam)	1	QL (120 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg</i> (Restoril)	1	QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i> (Restoril)	1	QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i> (Halcion)	1	QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i> (Halcion)	1	QL (60 per 30 days)
Agentes Antidemencia		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i> (Aricept)	1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg</i> (Donepezil HCl)	1	
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 5 mg</i> (Donepezil HCl)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i> (Ergoloid Mesylates)	1	
<i>galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i> (Razadyne ER)	1	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i> (Galantamine Hbr)	1	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Galantamine Hbr)	1	QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg</i> (Namenda XR)	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 7 mg</i> (Namenda XR)	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i> (Memantine HCl)	1	QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Namenda)	1	QL (60 per 30 days)
<i>memantine-donepezil oral capsule,sprinkle,er 24hr 14-10 mg, 21-10 mg, 28-10 mg</i> (Namzaric)	1	ST; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NAMZARIC ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG	3	ST
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 7-10 MG	3	ST; QL (30 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule</i> (Rivastigmine Tartrate) <i>1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	1	
<i>rivastigmine transdermal patch 24</i> (Exelon) <i>hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24</i> <i>hour, 9.5 mg/24 hour</i>	1	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25</i> (Precose) <i>mg, 50 mg</i>	1	
<i>dapagliflozin propanediol oral</i> (Farxiga) <i>tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 (dapagliflozin MG propanediol)	2	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	2	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	2	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	2	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	2	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	2	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	2	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG (linagliptin-metformin)	2	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	2	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	2	QL (30 per 30 days)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i> (Riomet)	1	QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i> (Metformin HCl)	5	QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i> (Metformin HCl)	5	QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 750 mg, 850 mg</i> (Metformin HCl)	5	QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i> (Metformin HCl)	5	QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i> (Metformin HCl)	5	QL (60 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i> (Mifepristone)	4	PA; QL (112 per 28 days)
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Miglitol)	1	QL (90 per 30 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	2	PA; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i> (Nateglinide)	5	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	2	PA; QL (3 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	5	QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i> (Actoplus Met)	5	QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg</i> (Actoplus Met)	5	QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Repaglinide)	5	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i> (Repaglinide)	5	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG	2	PA; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	2	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	2	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	2	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	2	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	2	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	2	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	2	PA; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG (dapaglifloz propaned-metformin)	2	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-500 MG	2	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5- 500 MG	2	QL (60 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, (dapaglifloz BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG propaned-metformin)	2	QL (60 per 30 days)
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (1.6 ML)	2	max \$35 copay per month supply
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart</i> (Novolog Mix 70-30 <i>subcutaneous insulin pen 100</i> Flexpen) <i>unit/ml (70-30)</i>	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart</i> (Novolog Mix 70-30) <i>subcutaneous solution 100 unit/ml</i> <i>(70-30)</i>	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous</i> (Novolog Penfill) <i>cartridge 100 unit/ml</i>	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous</i> (Novolog Flexpen) <i>insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous</i> (Novolog) <i>solution 100 unit/ml</i>	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous</i> (Semglee (Yfgn) Pen) <i>insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous</i> (Semglee (Yfgn)) <i>solution 100 unit/ml</i>	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin lispro subcutaneous</i> (Humalog) <i>solution 100 unit/ml</i>	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR U-100 (insulin glargine) INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
LANTUS U-100 INSULIN (insulin glargine) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN U-100 (insulin aspart u-100) INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 (insulin asp prt-insulin INSULN SUBCUTANEOUS aspart) SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U- (insulin asp prt-insulin 100 SUBCUTANEOUS INSULIN aspart) PEN 100 UNIT/ML (70-30)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL U-100 (insulin aspart u-100) INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN (insulin aspart u-100) ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR (insulin glargine u-300 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN conc) 300 UNIT/ML (3 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 (insulin glargine u-300 INSULIN SUBCUTANEOUS conc) INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (13.5 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Amaryl)	5	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i> (Amaryl)	5	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i> (Glipizide)	5	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i> (Glipizide)	5	QL (90 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i> (Glipizide)	5	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i> (Glucotrol XL)	5	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i> (Glucotrol XL)	5	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i> (Glipizide/Metformin HCl)	5	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i> (Glipizide/Metformin HCl)	5	QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i> (Glynase)	5	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Glyburide)	5	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i> (Glyburide/Metformin HCl)	5	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
Agentes Antigota		
Agentes Antigota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i> (Zyloprim)	1	
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i> (Zyloprim)	1	
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i> (Mitigare)	1	QL (60 per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i> (Colcrys)	1	QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric)	1	ST; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i> (Probenecid)	1	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i> (Probenecid/Colchicine)	1	
Agentes Antimigraña		
Agentes Antimigraña		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	2	PA; QL (1 per 30 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal)	4	ST; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	2	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	2	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	2	PA; QL (3 per 30 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i> (Naratriptan HCl)	1	QL (9 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	2	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i> (Maxalt)	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg</i> (Maxalt Mlt)	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 5 mg</i> (Maxalt Mlt)	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject outer, sub</i> (Imitrex)	1	QL (4 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation</i>	(Imitrex)	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i>	(Imitrex)	1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	(Imitrex)	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i>	(Imitrex)	3	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml</i>	(Imitrex)	3	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i>	(Imitrex)	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	(Sumatriptan Succinate)	1	QL (5 per 28 days)
<i>sumatriptan-naproxen oral tablet 85-500 mg</i>	(Treximet)	1	QL (9 per 27 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		2	PA; QL (16 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	(Zolmitriptan)	1	QL (12 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	(Zolmitriptan)	1	QL (12 per 30 days)
Agentes Antinausea			
Agentes Antinausea			
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	(Emend)	1	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	(Emend)	1	PA BvD; QL (1 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	1	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	1	PA BvD
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (Compazine)	1	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	1	PA; QL (60 per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.)	3	PA BvD; QL (6 per 28 days)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i> (Granisetron HCl)	1	PA BvD
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i> (Antivert)	1	
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Antivert)	1	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i> (Ondansetron HCl)	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i> (Ondansetron HCl)	1	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg</i> (Ondansetron)	1	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i> (Prochlorperazine Edisylate)	1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine)	1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compazine)	1	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml</i> (Promethazine HCl)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Promethazine HCl)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Promethazine HCl)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>promethegan rectal suppository</i>	(Promethazine HCl)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>			
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i>	(Transderm-Scop)	1	PA-HRM; QL (10 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
Agentes Antiparasitarios			
Agentes Antiparasitarios			
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	(Albendazole)	1	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>	(Mepron)	1	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i>	(Malarone)	1	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i>	(Malarone)	1	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	(Chloroquine Phosphate)	1	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		3	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	(Plaquenil)	1	QL (180 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	(Plaquenil)	1	QL (90 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i>	(Plaquenil)	1	QL (60 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	(Plaquenil)	1	QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG		4	PA; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	(Stromectol)	1	
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>	(Stromectol)	1	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	(Mefloquine HCl)	1	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	(Nitazoxanide)	4	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pentamidine inhalation recon soln</i> (Nebupent) 300 mg	1	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln</i> (Nebupent) 300 mg	1	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i> (Biltricide)	1	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	3	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	4	PA
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	1	PA
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Tinidazole)	1	
Agentes Antiparkinson		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i> (Amantadine HCl)	1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i> (Amantadine HCl)	1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i> (Amantadine HCl)	1	
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i> (Apokyn)	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Benztropine Mesylate)	1	
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i> (Parlodel)	1	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i> (Parlodel)	1	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i> (Cabergoline)	1	
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i> (Lodosyn)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Dhivy)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25- 250 mg</i> (Dhivy)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i> (Carbidopa/Levodopa)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i> (Carbidopa/Levodopa)	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i> (Stalevo 50)	1	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i> (Comtan)	1	
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	4	PA; QL (300 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	4	PA; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	4	PA
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR	3	ST; QL (30 per 30 days)
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML	4	PA; QL (600 per 30 days)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG, 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1)	3	ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i> (Pramipexole Di-HCl)	1	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	1	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i> (Ropinirole HCl)	1	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i> (Ropinirole HCl)	1	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i> (Selegiline HCl)	1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i> (Selegiline HCl)	1	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i> (Trihexyphenidyl HCl)	1	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i> (Trihexyphenidyl HCl)	1	
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML	4	PA; QL (560 per 28 days)
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	4	QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	4	QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	4	QL (2 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	4	QL (2 per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i> (Aripiprazole)	1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	1	
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg</i> (Aripiprazole)	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg</i> (Aripiprazole)	1	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	4	QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	4	QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	4	QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	4	QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	4	QL (3.2 per 14 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Saphris)	1	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i> (Chlorpromazine HCl)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>chlorpromazine oral concentrate</i> (Chlorpromazine HCl) 100 mg/ml, 30 mg/ml	1	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg,</i> (Chlorpromazine HCl) 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200</i> (Clozaril) <i>mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clozapine oral tablet,disintegrating</i> (Clozapine) 100 mg, 12.5 mg, 25 mg	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating</i> (Clozapine) 150 mg	1	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating</i> (Clozapine) 200 mg	1	ST; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	4	ST
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	4	QL (0.75 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	4	QL (1 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	4	QL (1.5 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 351 MG/2.25 ML	4	QL (2.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	4	QL (0.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	4	QL (0.5 per 21 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	3	ST
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)	3	ST
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2)	3	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i> (Fluphenazine Decanoate)	1	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i> (Fluphenazine HCl)	1	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i> (Fluphenazine HCl)	1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i> (Fluphenazine HCl)	1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Fluphenazine HCl)	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i> (Haloperidol Decanoate)	1	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i> (Haloperidol Lactate)	1	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i> (Haloperidol Lactate)	1	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i> (Haloperidol Lactate)	1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Haloperidol)	1	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	4	QL (3.5 per 166 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	4	QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	4	QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	4	QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	4	QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	2	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	4	QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	4	QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	4	QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	4	QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	4	QL (2.63 per 70 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i> (Loxapine Succinate)	1	
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i> (Latuda)	1	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i> (Latuda)	1	QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	4	QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i> (Molindone HCl)	1	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i> (Molindone HCl)	1	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i> (Molindone HCl)	4	QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i> (Zyprexa)	1	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 7.5 mg</i> (Zyprexa)	1	
<i>olanzapine oral tablet 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Zyprexa)	1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Zyprexa Zydis)	1	
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG	4	ST
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg</i> (Invega)	1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg</i> (Invega)	1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> (Invega)	1	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Perphenazine)	1	
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	4	QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Pimozide)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prochlorperazine 10 mg/2 ml vial</i>	(Prochlorperazine Edisylate)	1	
<i>outer 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>			
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	(Seroquel)	1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	(Seroquel)	1	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	(Seroquel XR)	1	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		4	QL (30 per 30 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml</i>	(Risperdal Consta)	1	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 25 mg/2 ml</i>	(Risperdal Consta)	1	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i>	(Risperdal Consta)	4	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	(Risperdal)	1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	(Risperdal)	1	
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	(Risperdal)	1	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	(Risperidone)	1	
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	(risperidone microspheres)	4	QL (2 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100</i> (Thioridazine HCl) <i>mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10</i> (Thiothixene) <i>mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10</i> (Trifluoperazine HCl) <i>mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	4	QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	4	QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	4	QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	4	QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	4	QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	4	QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	4	QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	ST; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	3	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, (Geodon) 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>ziprasidone mesylate (Geodon) intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	1	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	3	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	4	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	4	QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	3	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	3	PA BvD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	PA BvD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	3	PA BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	3	PA BvD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	3	PA BvD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	3	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	3	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	3	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	3	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	3	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i> (Dextrose 5 % in Water)	1	
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	3	PA BvD
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	3	PA BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	3	PA BvD
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i> (Clonidine HCl)	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr</i> (Catapres-Tts 1)	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr</i> (Catapres-Tts 1)	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i> (Catapres-Tts 1)	1	
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	1	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i> (Northera)	1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	4	PA; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Guanfacine HCl)	1	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Midodrine HCl)	1	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Minipress)	1	
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Amiodarone HCl)	1	
<i>amiodarone oral tablet 400 mg</i> (Amiodarone HCl)	1	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i> (Norpace)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> (Tikosyn)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i> (Flecainide Acetate)	1	
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i> (Mexiletine HCl)	1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	2	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Amiodarone HCl)	1	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i> (Rythmol SR)	1	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i> (Propafenone HCl)	1	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i> (Quinidine Gluconate)	1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i> (Quinidine Sulfate)	1	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i> (Acebutolol HCl)	1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Tenormin)	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i> (Tenoretic 50)	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i> (Tenoretic 50)	1	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Betaxolol HCl)	1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Bisoprolol Fumarate)	1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i> (Ziac)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg)	1	
JAVADIN ORAL SOLUTION 0.02 MG/ML (20 MCG/ML)	4	PA; QL (3600 per 30 days)
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Labetalol HCl)	1	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i> (Metoprolol/Hydrochl orothiazide)	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor)	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i> (Lopressor)	1	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Corgard)	1	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Bystolic)	1	
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Pindolol)	1	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	1	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i> (Propranolol HCl)	1	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Propranolol HCl)	1	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (Betapace)	1	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Betapace)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Betapace)	1	
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i> (Betapace)	1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Timolol Maleate)	1	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cardizem CD)	1	
<i>diltiazem 24hr er 360 mg cap once-a-day dosage</i> (Tiazac)	1	
<i>diltiazem 24hr er 420 mg cap</i> (Tiazac)	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Cardizem CD)	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 180 mg</i> (Tiazac)	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i> (Cardizem CD)	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cardizem CD)	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem CD)	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i> (Cardizem CD)	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg</i> (Cardizem CD)	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (Cardizem CD)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h</i> (Cardizem CD) <i>degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	
<i>matzim la oral tablet extended</i> (Cardizem CD) <i>release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1	
<i>taztia xt oral capsule,extended</i> (Tiazac) <i>release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	1	
<i>tiadylt er oral capsule,extended</i> (Cardizem CD) <i>release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er</i> (Verelan Pm) <i>pellet ct 100 mg, 300 mg</i>	3	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er</i> (Verelan Pm) <i>pellet ct 200 mg</i>	1	
<i>verapamil oral capsule,ext rel.</i> (Verapamil HCl) <i>pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	
<i>verapamil oral capsule,ext rel.</i> (Verapamil HCl) <i>pellets 24 hr 360 mg</i>	3	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Calan SR)	1	
<i>verapamil oral tablet extended</i> (Calan SR) <i>release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	3	QL (600 per 30 days)
DAWNZERA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8 ML	4	PA; QL (0.8 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i> (Digoxin)	1	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Lanoxin)	1	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml</i> (Epipen 2-Pak)	2	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (Epipen 2-Pak)	1	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i> (Epipen 2-Pak)	2	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i> (Epipen 2-Pak)	1	QL (4 per 30 days)
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Hydralazine HCl)	1	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Firazyr)	4	PA; QL (18 per 30 days)
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Corlanor)	2	QL (60 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	4	PA
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i> (Ranexa)	1	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i> (Ranexa)	1	QL (120 per 30 days)
<i>sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Firazyr)	4	PA; QL (18 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina II		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Atacand)	5	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	(Atacand HCT)	5	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	(sacubitril-valsartan)	2	QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLETT 15-16 MG, 6-6 MG		2	QL (240 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	(Avapro)	5	
<i>irbesartan oral tablet 75 mg</i>	(Avapro)	5	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	(Avalide)	5	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	(Cozaar)	5	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	(Hyzaar)	5	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	(Benicar)	5	
<i>olmesartan-amlodipin-hctiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	(Tribenzor)	5	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	(Benicar HCT)	5	
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg</i>	(Entresto)	1	QL (60 per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg</i>	(Micardis)	5	
<i>telmisartan oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	(Micardis)	5	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet</i> (Telmisartan/Amlodipine) 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg	1	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet</i> (Micardis HCT) 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg	5	
<i>valsartan oral tablet</i> (Diovan) 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg	5	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet</i> (Diovan HCT) 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	5	
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine oral tablet</i> (Norvasc) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule</i> (Lotrel) 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg	5	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule</i> (Lotrel) 2.5-10 mg, 5-40 mg	5	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet</i> (Azor) 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	5	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet</i> (Exforge) 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	5	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiiazid oral tablet</i> (Exforge HCT) 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg	1	
<i>felodipine oral tablet extended release</i> (Felodipine) 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	
<i>isradipine oral capsule</i> (Isradipine) 2.5 mg, 5 mg	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML	3	ST; QL (300 per 30 days)
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i> (Nicardipine HCl)	1	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i> (Nifedipine)	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg</i> (Procardia XL)	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 90 mg</i> (Procardia XL)	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Nifedipine)	1	
Dislipidémicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg</i> (Caduet)	5	
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i> (Caduet)	5	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i> (Caduet)	5	
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lipitor)	5	QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i> (Questran)	1	
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i> (Cholestyramine)	1	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i> (Welchol)	1	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> (Welchol)	1	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i> (Colestid)	1	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG	3	ST; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg</i> (Vytorin)	5	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i> (Vytorin)	5	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg</i> (Vytorin)	5	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i> (Vytorin)	5	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i> (Fenofibrate, Micronize d)	1	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg</i> (Tricor)	1	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 48 mg</i> (Tricor)	1	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i> (Fenoglide)	1	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release (dr/ec) 135 mg, 45 mg</i> (Trilipix)	1	
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i> (Fluvastatin Sodium)	5	QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i> (Lescol XL)	5	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	1	
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i> (Vascepa)	1	QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i> (Vascepa)	1	QL (120 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 5 MG	4	PA; QL (28 per 28 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG	4	PA; QL (56 per 28 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lovastatin)	5	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	2	ST; QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i> (Niacin)	1	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Niacin)	1	
<i>niacor oral tablet 500 mg</i> (Niacin)	1	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	1	ST; QL (120 per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Livalo)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i> (Pravastatin Sodium)	5	
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (Pravastatin Sodium)	5	QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i> (Cholestyramine)	1	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	2	ST; QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	2	ST; QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	2	ST; QL (6 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	5	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	5	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i> (Zocor)	5	QL (30 per 30 days)
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i> (Amiloride HCl)	1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i> (Amiloride/Hydrochlorothiazide)	1	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Bumetanide)	1	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Chlorthalidone)	1	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i> (Furosemide)	1	
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i> (Furosemide)	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i> (Furosemide)	1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i> (Hydrochlorothiazide)	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Hydrochlorothiazide)	1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i> (Indapamide)	1	
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (tolvaptan (polycys kidney dis))	4	PA; QL (120 per 30 days)
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Metolazone)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i> (Aldactazide)	1	
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablets, sequential 15 mg (am)/ 15 mg (pm), 30 mg (am)/ 15 mg (pm), 45 mg (am)/ 15 mg (pm), 60 mg (am)/ 30 mg (pm), 90 mg (am)/ 30 mg (pm)</i> (Tolvaptan)	4	PA; QL (56 per 28 days)
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Soaanz)	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i> (Triamterene/Hydrochl orothiazid)	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i> (Maxzide)	1	
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	5	
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i> (Lotensin)	5	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Lotensin HCT)	5	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i> (Lotensin HCT)	5	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Captopril)	5	
<i>enalapril maleate oral solution 1 mg/ml</i> (Epaned)	1	ST; QL (1200 per 30 days)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	5	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	5	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i> (Vaseretic)	5	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Fosinopril Sodium)	5	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i> (Fosinopril/Hydrochlorothiazide)	5	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	5	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	5	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i> (Moexipril HCl)	5	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Perindopril Erbumine)	5	
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Accupril)	5	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Accuretic)	5	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	5	
<i>ramipril oral capsule 10 mg</i> (Altace)	5	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Trandolapril)	5	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspra)	1	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>spironolactone oral suspension 25 mg/5 ml</i> (Carospir)	1	ST; QL (600 per 30 days)
Vasodilatadores		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i> (Isordil)	1	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil)	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Isosorbide Mononitrate)	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Isosorbide Mononitrate)	1	
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i> (Bidil)	1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i> (Minoxidil)	1	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	1	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i> (Lotronex)	1	
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i> (Lotronex)	4	
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i> (Budesonide)	1	
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i> (Uceris)	1	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG	4	ST
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> (Cortenema)	1	
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i> (Delzicol)	1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i> (Mesalamine)	1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	1	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i> (Lialda)	1	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 800 mg</i> (Lialda)	1	
<i>mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml</i> (Sfrowasa)	1	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i> (Canasa)	1	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i> (Azulfidine)	3	
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i> (Alendronate Sodium)	1	QL (300 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i> (Fosamax)	1	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i> (Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i> (Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i> (Calcitonin, Salmon, Synthetic)	1	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i> (Rocaltrol)	1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i> (Rocaltrol)	1	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i> (Sensipar)	1	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	1	QL (120 per 30 days)
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i> (Doxercalciferol)	1	
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i> (Boniva)	1	QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	4	PA; QL (2 per 28 days)
OSENVELT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	4	PA
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	1	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i> (Zemplar)	1	
RAYALDEE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	4	QL (60 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i> (Actonel)	1	QL (1 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i> (Actonel)	1	QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i> (Actonel)	1	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i> (Actonel)	1	QL (4 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec) 35 mg</i> (Atelvia)	1	QL (4 per 28 days)
STOBOCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	2	QL (1 per 180 days)
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)</i> (Forteo)	4	PA; QL (2.24 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	4	PA; QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	4	PA

Agentes De Trastorno De Sueño

Agentes De Trastorno De Sueño

<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nuvigil)	1	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	2	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	1	QL (30 per 30 days)
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	4	PA; QL (150 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (Xyrem)	4	PA; LA; QL (540 per 30 days)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i> (Hetlioz)	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i> (Zaleplon)	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet, ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i> (Ambien CR)	1	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i> (Strattera)	1	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera)	1	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	4	PA; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	4	PA; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	4	PA; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG	4	PA; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	4	PA; QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG, 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	4	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	4	PA; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	4	PA; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	4	PA; QL (15 per 30 days)
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg</i> (Kapvay)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i> (Ampyra)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Focalin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 15 mg</i> (Dexedrine)	1	QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 5 mg</i> (Dexedrine)	1	QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i> (Zenzedi)	1	QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Zenzedi)	1	QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg</i> (Zenzedi)	1	QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg</i> (Zenzedi)	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i> (Adderall XR)	1	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i> (Adderall XR)	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Adderall)	1	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg</i> (Tecfidera)	1	PA; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i> (Tecfidera)	1	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release (dr/ec) 240 mg</i> (Tecfidera)	4	PA; QL (60 per 30 days)
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	4	PA
<i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i> (Gilenya)	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (Copaxone)	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (Copaxone)	4	PA; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (Copaxone)	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (Copaxone)	4	PA; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Intuniv)	1	
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE, DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)	4	PA
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	4	PA; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Lithium Carbonate)	1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i> (Lithobid)	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i> (Lithobid)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lithium carbonate oral tablet</i>	(Lithobid)	1	
<i>extended release 450 mg</i>			
<i>lithium citrate oral solution 8</i>	(Lithium Citrate)	1	
<i>meq/5 ml</i>			
MAVENCLAD (10 TABLET PACK)	(cladribine(multiple sclerosis))	4	PA
ORAL TABLET 10 MG			
MAVENCLAD (4 TABLET PACK)	(cladribine(multiple sclerosis))	4	PA
ORAL TABLET 10 MG			
MAVENCLAD (5 TABLET PACK)	(cladribine(multiple sclerosis))	4	PA
ORAL TABLET 10 MG			
MAVENCLAD (6 TABLET PACK)	(cladribine(multiple sclerosis))	4	PA
ORAL TABLET 10 MG			
MAVENCLAD (7 TABLET PACK)	(cladribine(multiple sclerosis))	4	PA
ORAL TABLET 10 MG			
MAVENCLAD (8 TABLET PACK)	(cladribine(multiple sclerosis))	4	PA
ORAL TABLET 10 MG			
MAVENCLAD (9 TABLET PACK)	(cladribine(multiple sclerosis))	4	PA
ORAL TABLET 10 MG			
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG		4	PA; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG		4	PA; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)		2	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)		4	PA
<i>metadate er oral tablet extended</i>	(Methylphenidate HCl)	1	QL (90 per 30 days)
<i>release 20 mg</i>			
<i>methylphenidate hcl oral capsule,</i>	(Metadate Cd)	1	QL (30 per 30 days)
<i>er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg,</i>			
<i>40 mg, 50 mg, 60 mg</i>			

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i> (Metadate Cd)	1	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 40 mg, 60 mg</i> (Ritalin LA)	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 20 mg</i> (Ritalin LA)	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i> (Ritalin LA)	1	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i> (Methylin)	1	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	1	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i> (Methylphenidate HCl)	1	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg (bx rating), 27 mg (bx rating), 54 mg (bx rating)</i> (Concerta)	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg</i> (Concerta)	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg</i> (Concerta)	1	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg (bx rating)</i> (Concerta)	1	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 72 mg</i> (Concerta)	1	QL (30 per 30 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	4	PA; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	4	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	4	PA; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	4	PA
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i> (Rilutek)	1	
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i> (Aubagio)	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i> (Xenazine)	1	PA; QL (112 per 28 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i> (Xenazine)	4	PA; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	4	PA; QL (120 per 30 days)
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i> (Acetadote)	1	PA BvD
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	4	PA; QL (60 per 30 days)
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	4	PA; QL (90 per 30 days)
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	4	QL (560 per 28 days)
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i> (Cromolyn Sodium)	1	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	4	PA; QL (1 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	4	PA; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	4	PA; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	4	PA; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 100 MG/ML	4	PA; LA; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	4	PA; LA; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	4	PA; LA; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	4	PA; LA; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	4	PA; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	4	PA; QL (56 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	4	PA; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i> (Esbriet)	4	PA; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	4	PA; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i> (Esbriet)	4	PA; QL (90 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	4	PA; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML	4	PA BvD
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i> (Daliresp)	1	QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i> (Daliresp)	1	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	4	PA; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)	4	PA; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	4	PA; QL (84 per 28 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2)	4	PA; QL (1 per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	4	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	4	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	4	PA
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION (fluticasone propion-salmeterol)	2	QL (12 per 30 days)
AIRSUPRA 90-80 MCG INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	2	QL (32.1 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ARNUITY ELLIPTA INHALATION (fluticasone furoate) BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	2	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION (fluticasone furoate- vilanterol) BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	2	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE	2	QL (60 per 30 days)
<i>breyana inhalation hfa aerosol</i> (Symbicort) <i>inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80- 4.5 mcg/actuation</i>	1	QL (30.9 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension</i> (Pulmicort) <i>for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i>	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation</i> (Symbicort) <i>hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	1	QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation</i> (Flovent Hfa) <i>hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation</i> (Flovent Hfa) <i>hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	1	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation</i> (Flovent Hfa) <i>hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	1	QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol</i> (Advair Diskus) <i>inhalation blister with device 100- 50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	1	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
wixela inhub inhalation blister (Advair Diskus) with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose	1	QL (60 per 30 days)
Antileucotrinós		
montelukast oral tablet 10 mg (Singulair)	1	
montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg (Singulair)	1	
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg (Accolate)	1	
Broncodilatadores		
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	2	QL (32.1 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (Ventolin Hfa)	1	QL (17 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503) (Ventolin Hfa)	1	QL (13.4 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983) (Ventolin Hfa)	3	QL (36 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml (Albuterol Sulfate)	1	PA BvD
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml (Albuterol Sulfate)	1	
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg (Albuterol Sulfate)	1	
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION (umeclidinium-vilanterol)	2	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	3	QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	2	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	2	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation</i> (Ipratropium Bromide) <i>solution 0.02 %</i>	1	PA BvD
<i>ipratropium-albuterol inhalation</i> (Ipratropium/Albuterol <i>solution for nebulization 0.5 mg-3</i> Sulfate) <i>mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	1	PA BvD; QL (540 per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	3	QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	2	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	2	QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	2	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	2	QL (4 per 28 days)
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5</i> (Terbutaline Sulfate) <i>mg</i>	1	
<i>theophylline oral solution 80</i> (Theophylline <i>mg/15 ml</i> Anhydrous)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i> (Theophylline Anhydrous)	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i> (Theophylline Anhydrous)	1	
<i>tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg</i> (Spiriva Handihaler)	1	QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	2	QL (60 per 30 days)

Agentes Dentales Y Orales

Agentes Dentales Y Orales

<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i> (Evoxac)	1	
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (Chlorhexidine Gluconate)	1	
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (Fluoride (Sodium))	1	
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i> (Fluoride (Sodium))	1	
<i>fluoride (sodium) dental gel 1.1 %</i> (Fluoride (Sodium))	1	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i> (Prevident)	1	
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (Chlorhexidine Gluconate)	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Salagen)	1	
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (Fluoride (Sodium))	1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i> (Prevident 5000 Sensitive)	1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i> (Kourzeq)	1	

Agentes Dermatológicos

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos			
<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	(Hydrocortisone)	1	
<i>ala-scalp topical lotion 2 %</i>	(Scalacort)	1	
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	(Alclometasone Dipropionate)	1	
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	(Alclometasone Dipropionate)	1	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	(Betamethasone Dipropionate)	1	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	(Betamethasone Dipropionate)	1	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	(Betamethasone Dipropionate)	1	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	(Betamethasone Valerate)	1	
<i>betamethasone valerate topical foam 0.12 %</i>	(Luxiq)	1	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	(Betamethasone Valerate)	1	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	(Betamethasone Valerate)	1	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	(Betamethasone/Propylene Glyc)	1	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	(Betamethasone Dipropionate)	1	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	(Betamethasone/Propylene Glyc)	1	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i>	(Diprolene)	1	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	(Clobetasol Propionate)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	(Clobetasol Propionate)	1	
<i>clobetasol topical foam 0.05 %</i>	(Olux)	1	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	(Clobetasol Propionate)	1	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i>	(Clobex)	1	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	(Temovate)	1	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i>	(Clobex)	1	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	(Clobetasol Propionate/Emoll)	1	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i>	(Olux-E)	1	
<i>desonide topical cream 0.05 %</i>	(Desonide)	1	
<i>desonide topical lotion 0.05 %</i>	(Desonide)	1	
<i>desonide topical ointment 0.05 %</i>	(Desonide)	1	
<i>desoximetasone topical cream 0.05 %, 0.25 %</i>	(Topicort)	1	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical gel 0.05 %</i>	(Topicort)	1	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	(Topicort)	1	
<i>diflorasone topical ointment 0.05 %</i>	(Diflorasone Diacetate)	1	QL (180 per 30 days)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %		2	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	(Synalar)	1	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i>	(Synalar)	1	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>	(Synalar)	1	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	(Vanos)	1	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	(Fluocinonide)	1	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	(Fluocinonide)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	(Fluocinonide)	1	
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i>	(Fluocinonide/Emollient Base)	1	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	(Fluticasone Propionate)	1	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	(Fluticasone Propionate)	1	
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	(Halobetasol Propionate)	1	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	(Halobetasol Propionate)	1	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	(Hydrocortisone)	1	
<i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i>	(Hydrocortisone Butyrate)	1	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i>	(Locoid)	1	QL (236 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>	(Hydrocortisone Butyrate)	1	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	(Hydrocortisone Butyrate)	1	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i>	(Hydrocortisone)	1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	(Hydrocortisone)	1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	(Scalacort)	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i>	(Hydrocortisone)	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	(Hydrocortisone)	1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	(Hydrocortisone Valerate)	1	
<i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i>	(Hydrocortisone Valerate)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i> (Mometasone Furoate)	1	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i> (Mometasone Furoate)	1	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i> (Mometasone Furoate)	1	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i> (Elidel)	1	QL (100 per 30 days)
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Anusol-HC)	1	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Anusol-HC)	1	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Anusol-HC)	1	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i> (Protopic)	1	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %</i> (Triamcinolone Acetonide)	1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %</i> (Triamcinolone Acetonide)	1	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i> (Triamcinolone Acetonide)	1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i> (Tritocin)	1	
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Absorica)	1	
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i> (Acitretin)	1	
<i>acyclovir topical cream 5 %</i> (Zovirax)	1	QL (5 per 4 days)
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i> (Ammonium Lactate)	1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (Ammonium Lactate)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i> (Calcipotriene)	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i> (Dovonex)	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i> (Calcipotriene)	1	QL (120 per 30 days)
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i> (Carac)	4	
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Carac)	1	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i> (Fluorouracil)	1	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i> (Aldara)	1	QL (24 per 30 days)
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	4	ST; QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i> (Methoxsalen)	4	
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	4	QL (60 per 28 days)
<i>penciclovir topical cream 1 %</i> (Denavir)	1	
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i> (Podofilox)	1	
REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 %	4	PA; QL (30 per 30 days)
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	3	QL (180 per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	4	PA NSO
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Absorica)	1	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical foam 1 %</i> (Evoclin)	1	QL (100 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i> (Cleocin T)	1	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin P)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 %(1 % base) -5 %</i>	(Benzaclin)	1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %</i>	(Benzaclin)	1	
<i>ery pads topical swab 2 %</i>	(Erythromycin Base In Ethanol)	1	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i>	(Erygel)	1	
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	(Erythromycin Base In Ethanol)	1	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i>	(Benzamycin)	1	
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	(Gentamicin Sulfate)	1	QL (90 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	(Gentamicin Sulfate)	1	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i>	(Metrocream)	1	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i>	(Rosadan)	1	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i>	(Rosadan)	1	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i>	(Metro lotion)	1	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i>	(Centany)	1	QL (220 per 30 days)
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i>	(Metrocream)	1	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	(Selenium Sulfide)	1	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i>	(Silvadene)	1	
<i>ssd topical cream 1 %</i>	(Silvadene)	3	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i>	(Klaron)	1	
Escabicidas Y Pediculicidas			
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	(Ovide)	1	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	(Elimite)	1	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	1	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	3	PA
<i>tazarotene topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Tazorac)	1	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Retin-A)	1	PA
<i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	1	PA
<i>tretinoin topical gel 0.01 %</i> (Retin-A)	1	PA
<i>tretinoin topical gel 0.025 %</i> (Retin-A)	1	PA
<i>tretinoin topical gel 0.05 %</i> (Retin-A)	1	PA
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i> (Lansoprazole/Amoxici In/Clarith)	1	
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i> (Cimetidine HCl)	1	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i> (Cimetidine)	1	
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i> (Cimetidine)	1	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i> (Nexium)	1	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i> (Nexium)	1	QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i> (Nexium)	1	ST; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i> (Nexium)	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i> (Famotidine)	1	
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i> (Pepcid)	1	
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid)	1	
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i> (Prevacid)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i> (Prevacid)	1	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i> (Nizatidine)	1	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Omeprazole)	1	
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram</i> (Zegerid)	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 40-1.1 mg-gram</i> (Zegerid)	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (Protonix)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i> (Protonix)	1	QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (Aciphex)	1	QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	1	
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	PA
Agentes Gastrointestinales, Otros		

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i>	(Carglumic Acid)	4	PA
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	(Lactulose)	1	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i>	(Gastrocrom)	1	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	(Dicyclomine HCl)	1	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	(Dicyclomine HCl)	1	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	(Dicyclomine HCl)	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	(Diphenoxylate HCl/Atropine)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	(Lomotil)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	(Lactulose)	1	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG		4	PA
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i>	(Lactulose)	1	
<i>glycerol phenylbutyrate oral liquid 1.1 gram/ml</i>	(Glycerol Phenylbutyrate)	4	PA
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i>	(Robinul)	1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i>	(Robinul)	1	
IQIRVO ORAL TABLET 80 MG		4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>kionex (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	(Sodium Polystyrene Sulfon/Sorb)	1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	(Lactulose)	1	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		2	QL (30 per 30 days)
LIVDELZI ORAL CAPSULE 10 MG		4	PA; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	2	
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Loperamide HCl)	1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg</i> (Amitiza)	1	QL (60 per 30 days)
<i>lubiprostone oral capsule 8 mcg</i> (Amitiza)	1	QL (120 per 30 days)
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> (Methscopolamine Bromide)	1	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i> (Metoclopramide HCl)	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	2	QL (30 per 30 days)
OCALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML (glycerol phenylbutyrate)	4	PA
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG	4	PA; QL (90 per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML	4	PA; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	4	PA; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	4	PA; QL (11.2 per 28 days)
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i> (Buphenyl)	4	PA
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram</i> (Sodium Polystyrene Sulfonate)	1	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i> (Sodium Polystyrene Sulfon/Sorb)	1	
<i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i> (Ursodiol)	4	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i> (Ursodiol)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i> (Urso)	1	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (Urso)	1	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	2	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	4	PA; QL (84 per 28 days)
Enlaces De Fosfato		
<i>calcium acetate(phosphat bind)</i> (Calcium Acetate) <i>oral capsule 667 mg</i>	1	
<i>calcium acetate(phosphat bind)</i> (Calcium Acetate) <i>oral tablet 667 mg</i>	1	
<i>lanthanum oral tablet,chewable</i> (Fosrenol) <i>1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	4	
<i>sevelamer carbonate oral powder</i> (Renvela) <i>in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i>	1	
<i>sevelamer carbonate oral tablet</i> (Renvela) <i>800 mg</i>	1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg,</i> (Renagel) <i>800 mg</i>	1	
Laxantes		
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-</i> (Golytely) <i>22.72-6.72 -5.84 gram</i>	1	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-</i> (Golytely) <i>22.74-6.74 -5.86 gram</i>	1	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420</i> (Sodium Chloride/Nahco3/Kcl/ Peg) <i>gram</i>	1	
<i>peg 3350-electrolytes oral recon</i> (Golytely) <i>soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>	1	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln</i> (Sodium Chloride/Nahco3/Kcl/ Peg) <i>420 gram</i>	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sodium,potassium,mag sulfates (Suprep) oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram	1	
sodium,potassium,mag sulfates (Suprep) oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)	1	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
alfuzosin oral tablet extended (Uroxatral) release 24 hr 10 mg	1	QL (30 per 30 days)
dutasteride oral capsule 0.5 mg (Avodart)	1	
dutasteride-tamsulosin oral (Jalyn) capsule, er multiphase 24 hr 0.5- 0.4 mg	1	
finasteride oral tablet 5 mg (Proscar)	1	
tamsulosin oral capsule 0.4 mg (Tamsulosin HCl)	1	
terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg (Terazosin HCl)	1	
tiopronin oral tablet 100 mg (Thiola)	4	
Antiespasmódicos, Urinario		
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg (Bethanechol Chloride)	1	
fesoterodine oral tablet extended (Toviaz) release 24 hr 4 mg, 8 mg	1	
flavoxate oral tablet 100 mg (Flavoxate HCl)	1	
MYRBETRIQ ORAL TABLET (mirabegron) EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	1	
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml (Oxybutynin Chloride)	1	
oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg, 5 mg (Oxybutynin Chloride)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>oxybutynin chloride oral tablet</i> (Ditropan XL) <i>extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Vesicare)	1	
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i> (Detrol LA)	1	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Detrol)	1	
<i>trospium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i> (Trospium Chloride)	1	
<i>trospium oral tablet 20 mg</i> (Trospium Chloride)	1	
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Mo- dificador		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i> (Levo-T)	1	
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i> (Levo-T)	1	
<i>liomny oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel)	1	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel)	1	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Methimazole)	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i> (Propylthiouracil)	1	
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG	4	PA
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Danazol)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i> (Oxandrolone)	1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Depo-Testosterone)	1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i> (Depo-Testosterone)	1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i> (Testosterone Enanthate)	1	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i> (Vogelxo)	1	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i> (Vogelxo)	1	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram)</i> (Androgel)	1	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (50 mg/5 gram)</i> (Androgel)	1	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)</i> (Testosterone)	1	PA; QL (180 per 30 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos		
<i>abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg</i> (Activella)	1	
<i>abigale oral tablet 1-0.5 mg</i> (Activella)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i> (Activella)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Minivelle)	1	QL (8 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Vagifem)	1	
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Minivelle)	1	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Climara)	1	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i> (Estrace)	1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Vagifem)	1	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml</i> (Delestrogen)	1	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 40 mg/ml</i> (Delestrogen)	1	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i> (Activella)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg</i> (Activella)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR	3	QL (1 per 84 days)
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (Norethindrone Ac/Eth Estradiol)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i> (Norethindrone Ac/Eth Estradiol)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Minivelle)	1	QL (8 per 28 days)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (Activella)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (Norethindrone Ac/Eth Estradiol)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG (conjugated estrogens)	2	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	2	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	1	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i> (Vagifem)	1	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i> (Dexamethasone)	1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i> (Dexamethasone)	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i> (Dexamethasone Sodium Phosphate)	1	
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i> (Fludrocortisone Acetate)	1	
HEMADY ORAL TABLET 20 MG	3	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i> (Medrol)	1	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i> (Medrol)	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i> (Pediapred)	1	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i> (Pediapred)	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> (Pediapred)	1	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i> (Prednisone)	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i> (Prednisone)	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i> (Prednisone)	1	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i> (Kenalog-40)	1	
Pituitario		
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	4	PA; QL (35 per 28 days)
CORTROPHIN GEL SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 UNIT/0.5 ML	4	PA; QL (15 per 30 days)
CORTROPHIN GEL SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 UNIT/ML	4	PA; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i> <i>10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	(Desmopressin (Nonrefrigerated))	1	
<i>desmopressin nasal spray,non-</i> <i>aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	(Desmopressin (Nonrefrigerated))	1	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg,</i> <i>0.2 mg</i>	(DDAVP)	1	
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG		4	PA; QL (30 per 30 days)
EGRIFTA WR SUBCUTANEOUS KIT 11.6 MG		4	PA; QL (4 per 28 days)
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML		4	PA
<i>lanreotide subcutaneous syringe</i> <i>120 mg/0.5 ml</i>	(Somatuline Depot)	4	PA NSO; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG		4	PA NSO
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG		4	PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG		4	PA
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED)		4	PA
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG		4	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	4	PA
<i>octreotide acetate injection</i> (Octreotide Acetate) <i>solution 1,000 mcg/ml</i>	4	
<i>octreotide acetate injection</i> (Octreotide Acetate) <i>solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml,</i> <i>500 mcg/ml</i>	1	
<i>octreotide acetate injection</i> (Octreotide Acetate) <i>solution 200 mcg/ml</i>	1	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	4	PA NSO
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	4	PA; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	4	PA; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	4	PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	4	PA; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	4	PA NSO; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	4	PA NSO; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	4	PA
SYNAREL NASAL SPRAY, NON- AEROSOL 2 MG/ML	4	PA
Progestinas		

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	2	QL (0.65 per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i> (Aygestin)	1	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	1	
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	1	
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Provera)	1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i> (Megestrol Acetate)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i> (Aygestin)	1	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	1	
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	4	PA
ASTAGRAF XL ORAL (tacrolimus) CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG	3	PA BvD
ASTAGRAF XL ORAL (tacrolimus) CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 5 MG	4	PA BvD
<i>auranofin oral capsule 3 mg</i> (Auranofin)	4	
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	1	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i> (Azathioprine Sodium)	1	PA BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	4	PA; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	4	PA; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	4	PA NSO; QL (2 per 28 days)
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	4	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	4	PA
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	4	PA
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	4	PA
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	4	PA
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	4	PA
<i>cyclosporine intravenous solution</i> (Sandimmune) <i>250 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Neoral) <i>100 mg, 25 mg</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Neoral) <i>50 mg</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Neoral) <i>100 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg,</i> (Sandimmune) <i>25 mg</i>	1	PA BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC- HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	4	PA
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	4	PA
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	4	PA
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	4	PA
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	4	PA
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	4	PA
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	4	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	4	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>everolimus (immunosuppressive)</i> (Zortress) <i>oral tablet 0.25 mg</i>	1	PA BvD
<i>everolimus (immunosuppressive)</i> (Zortress) <i>oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	4	PA BvD
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	4	PA BvD
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	4	PA BvD
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	4	PA BvD
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Neoral)	1	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i> (Neoral)	1	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	4	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC- HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	4	PA; Only NDCs starting with 00074

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	4	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	4	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	4	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	4	PA; Only NDCs starting with 00074
<i>infliximab intravenous recon soln</i> (Remicade) <i>100 mg</i>	4	PA
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	4	PA
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20</i> (Arava) <i>mg</i>	1	
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> (Cellcept) <i>intravenous recon soln 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral</i> (Cellcept) <i>capsule 250 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral</i> (Cellcept) <i>suspension for reconstitution 200</i> <i>mg/ml</i>	4	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i> (Cellcept) <i>500 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate sodium oral</i> (Myfortic) <i>tablet, delayed release (dr/ec) 180</i> <i>mg, 360 mg</i>	1	PA BvD
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	4	PA NSO

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	4	PA BvD
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	4	PA
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	4	PA
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	4	PA
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	4	PA
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	4	PA
OTEZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 75 MG	4	PA
PROGRAF INTRAVENOUS (tacrolimus) SOLUTION 5 MG/ML	3	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	3	PA BvD
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	3	ST
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG (auranofin)	4	
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	4	PA; QL (360 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	4	PA
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	4	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML (ustekinumab-aekn)	2	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab-aekn)	4	PA
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i> (Rapamune)	1	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Rapamune)	1	PA BvD
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	4	PA
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML (ustekinumab)	4	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab)	4	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (ustekinumab)	4	PA
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	1	PA BvD
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	4	PA; QL (180 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TREMFYA 100 MG/ML ONE-PRESS SUV, P/F	4	PA
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)	4	PA
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	4	PA
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	4	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	4	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	4	PA
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	4	PA
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	4	PA
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	4	PA
<i>ustekinumab intravenous solution</i> (Stelara) <i>130 mg/26 ml</i>	4	PA
<i>ustekinumab subcutaneous</i> (Stelara) <i>solution 45 mg/0.5 ml</i>	4	PA
<i>ustekinumab subcutaneous syringe</i> (Stelara) <i>45 mg/0.5 ml, 90 mg/ml</i>	4	PA
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	4	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	4	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	4	PA
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	4	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	2	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	2	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	4	PA
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS (adalimumab-aaty) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	4	PA
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR (adalimumab-aaty) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	4	PA
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS (adalimumab-aaty) SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	4	PA
Vacunas		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	2	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	2	\$0 copay

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	2	\$0 copay
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	2	\$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	2	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	2	\$0 copay
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	2	
DENGVAIXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	2	QL (3 per 365 days)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	2	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	2	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	2	PA BvD; \$0 copay

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	2	\$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	2	\$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	2	\$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	2	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	2	PA BvD; \$0 copay
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	2	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	2	PA BvD; \$0 copay
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25- 58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	2	
IPOLE INJECTION SUSPENSION 40- 8-32 UNIT/0.5 ML	2	\$0 copay
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	2	\$0 copay
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	2	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	2	\$0 copay
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG- 10LF/0.5 ML	2	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	2	
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) INTRAMUSCULAR KIT 0.5 ML	2	\$0 copay
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10-5 MCG	2	\$0 copay

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PENMENVY MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	2	
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2-3.3CCID50/0.5ML	2	\$0 copay
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3-3.99 TCID50/0.5	2	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	2	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	2	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	2	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	2	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	2	PA BvD; \$0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	2	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	2	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	2	\$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	2	\$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	2	\$0 copay
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	2	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	2	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (typhoid vi polysacch vaccine)	2	\$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	2	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	2	\$0 copay

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	2	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	2	\$0 copay
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	2	\$0 copay
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	2	\$0 copay
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	2	\$0 copay
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT	2	\$0 copay
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	2	\$0 copay
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i> (Acetazolamide)	1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i> (Acetazolamide)	1	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i> (Acetazolamide Sodium)	1	
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Betaxolol HCl)	1	
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i> (Bimatoprost)	1	QL (2.5 per 25 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %</i> (Alphagan P)	1	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i> (Alphagan P)	1	
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i> (Combigan)	1	
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Azopt)	1	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Carteolol HCl)	1	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i> (Trusopt)	1	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i> (Cosopt)	1	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i> (Xalatan)	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Levobunolol HCl)	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	2	QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Methazolamide)	1	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i> (Vuity)	1	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	2	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	2	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	2	
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %</i> (Zioptan)	1	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i> (Timoptic)	1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i> (Timoptic-Xe)	1	
<i>timolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Betimol)	1	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i> (Travatan Z)	1	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	3	QL (5 per 30 days)
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta		
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i> (Acetic Acid)	1	
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i> (Bacitracin)	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (Bacitracin/Polymyxin B Sulfate)	1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i> (Ciprofloxacin HCl)	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i> (Ciprodex)	1	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i> (Erythromycin Base)	1	QL (3.5 per 4 days)
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Zymaxid)	1	
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i> (Gentamicin Sulfate)	1	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i> (Gentamicin Sulfate)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	(Hydrocortisone/Acetic Acid)	1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	(Vigamox)	1	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %		3	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	(Neomycin/Bacit/P-Myx/Hydrocort)	1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	(Neomycin/Bacitracin/Polymyxinb)	1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	(Maxitrol)	1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	(Maxitrol)	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	(Neomycin/Polymyxn B/Gramicidin)	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	(Neomycin/Polymyxin B/Hydrocort)	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	(Neomycin/Polymyxin B/Hydrocort)	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	(Neomycin/Polymyxin B/Hydrocort)	1	
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	(Neomycin/Bacit/P-Myx/Hydrocort)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	(Neomycin/Bacitracin/ Polymyxinb)	1	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	(Ocuflor)	1	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	(Ocuflor)	1	
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	(Bacitracin/Polymyxin B Sulfate)	1	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	(Polymyxin B Sulf/Trimethoprim)	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	(Sulfacetamide Sodium)	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	(Sulfacetamide Sodium)	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	(Sulfacetamide/Predni solone Sp)	1	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	(Tobramycin)	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	(Tobradex)	1	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	(Trifluridine)	1	
XDEMZY OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %		4	PA; QL (10 per 42 days)
ZIRGAN OPTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %		3	
ZYLET OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %		2	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta			

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> (Prolensa) 0.07 %	1	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> (Prolensa) 0.075 %	1	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> (Prolensa) 0.09 %	1	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette</i> 0.05 % (Restasis)	1	QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops</i> 0.1 % (Dexamethasone Sodium Phosphate)	1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops</i> 0.1 % (Diclofenac Sodium)	1	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops</i> 0.05 % (Durezol)	1	
EYSUVIS OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	2	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol</i> 25 mcg (0.025 %) (Flunisolide)	1	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops</i> 0.01 % (Dermotic)	1	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension</i> 0.1 % (FML)	1	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops</i> 0.03 % (Flurbiprofen Sodium)	1	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension</i> 50 mcg/actuation (Fluticasone Propionate)	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	2	
INVELTYS OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	2	QL (5.6 per 14 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops</i> 0.5 % (Acular)	1	QL (10 per 25 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	2	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	2	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i> (Lotemax)	1	QL (10 per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i> (Alrex)	1	ST
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i> (Alrex)	1	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i> (Mometasone Furoate)	1	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Pred Forte)	3	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Prednisolone Sodium Phosphate)	1	
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	2	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Apraclonidine HCl)	1	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Isopto Atropine)	1	
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i> (Azelastine HCl)	1	QL (60 per 30 days)
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i> (Azelastine HCl)	1	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i> (Azelastine HCl)	1	
<i>bepotastine besilate ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i> (Bepreve)	1	ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i> (Cromolyn Sodium)	1	
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i> (Epinastine HCl)	1	
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i> (Ipratropium Bromide)	1	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i> (Ipratropium Bromide)	1	QL (15 per 10 days)
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 %	2	QL (12 per 28 days)
<i>olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %</i> (Patanase)	1	QL (30.5 per 30 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Olopatadine HCl)	1	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i> (Olopatadine HCl)	1	
Agentes Terapeuticos		
Misceláneos		
Agentes Terapeuticos		
Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	4	PA
ANDEMBRY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/1.2 ML	4	PA
BAQSIMI NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION	2	
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i> (Cystadane)	4	PA
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Buspirone HCl)	1	
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	4	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML	4	PA
EVRYSDI ORAL TABLET 5 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>glucagon emergency kit (human) injection recon soln 1 mg</i> (Glucagen)	2	
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i> (Glutamine)	4	PA; QL (180 per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	2	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	2	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	2	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Vistaril)	1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Leucovorin Calcium)	1	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i> (Carnitor)	1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i> (Carnitor)	1	
<i>mesna oral tablet 400 mg</i> (Mesnex)	4	
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i> (Rectiv)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i> (Mestinon)	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i> (Mestinon)	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> (Mestinon)	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i> (Mestinon)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 80 MG/0.5 ML (160 MG/ML)	4	PA
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SYRINGE 128 MG/0.8 ML, 160 MG/ML	4	PA
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	4	PA; QL (4 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	4	PA; QL (2 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	4	PA; QL (4 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	4	PA NSO; QL (56 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	4	PA NSO; QL (224 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	2	QL (30 per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE	4	PA; QL (12 per 30 days)

Agentes Vasodilatadores

Agentes Vasodilatadores

ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	4	PA; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (Cialis)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Letairis)	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i> (Tracleer)	4	PA; LA; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Viagra)	1	PA; QL (360 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i> (Cialis)	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i> (Cialis)	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i> (Treprostinil Sodium)	4	PA
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML)	4	PA
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	4	PA; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	4	PA; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	4	PA
Analgésicos		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i> (Flector)	3	PA; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i> (Diclofenac Potassium)	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i> (Diclofenac Sodium)	1	
<i>diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 25 mg</i> (Diclofenac Sodium)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i> (Diclofenac Sodium)	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg</i> (Diclofenac Sodium)	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i> (Diclofenac Sodium)	1	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i> (Diclofenac Sodium)	1	PA; QL (100 per 28 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i> (Pennsaid)	4	PA; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 50-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	1	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 75-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	1	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i> (Diflunisal)	1	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Etodolac)	1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	1	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i> (Lodine)	1	
<i>fenoprofen oral tablet 600 mg</i> (Nalfon)	1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i> (Flurbiprofen)	1	
<i>ibu oral tablet 400 mg</i> (Ibuprofen)	1	QL (240 per 30 days)
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Ibuprofen)	1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Ibuprofen)	1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i> (Ibuprofen)	1	QL (240 per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Ibuprofen)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet</i>	(Duexis)	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>800-26.6 mg</i>			
<i>indomethacin oral capsule 25 mg,</i>	(Indomethacin)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>50 mg</i>			
<i>indomethacin oral capsule,</i>	(Indomethacin)	1	
<i>extended release 75 mg</i>			
<i>ketoprofen oral capsule,ext rel.</i>	(Ketoprofen)	1	
<i>pellets 24 hr 200 mg</i>			
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	(Ketorolac Tromethamine)	1	PA-HRM; QL (20 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	(Mefenamic Acid)	1	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	(Meloxicam)	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	(Nabumetone)	1	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	(Naproxen)	1	
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i>	(Naproxen)	1	
<i>naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg, 500 mg</i>	(Naproxen)	1	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg</i>	(Feldene)	1	
<i>piroxicam oral capsule 20 mg</i>	(Feldene)	1	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	(Sulindac)	1	
Analgésicos, Varios			
<i>acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5 ml cup inner 300 mg-30 mg /12.5 ml</i>	(Acetaminophen with Codeine)	1	QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	(Acetaminophen with Codeine)	1	QL (4500 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i> (Acetaminophen with Codeine)	1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i> (Acetaminophen with Codeine)	1	QL (180 per 30 days)
<i>ascomp with codeine oral capsule 30-50-325-40 mg</i> (Codeine/Butalbital/Asa/Caffein)	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i> (Butrans)	1	QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-300-40-30 mg, 50-325-40-30 mg</i> (Fioricet with Codeine)	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg</i> (Esgic)	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg</i> (Esgic)	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i> (Esgic)	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i> (Butalbital/Aspirin/Caffeine)	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butorphanol nasal spray, non-aerosol 10 mg/ml</i> (Butorphanol Tartrate)	1	QL (5 per 28 days)
<i>codeine sulfate oral tablet 15 mg, 60 mg</i> (Codeine Sulfate)	3	QL (180 per 30 days)
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg</i> (Codeine Sulfate)	1	QL (180 per 30 days)
<i>codeine-bitalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg</i> (Codeine/Butalbital/Asa/Caffein)	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	1	QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	1	QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	(Actiq)	4	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	(Actiq)	1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	(Fentanyl)	1	QL (10 per 30 days)
<i>fioricet oral capsule 50-300-40 mg</i>	(Esgic)	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml</i>	(Hydrocodone/Acetaminophen)	1	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 10-325 mg, 7.5-300 mg, 7.5-325 mg</i>	(Hydrocodone/Acetaminophen)	1	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-300 mg, 5-325 mg</i>	(Hydrocodone/Acetaminophen)	1	QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	(Hydrocodone/Ibuprofen)	1	QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml</i>	(Hydromorphone HCl/PF)	1	
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i>	(Dilaudid)	1	QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	(Dilaudid)	1	QL (180 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i> (Methadone HCl)	1	QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i> (Methadone HCl)	1	QL (1200 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i> (Diskets)	1	QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i> (Diskets)	1	QL (180 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i> (Morphine Sulfate)	1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i> (Morphine Sulfate)	1	QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i> (Morphine Sulfate)	1	QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	3	QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	3	QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg</i> (MS Contin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	1	QL (90 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 60 mg</i> (MS Contin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i> (Oxycodone HCl)	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral concentrate 20 mg/ml</i> (Oxycodone HCl)	1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i> (Oxycodone HCl)	1	QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Roxicodone)	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i> (Roxicodone)	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Oxycodone HCl/Acetaminophen)	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Oxycodone HCl/Acetaminophen)	1	QL (360 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	1	QL (240 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 10 mg</i>	(Oxymorphone HCl)	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 5 mg</i>	(Oxymorphone HCl)	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	(Oxymorphone HCl)	1	QL (60 per 30 days)
<i>tencon oral tablet 50-325 mg</i>	(Bupap)	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	(Tramadol HCl)	1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	(Tramadol HCl/Acetaminophen)	1	QL (300 per 30 days)
<i>zebutal oral capsule 50-325-40 mg</i>	(Esgic)	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)

Anestésicos

Anestesia Local

<i>dermacinrx lidocan 5% patch outer</i>	(Lidoderm)	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	(Lidocaine HCl)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	(Lidocaine HCl)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	(Lidocaine HCl)	1	PA
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	(Lidoderm)	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	(Lidocaine)	1	PA; QL (240 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i>	(Lidocaine HCl)	1	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	(Lidocaine/Prilocaine)	1	PA; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (Lidoderm)	1	PA; QL (90 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %	2	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados		
Antagonistas De Metales Pesados		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu Sprinkle)	4	PA
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu)	1	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg</i> (Exjade)	1	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg</i> (Exjade)	4	PA
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i> (Ferriprox)	4	PA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	4	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen)	4	PA
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	4	PA; QL (240 per 30 days)
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> (Cleocin)	1	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i> (Vandazole)	1	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i> (Terconazole)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i> (Terconazole)	1	
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i> (Amikacin Sulfate)	1	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	4	PA; QL (235.2 per 28 days)
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i> (Gentamicin Sulfate)	1	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i> (Gentamicin Sulfate/PF)	1	
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i> (Gentamicin Sulfate/PF)	1	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i> (Neomycin Sulfate)	1	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i> (Streptomycin Sulfate)	4	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	4	QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	4	PA BvD
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i> (Bethkis)	4	PA BvD
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i> (Tobramycin Sulfate)	1	
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin HCl)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clindamycin pediatric oral recon soln 75 mg/5 ml</i>	(Cleocin Pediatric)	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	(Cleocin Phosphate)	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i>	(Cleocin Phosphate)	1	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i>	(Coly-Mycin M Parenteral)	4	
<i>daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg</i>	(Cubicin)	4	
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram</i>	(Monurol)	1	
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i>	(Zyvox)	1	
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	(Zyvox)	4	
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	(Zyvox)	1	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	(Hiprex)	1	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i>	(Metronidazole/Sodium Chloride)	1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	(Metronidazole)	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	(Macrochant/Macrobid)	1	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohydrate/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	(Macrobid)	1	QL (60 per 30 days)
<i>polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit</i>	(Polymyxin B Sulfate)	1	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	(Trimethoprim)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>vancomycin intravenous recon soln</i> (Vancomycin HCl) 1,000 mg, 1.25 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg	1	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin HCl)	1	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin HCl)	1	QL (112 per 14 days)
<i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i> (Firvanq)	1	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	2	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	4	PA; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam		
Misceláneos		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Azactam)	1	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	4	PA; LA
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i> (Invanz)	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i> (Primaxin)	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin)	1	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i> (Meropenem)	1	
<i>meropenem intravenous recon soln 2 gram</i> (Meropenem)	3	
Cefalosporinas		
<i>cefactor oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Cefactor)	1	
<i>cefactor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i> (Cefactor)	1	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i> (Cefadroxil)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i> (Cefadroxil)	1	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i> (Cefadroxil)	1	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i> (Cefazolin Sodium)	1	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i> (Cefdinir)	1	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i> (Cefdinir)	1	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Cefepime HCl)	1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i> (Suprax)	1	
<i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i> (Suprax)	1	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i> (Cefoxitin Sodium)	1	
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i> (Cefpodoxime Proxetil)	1	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Cefpodoxime Proxetil)	1	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i> (Cefprozil)	1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cefprozil)	1	
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (Ceftazidime)	1	
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i> (Ceftriaxone Sodium)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cefuroxime Axetil)	1	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i> (Cefuroxime Sodium)	1	
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i> (Cefuroxime Sodium)	1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Cephalexin)	1	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i> (Cephalexin)	1	
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cephalexin)	1	
<i>tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (Ceftazidime)	1	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	4	
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Zithromax)	1	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zithromax)	1	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (Zithromax)	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg</i> (Zithromax)	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zithromax)	1	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i> (Clarithromycin)	1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Clarithromycin)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i> (Clarithromycin)	1	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	4	QL (136 per 10 days)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG (fidaxomicin)	4	QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (Eryped 200)	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (Eryped 200)	1	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Ery-Tab)	1	
<i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i> (Dificid)	4	QL (20 per 10 days)
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Amoxicillin)	1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i> (Amoxicillin)	1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i> (Amoxicillin)	1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i> (Amoxicillin)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i> (Augmentin)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i> (Augmentin)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i> (Augmentin)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i> (Augmentin XR)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i> (Amoxicillin/Potassium Clav)	1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i> (Ampicillin Trihydrate)	1	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i> (Ampicillin Sodium)	1	
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	3	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Dicloxacillin Sodium)	1	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT	3	
LENTOCILIN S INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT	3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	(Nafcillin Sodium)	1	
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i>	(Penicillin G Potassium)	1	
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	(Penicillin G Procaine)	1	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	(Penicillin V Potassium)	1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	(Penicillin V Potassium)	1	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	(Piperacillin Sodium/Tazobactam)	1	
Quinolonas			
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	(Cipro)	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	(Cipro)	1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	(Ciprofloxacin In 5 % Dextrose)	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	(Levofloxacin In Dextrose 5 %)	1	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	(Levofloxacin)	1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	(Levofloxacin)	1	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag sub, p/f, inner</i>	(Moxifloxacin/Sod.Ace, Sul/Water)	1	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	(Moxifloxacin HCl)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i>	(Moxifloxacin/Sod.Ace, Sul/Water)	1	
Sulfonamidas			
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	(Sulfadiazine)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>	(Sulfamethoxazole/Tri methoprim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i>	(Bactrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i>	(Bactrim)	1	
Tetraciclinas			
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	(Demeclocycline HCl)	1	
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i>	(Doxycycline Hyclate)	1	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i>	(Doxycycline Hyclate)	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i>	(Morgidox)	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i>	(Morgidox)	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	(Doryx)	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	(Doryx)	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 200 mg</i>	(Doryx)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i>	(Doxycycline Monohydrate)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i>	(Doxycycline Monohydrate)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	(Doxycycline Monohydrate)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i>	(Avidoxy)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	(Avidoxy)	1	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	(Minocycline HCl)	1	
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	(Minocycline HCl)	1	
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	(Tetracycline HCl)	1	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i>	(Tygacil)	1	
Anticonceptivos			
Anticonceptivos			
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Ortho-Novum)	1	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	(Ortho-Novum)	1	
<i>amethia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(Quartette)	1	QL (91 per 84 days)
<i>amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i> (Ortho-Novum)	1	
<i>ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (Quartette)	1	QL (91 per 84 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Loestrin)	1	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Loestrin)	1	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (Loestrin Fe)	1	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Loestrin Fe)	1	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Loestrin Fe)	1	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (Mircette)	1	
<i>balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i> (Ortho-Novum)	1	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (Loestrin Fe)	1	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Loestrin Fe)	1	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Loestrin Fe)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i> (Ortho-Novum)	1	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i> (Ortho Micronor)	1	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (Norgestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Ortho-Novum)	1	
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i> (Ortho-Novum)	1	
<i>daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (Quartette)	1	QL (91 per 84 days)
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i> (Ortho Micronor)	1	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (Mircette)	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)</i> (Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i> (Yaz)	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i> (Yaz)	1	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (Norgestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (Nuvaring)	1	QL (1 per 28 days)
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i> (Ortho Micronor)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(Nuvaring)	1	QL (1 per 28 days)
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	(Ortho Micronor)	1	
<i>estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Ethinodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(Ethinodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(Nuvaring)	1	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
<i>feirza oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>gemmily oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(Taytulla)	1	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(Nuvaring)	1	QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	(Ortho Micronor)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	(Ortho Micronor)	1	
<i>introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	QL (91 per 84 days)
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(Quartette)	1	QL (91 per 84 days)
<i>jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(Yaz)	1	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	(Ortho Micronor)	1	
<i>jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	3	QL (91 per 84 days)
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(Loestrin)	1	
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(Loestrin)	1	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Mircette)	1	
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Ethinodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(Ethinodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG		3	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(Quartette)	1	QL (91 per 84 days)
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg</i>	(Quartette)	1	QL (91 per 84 days)
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(Quartette)	1	QL (91 per 84 days)
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(Loestrin)	1	
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(Loestrin)	1	
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i>	(Balcoltra)	3	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG		2	
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(Yaz)	1	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(Norgestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(Yaz)	1	
<i>luizza oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	(Loestrin)	1	
<i>luter (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	(Ortho Micronor)	1	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	(Ortho Micronor)	1	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
<i>meleya oral tablet 0.35 mg</i>	(Ortho Micronor)	1	
<i>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(Taytulla)	1	
<i>microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(Loestrin)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>microgestin 1/20 (21) oral tablet</i> (Loestrin) <i>1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>microgestin 24 fe oral tablet 1 mg-</i> (Loestrin Fe) <i>20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28) oral</i> (Loestrin Fe) <i>tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg</i> <i>(7)</i>	1	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet</i> (Loestrin Fe) <i>1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>mili oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (Ortho Tri-Cyclen)	1	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG	3	
<i>mono-lynyah oral tablet 0.25-0.035</i> (Ortho Tri-Cyclen) <i>mg</i>	1	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG	2	
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> (Yaz)	1	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i> (Norelgestromin/Ethin. <i>transdermal patch weekly 150-35</i> Estradiol) <i>mcg/24 hr</i>	1	QL (3 per 28 days)
<i>norethindrone (contraceptive) oral</i> (Ortho Micronor) <i>tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral</i> (Loestrin) <i>tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral</i> (Loestrin) <i>tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral</i> (Taytulla) <i>capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg</i> <i>(4)</i>	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral</i> (Loestrin Fe) <i>tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral</i> (Loestrin Fe) <i>tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg</i> <i>(7)</i>	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral</i> (Loestrin Fe) <i>tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-</i> <i>35mcg (9)</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral</i> (Ortho Tri-Cyclen) <i>tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025</i> <i>mg</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral</i> (Ortho Tri-Cyclen) <i>tablet 0.18/0.215/0.25 mg-</i> <i>0.035mg (28)</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral</i> (Ortho Tri-Cyclen) <i>tablet 0.25-0.035 mg</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35</i> (Ortho-Novum) <i>mg-mcg (21)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35</i> (Ortho-Novum) <i>mg-mcg</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet</i> (Ortho-Novum) <i>0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35</i> (Ortho-Novum) <i>mg-mcg</i>	1	
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet</i> (Ortho-Novum) <i>0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>orquidea oral tablet 0.35 mg</i> (Ortho Micronor)	1	
<i>philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i> (Ortho-Novum)	1	
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02</i> (Mircette) <i>mgx21 /0.01 mg x 5</i>	1	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03</i> (Desogestrel-Ethinyl <i>mg</i> Estradiol)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>rosyrah oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg</i> (Quartette)	1	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i> (Ortho Micronor)	1	
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (Mircette)	1	
<i>simpesse oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (Quartette)	1	QL (91 per 84 days)
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG	3	
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
<i>syeda oral tablet 3-0.03 mg</i> (Yaz)	1	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (Loestrin Fe)	1	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Loestrin Fe)	1	
<i>taysofy oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (Taytulla)	1	
<i>tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (Loestrin Fe)	1	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> (Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (Loestrin Fe)	1	
<i>tri-lynyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> (Ortho Tri-Cyclen)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tri-lo-estarylla oral tablet</i> <i>0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>tri-lo-marzia oral tablet</i> <i>0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>tri-lo-mili oral tablet</i> <i>0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet</i> <i>0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>tri-nymyo oral tablet</i> <i>0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet</i> <i>0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
<i>tri-vylibra lo oral tablet</i> <i>0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>tri-vylibra oral tablet</i> <i>0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(Norgestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>valtya oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	(Ethinodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg</i>	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(Yaz)	1	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
<i>violele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Mircette)	1	
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Mircette)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	(Ortho-Novum)	1	
<i>vylibra oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(Norelgestromin/Ethin. Estradiol)	1	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(Norelgestromin/Ethin. Estradiol)	1	QL (3 per 28 days)
<i>zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Ethinodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Ethinodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg</i>	(Yaz)	1	
Anticonvulsivos			
Anticonvulsivos			
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML		4	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		4	QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	(brivaracetam)	4	QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine 100 mg/5 ml cup outer 100 mg/5 ml (5 ml)</i>	(Tegretol)	1	
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	(Carbatrol)	1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	(Tegretol)	1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	(Tegretol)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>carbamazepine oral tablet</i> (Tegretol XR) <i>extended release 12 hr 100 mg,</i> <i>200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>carbamazepine oral</i> (Carbamazepine) <i>tablet, chewable 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>clobazam oral suspension 2.5</i> (Onfi) <i>mg/ml</i>	1	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Onfi)	1	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	4	PA NSO; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	4	PA NSO; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-</i> (Diastat) <i>20 mg, 5-7.5-10 mg</i>	1	
<i>diazepam rectal kit 2.5 mg</i> (Diastat)	3	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	3	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel</i> (Depakote Sprinkle) <i>sprinkle 125 mg</i>	1	
<i>divalproex oral tablet extended</i> (Depakote ER) <i>release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>divalproex oral tablet, delayed</i> (Depakote) <i>release (dr/ec) 125 mg, 250 mg,</i> <i>500 mg</i>	1	
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,000 MG	4	ST; QL (90 per 30 days)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,500 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	4	PA NSO
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (Tegretol)	1	
<i>eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg</i> (Aptiom)	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Aptiom)	4	ST; QL (60 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	1	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i> (Felbatol)	1	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	1	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	4	PA NSO
<i>fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml</i> (Cerebyx)	1	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	4	ST; QL (720 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	1	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	1	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	1	QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i> (Vimpat)	1	QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	1	QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	1	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Lamictal)	1	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) -50 mg (7)</i> (Lamictal Odt (Blue))	1	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7)</i> (Lamictal Odt (Blue))	1	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 50 mg (42) -100 mg (14)</i> (Lamictal Odt (Blue))	1	
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i> (Lamictal XR)	1	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	1	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Lamictal Odt)	1	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	1	
<i>levetiracetam oral tablet for suspension 250 mg</i> (Levetiracetam)	1	ST
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	3	QL (10 per 30 days)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	3	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	1	
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg</i> (Fycompa)	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i> (Fycompa)	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i> (Fycompa)	4	ST; QL (60 per 30 days)
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i> (Phenobarbital)	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i> (Phenobarbital)	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>phenytek oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Dilantin)	1	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	1	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin)	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin)	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Dilantin)	1	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i> (Phenytoin Sodium)	1	
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i> (Phenytoin Sodium)	1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	1	QL (90 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	1	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	1	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i> (Mysoline)	1	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	1	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	4	ST
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	1	ST
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	4	ST
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	PA BvD
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 500 MG, 750 MG	3	ST
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG (levetiracetam)	3	ST
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Lamictal)	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Gabitril)	1	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax)	1	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 50 mg</i> (Topamax)	1	
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i> (Eprontia)	1	ST
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	1	
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i> (Valproic Acid (As Sodium Salt))	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	(Valproic Acid (As Sodium Salt))	1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	(Valproic Acid)	1	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)		4	QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i>	(Sabril)	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	(Vigabatrin)	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i>	(Sabril)	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i>	(Vigabatrin)	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i>	(Sabril)	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)		4	QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		4	QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		4	QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)		3	
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)		4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	3	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	1	
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i> (Zonegran)	1	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	PA NSO; QL (1080 per 30 days)
Antidepresivos		
Antidepresivos		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Amitriptyline HCl)	1	
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i> (Amitriptyline/Chlordiazepoxide)	1	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Amoxapine)	1	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	4	ST
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i> (Bupropion HCl)	1	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i> (Forfivo XL)	1	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Wellbutrin SR)	1	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i> (Citalopram Hydrobromide)	1	
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i> (Celexa)	1	QL (120 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (Celexa)	1	QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Anafranil)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin)	1	
<i>desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Norpramin)	1	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Pristiq)	1	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Doxepin HCl)	1	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i> (Doxepin HCl)	1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	3	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	3	ST; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cymbalta)	1	QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i> (Cymbalta)	1	QL (30 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i> (Escitalopram Oxalate)	1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Lexapro)	1	
EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EXXUA ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 18.2 MG (32 TABS)	4	PA NSO
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	3	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	3	ST; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg</i> (Prozac)	1	
<i>fluoxetine oral capsule 40 mg</i> (Prozac)	1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i> (Fluoxetine HCl)	1	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Fluvoxamine Maleate)	1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Imipramine HCl)	1	
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i> (Imipramine Pamoate)	1	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	3	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Remeron)	1	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i> (Remeron)	1	
<i>mirtazapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Remeron)	1	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nefazodone HCl)	1	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Pamelor)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i> (Nortriptyline HCl)	1	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i> (Paxil)	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Paxil)	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i> (Paxil CR)	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i> (Perphenazine/Amitriptyline HCl)	1	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i> (Nardil)	1	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Protriptyline HCl)	1	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	PA NSO; QL (1200 per 30 days)
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	1	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	1	
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	4	PA NSO
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	1	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i> (Trazodone HCl)	1	
<i>trazodone oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Trimipramine Maleate)	1	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	2	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	(Venlafaxine Besylate)	3	QL (60 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg</i>	(Effexor XR)	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i>	(Effexor XR)	1	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	(Venlafaxine HCl)	1	
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg</i>	(Venlafaxine HCl)	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 75 mg</i>	(Venlafaxine HCl)	1	QL (90 per 30 days)
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	(Viibryd)	1	QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG		4	PA NSO; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG		4	PA NSO; QL (14 per 14 days)

Antifúngicos

Antifúngicos

ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML		3	PA BvD
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	(Amphotericin B)	1	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i>	(Ambisome)	4	PA BvD
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>	(Loprox)	1	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical gel 0.77 %</i>	(Ciclopirox)	1	
<i>ciclopirox topical shampoo 1 %</i>	(Loprox)	1	
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i>	(Ciclodan)	1	QL (19.8 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i> (Loprox)	1	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i> (Clotrimazole)	1	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i> (Clotrimazole)	1	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i> (Clotrimazole)	1	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i> (Clotrimazole/Betamet hasone Dip)	1	QL (90 per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i> (Clotrimazole/Betamet hasone Dip)	1	
CRESEMBA INTRAVENOUS RECON SOLN 372 MG	4	
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	4	PA
<i>econazole nitrate topical cream 1 %</i> (Econazole Nitrate)	1	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i> (Fluconazole In Nacl,Iso-Osm)	1	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i> (Diflucan)	1	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml</i> (Diflucan)	1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Diflucan)	1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	4	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Griseofulvin, Microsize)	1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i> (Griseofulvin, Microsize)	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 165 mg, 250 mg</i> (Griseofulvin Ultramicrosize)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	1	
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i> (Sporanox)	4	PA
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i> (Ketoconazole)	1	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i> (Ketoconazole)	1	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical foam 2 %</i> (Extina)	1	ST; QL (100 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i> (Ketoconazole)	1	QL (360 per 30 days)
<i>miconazole intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i> (Mycamine)	1	
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i> (Miconazole Nitrate)	1	
NOXAFIL ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG	4	PA
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i> (Nystatin)	1	
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i> (Nystatin)	1	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i> (Nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i> (Nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i> (Nystatin/Triamcinolone Acet)	1	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i> (Nystatin/Triamcinolone Acet)	1	
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nystatin)	1	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Noxafil)	4	PA
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i> (Noxafil)	4	PA
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i> (Terbinafine HCl)	1	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV)	4	PA BvD
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	4	PA
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i> (Vfend)	1	
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i> (Carbinoxamine Maleate)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i> (Clemastine Fumarate)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>clemasz oral tablet 2.68 mg</i> (Clemastine Fumarate)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>clemsza oral tablet 2.68 mg</i> (Clemastine Fumarate)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i> (Cyproheptadine HCl)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i> (Cyproheptadine HCl)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i> (Hydroxyzine HCl)	1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Hydroxyzine HCl)	1	
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i> (Levocetirizine Dihydrochloride)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	(Levocetirizine Dihydrochloride)	1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	(Promethazine HCl)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
Antimicobacteriales			
Antimicobacteriales			
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	(Dapsone)	1	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	(Myambutol)	1	
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	(Isoniazid)	1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	(Isoniazid)	1	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG		3	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	(Pyrazinamide)	1	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	(Mycobutin)	1	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i>	(Rifadin)	1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	(Rifampin)	1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG		4	PA
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG		3	
Antivirales (Sitémico)			
Antirretrovirales			
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i>	(Ziagen)	1	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	(Ziagen)	1	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	(Epzicom)	1	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		4	
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	(Reyataz)	1	
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	(Reyataz)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	4	QL (30 per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	4	
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i> (Cabotegravir)	4	QL (24 per 365 days)
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i> (Cabotegravir)	4	QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	4	
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i> (Prezista)	1	
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i> (Prezista)	4	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	4	
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	4	
<i>didanosine oral capsule,delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i> (Didanosine)	1	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	4	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	4	
EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 MG	4	
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i> (Efavirenz)	1	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i> (Efavirenz)	1	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofof oral tablet 600-200-300 mg</i> (Atripla)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> (Symfi) <i>oral tablet 400-300-300 mg</i>	4	
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> (Symfi) <i>oral tablet 600-300-300 mg</i>	4	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	1	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral</i> (Truvada) <i>tablet 100-150 mg, 167-250 mg,</i> <i>200-300 mg</i>	1	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral</i> (Truvada) <i>tablet 133-200 mg</i>	4	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral</i> (Complera) <i>tablet 200-25-300 mg</i>	4	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	3	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	3	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200</i> (Intelence) <i>mg</i>	4	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	4	
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i> (Lexiva)	4	
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	4	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150- 200-10 MG	4	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	3	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	4	
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	4	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	4	
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	2	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	4	
KALETRA ORAL SOLUTION 400- (lopinavir-ritonavir) 100 MG/5 ML	3	QL (480 per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	1	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i> (Epivir)	1	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg,</i> (Epivir) <i>300 mg</i>	1	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet</i> (Combivir) <i>150-300 mg</i>	1	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	3	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution</i> (Kaletra) <i>400-100 mg/5 ml</i>	1	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-</i> (Kaletra) <i>25 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-</i> (Kaletra) <i>50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300</i> (Selzentry) <i>mg</i>	4	
<i>nevirapine oral suspension 50</i> (Nevirapine) <i>mg/5 ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i> (Nevirapine)	1	QL (60 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended</i> (Nevirapine) <i>release 24 hr 100 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended</i> (Nevirapine) <i>release 24 hr 400 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	3	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	4	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	4	
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG-MG	4	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	4	
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	4	
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	3	
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	3	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	4	
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i> (Rilpivirine)	4	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir)	1	
RUKOBI ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	4	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	4	
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	2	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	4	
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Stavudine)	1	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	4	
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK), 300 MG (5-TABLET PACK)	4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	4	PA BvD
SYMITUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	4	
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	4	
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	3	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	4	
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	4	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	4	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	3	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	4	
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	4	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	4	QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	4	
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	4	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	4	
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	3	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	1	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	1	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i> (Zidovudine)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	4	PA; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	4	PA; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	4	PA; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG (sofosbuvir-velpatasvir)	4	PA; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	4	PA; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	4	PA; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	4	PA; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (ledipasvir-sofosbuvir)	4	PA; QL (28 per 28 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	4	PA; QL (84 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	4	PA; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	4	PA
oseltamivir oral capsule 30 mg (Tamiflu)	1	QL (84 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg (Tamiflu)	1	QL (48 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 75 mg (Tamiflu)	1	QL (42 per 180 days)
oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml (Tamiflu)	1	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)	1	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)	1	QL (11 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	1	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS ORAL PELLETS IN PACKET 120 MG, 20 MG	4	PA; QL (120 per 30 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	4	PA; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	3	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i> (Flumadine)	1	
Interferones		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	4	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	4	PA
Nucleósidos Y Nucleótidos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i> (Acyclovir)	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i> (Acyclovir)	1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i> (Acyclovir Sodium)	1	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	1	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	1	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Famciclovir)	1	
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i> (Ribavirin)	1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i> (Ribavirin)	1	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i> (Valcyte)	4	
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	1	
Cofactores Enzimáticos/Otros		
Cofactores Enzimáticos/Otros		
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG	4	PA; QL (90 per 30 days)
Dispositivos		
Dispositivos		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 (insulin syringe-needle ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM (pen needle, diabetic) 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 33G 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ALCOHOL 70% SWABS (Alcohol Pads)	1	PA; ST
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, (alcohol swabs) MEDICATED	1	PA; ST
ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL (alcohol swabs) PADS, MEDICATED	1	PA; ST
ALCOHOL WIPES TOPICAL PADS, (alcohol swabs) MEDICATED	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	1	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE (pen needle, diabetic, 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" safety)	1	PA; ST
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
AUTOSHIELD DUO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
BD INS SYR UF 0.3 ML (insulin syringe-needle 12.7MMX30G 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
BD INS SYR UF 0.5 ML (insulin syringe-needle 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL u-100) SALE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" 1 (insulin syringe-needle ML 25 GAUGE X 5/8" u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML (insulin syringe-needle 27GX12.7MM 1 ML 27 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" (insulin syringe-needle MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X u-100) 5/8"	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP (insulin syringe SYRINGE 1 ML needleless)	1	PA; ST
BD LO-DOSE ULTRA-FINE (insulin syringe-needle SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE SYRINGE (insulin syringe-needle 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8" u-100)	1	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
BD SINGLE USE SWAB (alcohol swabs)	1	PA; ST
BD UF MICRO PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
BD UF MINI PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
BD UF NANO PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
BD UF ORIG PEN NDL (pen needle, diabetic) 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
BD UF SHORT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
BD VEO INS SYRING 1 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"		1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G (pen needle, diabetic, 4MM 31 GAUGE X 5/32" safety)	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" (insulin syringe-needle 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" (insulin syringe-needle 1 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"	1	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 4MM 31 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2 (gauze bandage) "	1	PA; ST
CURITY ALCOHOL PREPS 2 (alcohol swabs) PLY,MEDIUM	1	PA; ST
CURITY GAUZE PADS 2 X 2 " (gauze bandage)	1	PA; ST
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	1	PA; ST
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, (gauze bandage) USP TYPE VII 2 X 2 "	1	PA; ST
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	1	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 29G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 30G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30G 8MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 6MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 8MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 29G 12.7MM (insulin syringe-needle 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30G 12.7MM (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
DROPLET INS SYR 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
DROPLET INS SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 6MM (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 15/64" u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 10MM 29 GAUGE X 3/8"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 12MM (pen needle, diabetic) 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 30G 8MM (pen needle, diabetic) 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 5MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 6MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 8MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 4MM (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5MM (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 6MM (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 8MM (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS (alcohol swabs)	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" (insulin syringe-needle 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE (insulin syringe-needle 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PAD	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN 1 ML (insulin syringe-needle SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 4MM 29 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT SYR 0.5 ML 29G 8MM 1/2 ML 29 X5/16 "	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 29G 8MM 1 ML 29 GAUGE X 5/16		1	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2" (insulin syringe-needle 1 ML 27 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS GAMMA-STERILIZED	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML u-100) 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML u-100) 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 u-100) GAUGE X 5/16	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML (insulin syringe-needle RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 (insulin syringe ML needleless)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G (insulin syringe-needle 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G (insulin syringe-needle 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G (insulin syringe-needle 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8" u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 28G (insulin syringe-needle 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 29G (insulin syringe-needle 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML (insulin syringe needleless)	1	PA; ST
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 29G (pen needle, diabetic) 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM (pen needle, diabetic) 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM (pen needle, diabetic) 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE 1/2 (Ultilet Insulin Syringe) ML 29	1	PA; ST
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE (Ultra Comfort Insulin SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE Syringe)	1	PA; ST
EXEL U100 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 (insulin syringe-needle ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	1	PA; ST
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 (insulin syringe-needle 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 (gauze bandage) X 2 "	1	PA; ST
GAUZE PADS 2"X2" STRL 2 X 2 " (Bordered Gauze)	1	PA; ST
GNP CLICKFINE 31G X 1/4" NDL (pen needle, diabetic) 6MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
GNP CLICKFINE 31G X 5/16" NDL (pen needle, diabetic) 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GNP SIMPLI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
GNP ULT CMFRT 0.5 ML 29GX1/2" 1/2 ML 29	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE		1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GS PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(1st Tier Unifine Pentips)	1	PA; ST
GS PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(1st Tier Unifine Pentips)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM (pen needle, diabetic) 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	2	
INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 7/16" (Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (UltiCare Insulin Syr(half unit))	1	PA; ST
INSULIN SYR 0.5 ML 28G 12.7MM (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (RX) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (Easy Touch Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (Sure Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (Sure Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (Easy Touch Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (BD SafetyGlide Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 12.7MM (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (BD Eclipse Luer-Lok)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Sure Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS SYRINGE 1 ML	(Easy Touch Luer Lock Insulin)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE	(Ultilet Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(Monoject Syringe)	1	PA; ST
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 6MM (RX) 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
IV ANTISEPTIC WIPES	(alcohol swabs)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KENDALL ALCOHOL 70% PREP (alcohol swabs) PAD	1	PA; ST
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	1	PA; ST
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR (insulin syringe-needle 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 u-100) ML 30 GAUGE	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 (insulin syringe-needle ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X u-100) 7/16"	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 (insulin syringe-needle ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" (insulin syringe-needle 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" (insulin syringe-needle 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2" (insulin syringe-needle 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" (insulin syringe-needle 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"		1	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
MICRODOT READYGARD NDL (pen needle, diabetic, safety) 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (1st Tier Unifine Pentips)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16" (CareFine Pen Needle)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (CareFine Pen Needle)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16" (Comfort EZ Pen Needles)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" (Advocate Pen Needle)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16" (Comfort EZ Pen Needles)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4" (Comfort EZ Pen Needles)	1	PA; ST
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) STERILE 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
MONOJECT 0.5 ML SYRN (insulin syringe-needle u-100) 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	1	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 (insulin syringe-needle u-100) ML 27 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable))	1 PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1 PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MS INSULIN SYR 1 ML 31GX5/16" (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (Advocate Syringes)	1	PA; ST
MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 (Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
NANO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
NOVOFINE 30 NEEDLE	1	PA; ST
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	1	PA; ST
NOVOTWIST NEEDLE 32 GAUGE X 1/5"	1	PA; ST
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	2	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (10 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	2	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (10 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 8MM (pen needle, diabetic) NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 (Embrace Pen Needle) GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 (CareFine Pen Needle) GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PEN NEEDLE 31G X 1/4" HRI 31 (1st Tier Unifine Pentips) GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
PEN NEEDLE 6MM 31G 6MM 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (1st Tier Unifine Pentips Plus)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 12MM 29G (pen needle, diabetic) 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
PEN NEEDLES 5MM 31G (pen needle, diabetic) 31GX5MM,STRL,MINI (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
PEN NEEDLES 8MM 31G (pen needle, diabetic) 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" 29 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" (pen needle, diabetic) MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" (pen needle, diabetic) SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4" 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
PREFPLS INS SYR 1 ML 30GX5/16" (Advocate Syringes) (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 (insulin syringe-needle u-100) ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
PRO COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G X (pen needle, diabetic) 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 5MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" (insulin syringe-needle u-100) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
PRODIGY SYRNG 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G (pen needle, diabetic, safety) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
PURE COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PURE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G (Comfort Touch Pen Needle) 4MM 31 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
RELION INS SYR 0.3 ML (Comfort EZ Insulin Syringe) 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
RELION INS SYR 0.5 ML (Comfort EZ Insulin Syringe) 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" (Comfort EZ Insulin Syringe) 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" (Comfort EZ PRO Safety Pen Ndl)	1	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
STERILE PADS 2" X 2" 2 X 2 " (gauze bandage)	1	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE (insulin syringe-needle u-100) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE 1 (insulin syringe-needle u-100) ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML (insulin syringe-needle u-100) SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML (insulin syringe-needle u-100) SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SURE COMFORT ALCOHOL PREP (alcohol swabs) PADS	1	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
SURE COMFORT INS 1 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM (pen needle, diabetic) 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML (insulin syringe-needle 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML u-100) 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML (insulin syringe-needle 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML u-100) 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 (insulin syringe-needle ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML (insulin syringe-needle 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 u-100) GAUGE X 5/16	1	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS (alcohol swabs)	1	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" (pen needle, diabetic) 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
TECHLITE PLUS PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML (insulin syringe-needle 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 u-100) GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML (Thinpro Insulin 1 ML 30 GAUGE X 3/8" Syringe)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 (insulin syringe-needle ML 1/2 ML 30 X 3/8" u-100)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 (insulin syringe-needle ML 0.3 ML 30 X 3/8" u-100)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 u-100) ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML (insulin syringe-needle 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML u-100) 30 X 3/8"	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML (insulin syringe-needle 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML u-100) 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 (insulin syringe-needle ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 u-100) GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"	1	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT (insulin syringe-needle SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", u-100) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	1	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS (alcohol swabs)	1	PA; ST
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" (insulin syringe-needle u-100) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle u-100) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 (insulin syringe-needle u-100) ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 (insulin syringe-needle u-100) ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 (insulin syringe-needle u-100) ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 (insulin syringe-needle u-100) ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) (insulin syr/ndl u100 half mark) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 (insulin syringe-needle u-100) ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 30G (Advocate Syringes) 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle u-100) 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G (Advocate Syringes) 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 30G (Advocate Syringes) 8MM (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle u-100) 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G (Advocate Syringes) 8MM (OTC) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle u-100) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM (pen needle, diabetic) 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM (pen needle, diabetic) 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ULTICARE SAFETY 0.5 ML 29GX1/2 (Comfort EZ Insulin (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" Syringe)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 29G (Comfort EZ Insulin 12.7MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" Syringe)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 (insulin syringe-needle ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	1	PA; ST
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB (alcohol swabs)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML (insulin syringe-needle 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML u-100) 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML (insulin syringe-needle 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML u-100) 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2" 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 30G 12.7MM (insulin syringe-needle 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTRA-FINE 0.5 ML 30G 12.7MM (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G (insulin syringe-needle 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64" u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G (insulin syringe-needle 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NDL 29G (pen needle, diabetic) 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA-THIN II PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G (pen needle, diabetic) 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" (pen needle, diabetic) 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32G 4MM 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" (pen needle, diabetic) 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" (pen needle, diabetic) 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" (pen needle, diabetic) ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G (pen needle, diabetic, safety) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "		1	PA; ST
V-GO 20 DEVICE		2	QL (30 per 30 days)
V-GO 30 DEVICE		2	QL (30 per 30 days)
V-GO 40 DEVICE		2	QL (30 per 30 days)
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	(alcohol swabs)	1	PA; ST
Preparaciones De Reemplazo			
Preparaciones De Reemplazo			
d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr intravenous parenteral solution	(Dextrose 5 % and 0.9 % NaCl)	1	
d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution	(Dextrose 5 % and 0.9 % NaCl)	1	
d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	(Dextrose 5 %-0.45 % Sod Chlord)	1	
ISOLYTE S IV SOLUTION-EXCEL SINGLE USE		3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	3	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (Potassium Chloride)	1	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (Potassium Chloride)	1	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (Potassium Chloride)	1	
<i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)</i> (Magnesium Sulfate)	3	
<i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)</i> (Magnesium Sulfate)	1	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION (electrolyte-a)	3	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i> (Potassium Chloride)	1	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i> (Potassium Chloride)	1	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i> (Potassium Chloride)	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq</i> (K-Tab ER)	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 15 meq, 20 meq</i> (K-Tab ER)	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i> (K-Tab ER)	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (Potassium Chloride)	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (Potassium Chloride)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 20 meq</i>	(Potassium Chloride)	1	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	(Potassium Chloride-0.45% NaCl)	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i>	(Urocit-K)	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i>	(Urocit-K)	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	(Urocit-K)	1	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	(Sodium Chloride 0.45 %)	1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	(0.9 % Sodium Chloride)	1	
<i>sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use</i>	(0.9 % Sodium Chloride)	1	
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen			
Agentes Hematológicos, Varios			
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i>	(Agrylin)	1	
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	(Agrylin)	1	
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG		4	PA; QL (30 per 30 days)
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG		3	
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	(Tranexamic Acid)	1	
Anticoagulantes			

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dabigatran etexilate oral capsule</i> (Pradaxa) <i>110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	2	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	2	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	2	QL (74 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 0.5 MG, 1.5 MG (0.5 MG X 3), 2 MG (0.5 MG X 4)	2	QL (960 per 30 days)
ELIQUIS SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.15 MG	2	QL (120 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) <i>100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) <i>120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	1	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) <i>30 mg/0.3 ml</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) <i>40 mg/0.4 ml</i>	1	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) <i>60 mg/0.6 ml</i>	1	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous</i> (Arixtra) <i>syringe 10 mg/0.8 ml</i>	4	QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous</i> (Arixtra) <i>syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous</i> (Arixtra) <i>syringe 5 mg/0.4 ml</i>	4	QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous</i> (Arixtra) <i>syringe 7.5 mg/0.6 ml</i>	4	QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection solution</i> (Heparin <i>1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml,</i> Sodium,Porcine) <i>20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<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> (Warfarin Sodium)	1	
<i>rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml</i> (Rivaroxaban)	1	QL (600 per 30 days)
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i> (Xarelto)	1	
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (Warfarin Sodium)	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	2	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML (rivaroxaban)	2	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (rivaroxaban)	2	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG (rivaroxaban)	2	QL (60 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG (rivaroxaban)	2	ST; QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i> (Aspirin/Dipyridamole)	1	
BRILINTA ORAL TABLET 90 MG (ticagrelor)	2	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Cilostazol)	1	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Dipyridamole)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i> (Pentoxifylline)	1	
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i> (Brilinta)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Modificadores De Formación De Sangre		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG	4	PA; QL (60 per 30 days)
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	4	PA
DOPTelet (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	4	PA; QL (60 per 30 days)
DOPTelet (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	4	PA; QL (60 per 30 days)
DOPTelet (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	4	PA; QL (60 per 30 days)
DOPTelet SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg</i> (Promacta)	4	PA; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 25 mg</i> (Promacta)	4	PA; QL (180 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg</i> (Promacta)	4	PA; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 25 mg</i> (Promacta)	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg</i> (Promacta)	4	PA; QL (60 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	4	PA; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	4	PA; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	4	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	4	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025

Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	4	PA
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	2	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	2	PA; QL (4 per 28 days)
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SYRINGE 13.2 MG/0.6 ML	4	PA
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	4	PA
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	4	PA
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 - 60,000 UNIT, 24,000-76,000 - 120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 - 30,000 UNIT	2	
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	4	PA; QL (14 per 28 days)
<i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg (Kuvan)</i>	4	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i> (Zavesca)	4	PA; QL (90 per 30 days)
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Nitisinone)	4	PA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	4	PA
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	4	PA
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	4	PA BvD
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	4	PA
<i>sapropterin oral tablet,soluble 100 mg</i> (Kuvan)	4	PA
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	4	PA; LA
<i>yargesa oral capsule 100 mg</i> (Zavesca)	4	PA; QL (90 per 30 days)
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 - 63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 - 14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT	2	

Relajantes Musculares Esqueléticos

Relajantes Musculares Esqueléticos

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Baclofen)	1	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Fexmid)	1	
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg</i> (Dantrium)	1	
<i>dantrolene oral capsule 25 mg</i> (Dantrium)	1	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i> (Methocarbamol)	1	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i> (Zanaflex)	1	
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	1	
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron- 1 mg -50 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>o-cal prenatal oral tablet 15 mg iron- 1,000 mcg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>pnv 29-1 oral tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>prena1 true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>prenatal low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>preplus oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>pretab oral tablet 29-1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg- 265 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>virt-c dha oral capsule 35-1-200 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron- 1 mg -300 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>virt-pn plus oral capsule 28-1-300 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>vitafol nano oral tablet 18 mg iron- 1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1- 250 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>vp-pnv-dha oral capsule 28 mg iron- 1 mg-200 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento.

Actualizado: 19 de diciembre de 2025
Efectivo: 1 de enero de 2026

ÍNDICE

1		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS	176	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS.....	176	
A		
<i>abacavir</i>	168	
<i>abacavir-lamivudine</i>	168	
ABELCET	164	
<i>abigale</i>	95	
<i>abigale lo</i>	95	
ABILIFY ASIMTUFII	42	
ABILIFY MAINTENA	42, 43	
<i>abiraterone</i>	3	
<i>abirtega</i>	3	
ABOUTTIME PEN NEEDLE	176	
ABRYSVO (PF)	109	
<i>acamprosate</i>	25	
<i>acarbose</i>	29	
<i>accutane</i>	85	
<i>acebutolol</i>	53	
<i>acetaminophen-codeine</i> ...	127, 128	
<i>acetazolamide</i>	115	
<i>acetazolamide sodium</i>	115	
<i>acetic acid</i>	117	
<i>acetylcysteine</i>	75	
<i>acitretin</i>	85	
ACTHIB (PF)	109	
ACTIMMUNE.....	122	
<i>acyclovir</i>	85, 175	
<i>acyclovir sodium</i>	175	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)..	109, 110	
<i>adapalene</i>	88	
<i>adefovir</i>	175	
ADEMPAS.....	124	
<i>adrucil</i>	3	
ADVAIR HFA.....	77	
ADVOCATE PEN NEEDLE ..	177	
ADVOCATE SYRINGES	176, 177	
<i>afirmelle</i>	142	
AIMOVIG AUTOINJECTOR..	36	
AIRSUPRA.....	77, 79	
AKEEGA.....	3	
<i>ala-cort</i>	82	
<i>ala-scalp</i>	82	
<i>albendazole</i>	39	
<i>albuterol sulfate</i>	79	
<i>alclometasone</i>	82	
ALCOHOL PADS	177	
ALCOHOL PREP PADS.....	200	
ALCOHOL PREP SWABS ...	177	
ALCOHOL SWABS.....	177	
ALCOHOL WIPES.....	177	
ALECENSA.....	3	
<i>alendronate</i>	67, 68	
<i>alfuzosin</i>	93	
<i>aliskiren</i>	65	
<i>allopurinol</i>	35	
<i>alosetron</i>	66	
<i>alprazolam</i>	26	
<i>altavera (28)</i>	142	
ALTRENO.....	88	
ALUNBRIG.....	3	
ALVAIZ	232	
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	142	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	142	
ALYFTREK	75	
<i>alyq</i>	124	
<i>amabelz</i>	95	
<i>amantadine hcl</i>	40	
<i>ambrisentan</i>	124	
<i>amethia</i>	142	
<i>amethyst (28)</i>	142	
<i>amikacin</i>	133	
<i>amiloride</i>	63	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	63	
<i>amiodarone</i>	52	
<i>amitriptyline</i>	160	
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide</i>	160	
<i>amlodipine</i>	59	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	60	
<i>amlodipine-benazepril</i>	59	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	59	
<i>amlodipine-valsartan</i>	59	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiacid</i>	59	
<i>ammonium lactate</i>	85	
<i>amoxapine</i>	160	
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz</i>	88	

<i>amoxicillin</i>	138	ASSURE ID DUO-SHIELD... 178	<i>ayuna</i>	143
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	138, 139	ASSURE ID INSULIN SAFETY	AYVAKIT.....	4
<i>amphotericin b</i>	164	ASSURE ID PEN NEEDLE... 178	<i>azacitidine</i>	4
<i>amphotericin b liposome</i> ...	164	ASSURE ID PRO PEN NEEDLE	<i>azathioprine</i>	101
<i>ampicillin</i>	139	 178	<i>azathioprine sodium</i>	101
<i>ampicillin sodium</i>	139	ASTAGRAF XL	<i>azelastine</i>	121
<i>ampicillin-sulbactam</i>	139	<i>atazanavir</i>	<i>azithromycin</i>	137
<i>anagrelide</i>	229	<i>atenolol</i>	<i>aztreonam</i>	135
<i>anastrozole</i>	3	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	<i>azurette (28)</i>	143
ANDEMBRY AUTOINJECTOR	122	<i>atomoxetine</i>	B	
ANKTIVA	3	<i>atorvastatin</i>	<i>bacitracin</i>	117
ANORO ELLIPTA	79	<i>atovaquone</i>	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	117
<i>apomorphine</i>	40	<i>atovaquone-proguanil</i>	<i>baclofen</i>	235
<i>apraclonidine</i>	121	<i>atropine</i>	<i>bal-care dha</i>	235
<i>aprepitant</i>	37, 38	ATROVENT HFA.....	<i>bal-care dha essential</i>	235
<i>apri</i>	143	<i>aubra eq</i>	<i>balsalazide</i>	66
APTIVUS	168	AUGTYRO	BALVERSA	4
AQINJECT PEN NEEDLE	177, 178	<i>auranofin</i>	<i>balziva (28)</i>	143
<i>aranelle (28)</i>	143	<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	BAQSIMI	122
ARCALYST	101	<i>aurovela 1/20 (21)</i>	BCG VACCINE, LIVE (PF)....	110
AREXVY (PF)	110	<i>aurovela 24 fe</i>	BD ALCOHOL SWABS	180
ARIKAYCE	133	<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE.....	178
<i>aripiprazole</i>	43	<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	BD ECLIPSE LUER-LOK.....	178
ARISTADA.....	43	AUSTEDO	BD INSULIN SYRINGE.....	179
ARISTADA INITIO	43	AUSTEDO XR.....	BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)	179
<i>armodafinil</i>	69	AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP	179
ARNUITY ELLIPTA.....	78	AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	BD INSULIN SYRINGE ULTRA- FINE	179
<i>ascomp with codeine</i>	128	AUVELITY	BD LO-DOSE ULTRA-FINE	179
<i>asenapine maleate</i>	43	<i>aviane</i>	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE.....	179
<i>ashlyna</i>	143	AVMAPKI	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE.....	179, 180
<i>aspirin-dipyridamole</i>	231	AVMAPKI-FAKZYNJA.....		
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL	178	AVONEX.....		
		AXTLE.....		

BD SAFETYGLIDE SYRINGE.....180	BEXSERO..... 110	<i>buprenorphine</i> 128
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE .....180	<i>bicalutamide</i>.....4	<i>buprenorphine hcl</i>.....25
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE .....180	BICILLIN L-A .....139	<i>buprenorphine-naloxone</i>.....25
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE .....180	BIKTARVY .....169	<i>bupropion hcl</i>.....160
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE .....180	<i>bimatoprost</i> .....115	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> .....25
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE .....180	<i>bisoprolol fumarate</i> 53	<i>buspirone</i>.....122
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) .....180	<i>bisoprolol-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> 53	<i>butalbital-acetaminop-caf-</i> <i>cod</i>.....128
BD VEO INSULIN SYRINGE UF.....180, 181	BIZENGRI .....4	<i>butalbital-acetaminophen-</i> <i>caff</i> .....128
BELSOMRA..... 69	<i>bleomycin</i> .....4	<i>butalbital-aspirin-caffeine</i> 128
<i>benazepril</i>.....64	<i>blisovi 24 fe</i>.....143	<i>butorphanol</i>.....128
<i>benazepril-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> 64	<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>.....143	C
<i>bendamustine</i> .....4	<i>blisovi fe 1/20 (28)</i> .....143	CABENUVA.....169
BENDAMUSTINE.....4	BOOSTRIX TDAP .....110	<i>cabergoline</i> .....40
BENDEKA.....4	BORDERED GAUZE .....181	CABLIVI .....229
BENLYSTA.....102	<i>bortezomib</i>.....4	CABOMETYX.....5
<i>benztropine</i> .....40	BORUZU.....4	<i>cabotegravir</i> .....169
<i>bepotastine besilate</i> .....121	<i>bosentan</i> .....124	<i>calcipotriene</i> .....86
BESREMI.....102	BOSULIF .....4, 5	<i>calcitonin (salmon)</i> .....68
<i>betaine</i> .....122	BRAFTOVI.....5	<i>calcitriol</i> .....68
<i>betamethasone dipropionate</i>.....82	BREO ELLIPTA.....78	<i>calcium acetate(phosphat</i> <i>bind)</i> .....92
<i>betamethasone valerate</i>.....82	<i>breyana</i>.....78	CALQUENCE.....5
<i>betamethasone, augmented</i> 82	BREZTRI AEROSPHERE.....80	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL).....5
BETASERON.....70	<i>brillicyn</i>.....144	CAMCEVI (6 MONTH) .....5
<i>betaxolol</i> .....53, 115	BRILINTA.....231	<i>camila</i> .....144
<i>bethanechol chloride</i> .....93	<i>brimonidine</i> .....116	CAMZYOS .....56
<i>bexarotene</i>.....4	<i>brimonidine-timolol</i> .....116	<i>candesartan</i>.....57
	<i>brinzolamide</i> .....116	<i>candesartan-</i> <i>hydrochlorothiazid</i> .....58
	BRIVIACT .....153	CAPLYTA.....43
	<i>bromfenac</i> .....120	CAPRELSA .....5
	<i>bromocriptine</i> .....40	<i>captopril</i>.....64
	BRONCHITOL.....75	
	BRUKINSA.....5	
	<i>budesonide</i>.....67, 78	
	<i>budesonide-formoterol</i>.....78	
	<i>bumetanide</i>.....63	

<i>carbamazepine</i>	153, 154	<i>chateal eq (28)</i>	144	<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>	87
<i>carbidopa</i>	40	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	26	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	50
<i>carbidopa-levodopa</i>	40, 41	<i>chlorhexidine gluconate</i>	81	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	50
<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone</i>	41	<i>chloroquine phosphate</i>	39	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	50
<i>carbinoxamine maleate</i>	167	<i>chlorpromazine</i>	43, 44	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE- FREE)	50
<i>carboplatin</i>	5	<i>chlorthalidone</i>	63	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE- FREE)	50
CAREFINE PEN NEEDLE	181	<i>cholestyramine (with sugar)</i>	60	CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE- FREE)	51
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	181	<i>cholestyramine light</i>	60	CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE- FREE)	51
CARETOUCH INSULIN SYRINGE	182	<i>ciclopirox</i>	164, 165	CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE	51
CARETOUCH PEN NEEDLE	181, 182	<i>cilostazol</i>	231	CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE	51
<i>carglumic acid</i>	90	CIMDUO	169	CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE	51
<i>carteolol</i>	116	<i>cimetidine</i>	88	CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE	51
<i>cartia xt</i>	55	<i>cimetidine hcl</i>	88	CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE	51
<i>carvedilol</i>	54	CIMZIA	102	CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE	51
CAYSTON	135	CIMZIA POWDER FOR RECONST	102	CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE	51
<i>cefaclor</i>	135	<i>cinacalcet</i>	68	<i>clobazam</i>	154
<i>cefadroxil</i>	135, 136	CINRYZE	232	<i>clobetasol</i>	82, 83
<i>cefazolin</i>	136	<i>ciprofloxacin hcl</i>	117, 140	<i>clobetasol-emollient</i>	83
<i>cefdinir</i>	136	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	140	<i>clomipramine</i>	160
<i>cefepime</i>	136	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	117	<i>clonazepam</i>	26, 27
<i>cefixime</i>	136	<i>cialopram</i>	160	<i>clonidine</i>	52
<i>cefoxitin</i>	136	<i>cladribine</i>	5		
<i>cefpodoxime</i>	136	<i>clarithromycin</i>	137, 138		
<i>cefprozil</i>	136	<i>clemastine</i>	167		
<i>ceftazidime</i>	136	<i>clemasz</i>	167		
<i>ceftriaxone</i>	136	<i>clemsza</i>	167		
<i>cefuroxime axetil</i>	137	CLICKFINE PEN NEEDLE ...	182, 195		
<i>cefuroxime sodium</i>	137	<i>clindamycin hcl</i>	133		
<i>celecoxib</i>	125	<i>clindamycin pediatric</i>	134		
<i>cephalexin</i>	137	<i>clindamycin phosphate</i>	86, 132, 134		
CERDELGA	233				
<i>cevimeline</i>	81				

<i>clonidine hcl</i>	52, 70	COSENTYX PEN (2 PENS)..	102	<i>dapagliflozin propanediol</i>	29
<i>clopidogrel</i>	231	COSENTYX UNOREADY PEN		<i>dapsone</i>	168
<i>clorazepate dipotassium</i>	27	.....	102	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC)	
<i>clotrimazole</i>	165	COTELLIC.....	6	(PF).....	110
<i>clotrimazole-betamethasone</i>		CREON.....	233	<i>daptomycin</i>	134
.....	165	CRESEMBA.....	165	<i>darunavir</i>	169
<i>clozapine</i>	44	<i>cromolyn</i>	75, 90, 122	DARZALEX	6
<i>c-nate dha</i>	235	<i>cryselle (28)</i>	144	DARZALEX FASPRO.....	6
COARTEM.....	39	CURAD GAUZE PAD.....	185	<i>dasatinib</i>	6
COBENFY	44	CURITY ALCOHOL SWABS	185	<i>dasetta 1/35 (28)</i>	144
COBENFY STARTER PACK...	44	CURITY GAUZE.....	185	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	144
<i>codeine sulfate</i>	128	<i>cyclobenzaprine</i>	235	DATROWAY	6
<i>codeine-butalbital-asa-caff</i>		<i>cyclophosphamide</i>	6	DAURISMO.....	7
.....	128	<i>cyclosporine</i>	102, 120	DAWNZERA.....	56
<i>colchicine</i>	35	<i>cyclosporine modified</i>	102	<i>daysee</i>	144
<i>colesevelam</i>	60	CYLTEZO(CF)	103	<i>deblitane</i>	144
<i>colestipol</i>	60	CYLTEZO(CF) PEN	103	<i>decitabine</i>	7
<i>colistin (colistimethate na)</i>	134	CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-		<i>deferasirox</i>	132
COMBIVENT RESPIMAT.....	80	UC-HS	103	<i>deferiprone</i>	132
COMETRIQ.....	5, 6	CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-		DELSTRIGO	169
COMFORT EZ INSULIN		UV.....	103	<i>demeclocycline</i>	141
SYRINGE.....	182, 183, 184	<i>cyproheptadine</i>	167	DENGVAXIA (PF)	110
COMFORT EZ PEN NEEDLES		<i>cyred eq</i>	144	<i>denta 5000 plus</i>	81
.....	183, 184	D		<i>dentagel</i>	81
COMFORT EZ PRO SAFETY		<i>d5 % (d-glucose)-0.9 %</i>		DEPO-SUBQ PROVERA 104	
PEN NDL	184	<i>sodchlr</i>	227	.....	101
COMFORT TOUCH PEN		<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>		DERMACEA.....	185
NEEDLE	185	<i>chloride</i>	227	DERMACEA NON-WOVEN	
<i>completenate</i>	235	<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>		.....	186
<i>compro</i>	38	.....	227	<i>dermacinrx lidocan</i>	131
<i>constulose</i>	90	<i>dabigatran etexilate</i>	230	DESCOVY	169
COPIKTRA.....	6	<i>dalfampridine</i>	71	<i>desipramine</i>	161
CORLANOR.....	56	<i>danazol</i>	94	<i>desmopressin</i>	99
CORTROPHIN GEL	98	<i>dantrolene</i>	235	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	
COSENTYX	102	DANYELZA.....	6	.....	144
COSENTYX (2 SYRINGES)..	102	DANZITEN.....	6		

<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	<i>diphenoxylate-atropine</i>	DROPSAFE INSULIN SYRINGE
144	90	189
<i>desonide</i>	<i>dipyridamole</i>	DROPSAFE PEN NEEDLE ...
83	231	189
<i>desoximetasone</i>	<i>disopyramide phosphate</i>	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>
83	52	.....
<i>desvenlafaxine succinate</i> ...	<i>disulfiram</i>	144
161	25	DROXIA.....
<i>dexamethasone</i>	<i>divalproex</i>	229
97	154	<i>droxidopa</i>
<i>dexamethasone sodium</i>	<i>dofetilide</i>	52
<i>phosphate</i>	<i>dolishale</i>	<i>duloxetine</i>
97, 120	144	161
<i>dexmethylphenidate</i>	<i>donepezil</i>	DUPIXENT PEN
71	28	103
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	DOPTelet (10 TAB PACK).232	DUPIXENT SYRINGE.....
71	DOPTelet (15 TAB PACK).232	103
<i>dextroamphetamine-</i>	DOPTelet (30 TAB PACK).232	<i>dutasteride</i>
<i>amphetamine</i>	DOPTelet SPRINKLE	93
71	232	<i>dutasteride-tamsulosin</i>
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	<i>dorzolamide</i>	93
51	116	E
DIACOMIT	<i>dorzolamide-timolol</i>	EASY COMFORT ALCOHOL
154	116	PAD.....
<i>diazepam</i>	<i>dotti</i>	190
27, 154	95	EASY COMFORT INSULIN
<i>diazepam intensol</i>	DOVATO	SYRINGE.....
27	169	190, 191
<i>diazoxide</i>	<i>doxazosin</i>	EASY COMFORT PEN
122	52	NEEDLES
<i>diclofenac epolamine</i>	<i>doxepin</i>	190, 191
125	161	EASY COMFORT SAFETY PEN
<i>diclofenac potassium</i>	<i>doxercalciferol</i>	NEEDLE.....
125	68	189, 190
<i>diclofenac sodium</i>	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i> ...	EASY GLIDE INSULIN
120, 125,	<i>doxy- 100</i>	SYRINGE.....
126	141	191
<i>diclofenac-misoprostol</i>	<i>doxycycline hyclate</i>	EASY GLIDE PEN NEEDLE..
126	141	191
<i>dicloxacillin</i>	<i>doxycycline monohydrate</i>	EASY TOUCH
139	141,	193, 194
<i>dicyclomine</i>	142	EASY TOUCH ALCOHOL PREP
90	DRIZALMA SPRINKLE	PADS
<i>didanosine</i>	161	192
169	<i>dronabinol</i>	EASY TOUCH FLIPLOCK
DIFICID	38	INSULIN
138	DROPLET INSULIN SYR(HALF	193
<i>diflorasone</i>	UNIT)	EASY TOUCH FLIPLOCK
83	186, 187	SYRINGE.....
<i>diflunisal</i>	DROPLET INSULIN SYRINGE	192
126	.....	EASY TOUCH INSULIN
<i>difluprednate</i>	186, 187, 188	SAFETY SYR.....
120	DROPLET MICRON PEN	192
<i>digoxin</i>	NEEDLE.....	EASY TOUCH INSULIN
57	188	SYRINGE.191, 192, 193, 194
<i>dihydroergotamine</i>	DROPLET PEN NEEDLE	
36	188	
DILANTIN	DROPSAFE ALCOHOL PREP	
154	PADS.....	
<i>diltiazem hcl</i>	189	
55		
<i>dilt-xr</i>		
56		
<i>dimethyl fumarate</i>		
71, 72		
DIPENTUM		
67		

EASY TOUCH LUER LOCK	EMCYT	epinephrine.....
INSULIN.....193	EMEND.....38	epitol.....155
EASY TOUCH PEN NEEDLE	EMGALITY PEN.....36	EPIVIR HBV.....170
.....193	EMGALITY SYRINGE.....36	EPKINLY.....7
EASY TOUCH SAFETY PEN	EMRELIS.....7	eplerenone.....66
NEEDLE.....194	EMSAM.....161	ERBITUX.....7
EASY TOUCH SHEATHLOCK	emtricitabine.....170	ergoloid.....28
INSULIN.....192, 193	emtricitabine-tenofovir (tdf)	ERIVEDGE.....8
EASY TOUCH UNI-SLIP.....194	170	ERLEADA.....8
econazole nitrate.....165	emtricitabine-tenofovir (tdf)	erlotinib.....8
EDURANT.....169	170	errin.....145
EDURANT PED.....169	EMTRIVA.....170	ertapenem.....135
efavirenz.....169	emzahh.....144	ery pads.....87
efavirenz-emtricitabine-tenofovir	enalapril maleate.....64	erythromycin.....117, 138
.....169	enalapril-hydrochlorothiazide	erythromycin ethylsuccinate
efavirenz-lamivudine-tenofovir	65	138
disop.....170	ENBREL.....103	erythromycin with ethanol...87
EGRIFTA SV.....99	ENBREL MINI.....103	erythromycin-benzoyl
EGRIFTA WR.....99	ENBREL SURECLICK.....103	peroxide.....87
ELAHERE.....7	endocet.....129	ERZOFRI.....44
ELEPSIA XR.....154	ENGERIX-B (PF).....110	escitalopram oxalate.....161
ELIGARD.....7	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	eslicarbazepine.....155
ELIGARD (3 MONTH).....7	110	esomeprazole magnesium..88,
ELIGARD (4 MONTH).....7	enilloring.....145	89
ELIGARD (6 MONTH).....7	enoxaparin.....230	estarylla.....145
elimest.....144	enpresse.....145	estazolam.....27
ELIQUIS.....230	enskyce.....145	estradiol.....96
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D	ENSPRYNG.....72	estradiol valerate.....96
START.....230	entacapone.....41	estradiol-norethindrone acet
ELIQUIS SPRINKLE.....230	entecavir.....175	96
ELMIRON.....122	ENTRESTO.....58	eszopiclone.....69
ELREXFIO.....7	ENTRESTO SPRINKLE.....58	ethambutol.....168
eltrombopag olamine.....232	enulose.....90	ethosuximide.....155
eluryng.....144	EPCLUSA.....174	ethynodiol diac-eth estradiol
EMBRACE PEN NEEDLE.....194,	EPIDIOLEX.....155	145
195	epinastine.....122	etodolac.....126

<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	145	<i>feirza</i>	145	<i>flunisolide</i>	120
ETOPOPHOS	8	<i>felbamate</i>	155	<i>fluocinolone</i>	83
<i>etoposide</i>	8	<i>felodipine</i>	59	<i>fluocinolone acetonide oil</i> ..	120
<i>etravirine</i>	170	FEMRING	96	<i>fluocinonide</i>	83, 84
EUCRISA	83	<i>femynor</i>	145	<i>fluocinonide-emollient</i>	84
EULEXIN	8	<i>fenofibrate</i>	61	<i>fluoride (sodium)</i>	81
<i>everolimus (antineoplastic)</i>	8	<i>fenofibrate micronized</i>	61	<i>fluorometholone</i>	120
<i>everolimus</i> <i>(immunosuppressive)</i>	104	<i>fenofibrate nanocrystallized</i> ..	61	<i>fluorouracil</i>	9, 86
EVOTAZ	170	<i>fenofibric acid (choline)</i>	61	<i>fluoxetine</i>	162
EVRYSDI	123	<i>fenoprofen</i>	126	<i>fluphenazine decanoate</i>	45
EXEL INSULIN	195	<i>fentanyl</i>	129	<i>fluphenazine hcl</i>	45
<i>exemestane</i>	8	<i>fentanyl citrate</i>	129	<i>flurazepam</i>	27
EXTENCILLINE	139	FERRIPROX	132	<i>flurbiprofen</i>	126
EXXUA	161, 162	<i>fesoterodine</i>	93	<i>flurbiprofen sodium</i>	120
EYSUVIS	120	FETZIMA	162	<i>flutamide</i>	9
EZALLOR SPRINKLE	61	FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	32	<i>fluticasone propionate</i> .. 78, 84, 120	
<i>ezetimibe</i>	61	FIASP PENFILL U-100 INSULIN	32	<i>fluticasone propion-salmeterol</i>	78
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	61	FIASP PUMPCART	32	<i>fluvastatin</i>	61
F		FIASP U-100 INSULIN	32	<i>fluvoxamine</i>	162
FAKZYNJA	8	<i>fidaxomicin</i>	138	<i>folivane-ob</i>	235
<i>falmina (28)</i>	145	<i>finasteride</i>	93	<i>fondaparinux</i>	230
<i>famciclovir</i>	175	<i>finolimod</i>	72	<i>fosamprenavir</i>	170
<i>famotidine</i>	89	FINTEPLA	155	<i>fosfomycin tromethamine</i> ..	134
FANAPT	44	<i>fioricet</i>	129	<i>fosinopril</i>	65
FANAPT TITRATION PACK A	45	FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	8	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	65
FANAPT TITRATION PACK B	45	<i>flavoxate</i>	93	<i>fosphenytoin</i>	155
FANAPT TITRATION PACK C	45	<i>flecainide</i>	53	FOTIVDA	9
FARXIGA	29	<i>floxuridine</i>	9	FREESTYLE PRECISION	195
FASENRA	76	<i>fluconazole</i>	165	FRUZAQLA	9
FASENRA PEN	75	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i>	165	<i>fulvestrant</i>	9
<i>febuxostat</i>	35	<i>flucytosine</i>	165	<i>furosemide</i>	63
		<i>fludrocortisone</i>	97	FUZEON	170
				FYARRO	9

fyavolv..... 96
 FYCOMPA..... 155
G
gabapentin 155
 GALAFOLD 233
galantamine 28
gallifrey..... 101
 GAMMAGARD S-D (IGA < 1
 MCG/ML) 104
 GAMMAPLEX 104
 GAMUNEX-C..... 104
 GARDASIL 9 (PF) 111
gatifloxacin 117
 GATTEX 30-VIAL 90
 GAUZE BANDAGE 195
 GAUZE PAD 195
gavilyte-c 92
gavilyte-g..... 92
gavilyte-n..... 92
 GAVRETO..... 9
gefitinib 9
gemcitabine 9
gemfibrozil 61
gemmily 145
generlac..... 90
gengraf..... 104
gentak 117
gentamicin 87, 117, 133
gentamicin sulfate (ped) (pf)
 133
gentamicin sulfate (pf)..... 133
 GENVOYA..... 170
 GILOTRIF..... 9
glatiramer..... 72
glatopa..... 72
 GLEOSTINE..... 9, 10

glimepiride..... 35
glipizide..... 35
glipizide-metformin..... 35
glucagon emergency kit
 (human)..... 123
glutamine (sickle cell) 123
glyburide..... 35
glyburide micronized..... 35
glyburide-metformin..... 35
glycerol phenylbutyrate 90
glycopyrrolate 90
glydo..... 131
 GLYXAMBI..... 29
 GOMEKLI 10
granisetron hcl..... 38
griseofulvin microsize 165
griseofulvin ultramicrosize 165
guanfacine 52, 72
 GVOKE 123
 GVOKE HYPOPEN 2-PACK 123
 GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE
 123
H
 HAEGARDA..... 232
hailey 24 fe 145
hailey fe 1.5/30 (28) 145
hailey fe 1/20 (28)..... 145
halobetasol propionate 84
haloette 145
haloperidol..... 45
haloperidol decanoate..... 45
haloperidol lactate 45
 HARVONI 174
 HAVRIX (PF)..... 111
 HEALTHWISE INSULIN
 SYRINGE..... 196, 197

HEALTHWISE PEN NEEDLE
 197
 HEALTHY ACCENTS UNIFINE
 PENTIP 197
heather 145
 HEMADY..... 97
heparin (porcine) 230
 HEPLISAV-B (PF)..... 111
 HERCEPTIN HYLECTA..... 10
 HERNEXEOS 10
 HETLIOZ LQ..... 69
 HIBERIX (PF) 111
 HUMIRA..... 104
 HUMIRA PEN 104
 HUMIRA PEN CROHNS-UC-
 HS START..... 104
 HUMIRA PEN PSOR-UEITS-
 ADOL HS..... 104
 HUMIRA(CF)..... 105
 HUMIRA(CF) PEDI CROHNS
 STARTER 104
 HUMIRA(CF) PEN 105
 HUMIRA(CF) PEN CROHNS-
 UC-HS 104
 HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC
 UC..... 105
 HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-
 ADOL HS..... 105
 HUMULIN R U-500 (CONC)
 INSULIN 32
 HUMULIN R U-500 (CONC)
 KWIKPEN 32
hydralazine 57
hydrochlorothiazide..... 63
hydrocodone-acetaminophen
 129

<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	129	IMPAVIDO.....	39	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-	
<i>hydrocortisone</i>	67, 84, 97	INBRIJA.....	41	100 195, 198, 199, 204, 206,	
<i>hydrocortisone butyrate</i>	84	<i>incassia</i>	146	208, 213, 217, 218	
<i>hydrocortisone valerate</i>	84	INCONTROL ALCOHOL PADS		INSULIN U-500 SYRINGE-	
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	118	.....	197	NEEDLE.....	199
<i>hydromorphone</i>	129	INCONTROL PEN NEEDLE	197	INSUPEN PEN NEEDLE.....	199
<i>hydromorphone (pf)</i>	129	INCRELEX.....	99	INTELENCE.....	170
<i>hydroxychloroquine</i>	39	<i>indapamide</i>	63	<i>introvale</i>	146
<i>hydroxyurea</i>	10	<i>indomethacin</i>	127	INVEGA HAFYERA.....	45, 46
<i>hydroxyzine hcl</i>	167	INFANRIX (DTAP) (PF)	111	INVEGA SUSTENNA	46
<i>hydroxyzine pamoate</i>	123	<i>infliximab</i>	105	INVEGA TRINZA	46
I		INGREZZA	72	INVELTYS.....	120
<i>ibandronate</i>	68	INGREZZA INITIATION		IPOL.....	111
IBRANCE	10	PK(TARDIV)	72	<i>ipratropium bromide</i>	80, 122
IBTROZI	10	INGREZZA SPRINKLE	72	<i>ipratropium-albuterol</i>	80
<i>ibu</i>	126	INLEXZO	11	IQIRVO	90
<i>ibuprofen</i>	126	INLURIYO	11	<i>irbesartan</i>	58
<i>ibuprofen-famotidine</i>	127	INLYTA.....	11	<i>irbesartan-</i>	
<i>icatibant</i>	57	INPEN (FOR HUMALOG)		<i>hydrochlorothiazide</i>	58
<i>iclevia</i>	146	BLUE.....	197	<i>irinotecan</i>	11
ICLUSIG	10	INPEN (NOVOLOG OR FIASP)		ISENTRESS	170, 171
<i>icosapent ethyl</i>	61	BLUE.....	198	ISENTRESS HD.....	170
IDHIFA	10	INQOVI.....	11	<i>isibloom</i>	146
<i>ifosfamide</i>	10	INREBIC.....	11	ISOLYTE S PH 7.4	228
ILEVRO	120	<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>		ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	
<i>imatinib</i>	10	.....	32	.....	228
IMBRUVICA.....	11	<i>insulin aspart u-100</i>	33	ISOLYTE-S	227
IMDELLTRA	11	<i>insulin glargine-yfgn</i>	33	<i>isoniazid</i>	168
<i>imipenem-cilastatin</i>	135	<i>insulin lispro</i>	33	<i>isosorbide dinitrate</i>	66
<i>imipramine hcl</i>	162	INSULIN SYR/NDL U100 HALF		<i>isosorbide mononitrate</i>	66
<i>imipramine pamoate</i>	162	MARK	198	<i>isosorbide-hydralazine</i>	66
<i>imiquimod</i>	86	INSULIN SYRINGE		<i>isradipine</i>	59
IMJUDO.....	11	MICROFINE.....	179	ITOVEBI	11, 12
IMKELDI.....	11	INSULIN SYRINGE		<i>itraconazole</i>	166
IMOVAX RABIES VACCINE		NEEDLELESS	199	IV PREP WIPES	199
(PF)	111			<i>ivabradine</i>	57

<i>ivermectin</i>	39	KATERZIA	60	<i>lanreotide</i>	99
IWILFIN.....	12	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	146	<i>lansoprazole</i>	89
IXIARO (PF)	111	<i>kelnor 1/50 (28)</i>	146	<i>lanthanum</i>	92
J		KERENDIA	66	LANTUS SOLOSTAR U-100	
<i>jaimiess</i>	146	KESIMPTA PEN	72	INSULIN	33
JAKAFI.....	12	<i>ketoconazole</i>	166	LANTUS U-100 INSULIN	33
<i>jantoven</i>	231	<i>ketoprofen</i>	127	<i>lapatinib</i>	13
JANUMET	29	<i>ketorolac</i>	120, 127	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	147
JANUMET XR.....	29	KEYTRUDA	12	<i>larin 1/20 (21)</i>	147
JANUVIA	29	KEYTRUDA QLEX	12	<i>larin 24 fe</i>	147
JARDIANCE	29	KIMMTRAK	12	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	147
<i>jasmiel (28)</i>	146	KINERET	105	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	147
JAVADIN	54	KINRIX (PF)	111	<i>latanoprost</i>	116
<i>javygtor</i>	233	<i>kionex (with sorbitol)</i>	90	LAZCLUZE	13
JAYPIRCA	12	KISQALI	12, 13	<i>leflunomide</i>	105
JEMPERLI	12	KISQALI FEMARA CO-PACK12		<i>lenalidomide</i>	13
<i>jencycla</i>	146	KLISYRI (250 MG)	86	LENTOCILIN S.....	139
JENTADUETO	30	<i>klor-con m10</i>	228	LENVIMA	13
JENTADUETO XR	30	<i>klor-con m15</i>	228	<i>lessina</i>	147
<i>jinteli</i>	96	<i>klor-con m20</i>	228	<i>letrozole</i>	13
<i>jolessa</i>	146	KLOXXADO	25	<i>leucovorin calcium</i>	123
<i>juleber</i>	146	KOSELUGO	13	LEUKERAN	13
JULUCA.....	171	<i>kosher prenatal plus iron</i> ...235		LEUKINE.....	232
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	146	KRAZATI.....	13	<i>leuprolide</i>	14
<i>junel 1/20 (21)</i>	146	<i>kurvelo (28)</i>	147	<i>leuprolide acetate (3 month)</i>	
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	146	KYLEENA.....	147	.....	14
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	146	KYNMOBI	41	<i>levetiracetam</i>	156
<i>junel fe 24</i>	146	L		<i>levobunolol</i>	116
JUXTAPID.....	62	<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>		<i>levocarnitine</i>	123
JYLAMVO.....	12	.....	147	<i>levocarnitine (with sugar)</i> .	123
JYNARQUE	63	<i>labetalol</i>	54	<i>levocetirizine</i>	167, 168
JYNNEOS (PF)	111	<i>lacosamide</i>	155	<i>levofloxacin</i>	140
K		<i>lactulose</i>	90	<i>levofloxacin in d5w</i>	140
KALETRA	171	<i>lamivudine</i>	171	<i>levonest (28)</i>	147
KALYDECO	76	<i>lamivudine-zidovudine</i>	171	<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i>	
<i>kariva (28)</i>	146	<i>lamotrigine</i>	156	.....	147

<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> 147, 148	LOQTORZI..... 14	<i>lyllana</i>.....96
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> 148	<i>lorazepam</i> 27, 28	LYNOZYFIC.....15
<i>levora-28</i>.....148	<i>lorazepam intensol</i> 27	LYNPARZA.....15
<i>levothyroxine</i> 94	LORBRENA..... 14	LYSODREN..... 15
LEXIVA .....171	<i>loryna (28)</i>.....148	LYTGOBI.....15
LIBERVANT.....156	<i>losartan</i> 58	<i>lyza</i> 148
<i>lidocaine</i>.....131	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> 58	M
<i>lidocaine hcl</i>.....131	LOTEMAX.....121	MAGELLAN INSULIN SAFETY
<i>lidocaine viscous</i> .....131	LOTEMAX SM .....121	SYRNG 201
<i>lidocaine-prilocaine</i> .....131	<i>loteprednol etabonate</i> .....121	MAGELLAN SYRINGE 201
<i>lidocan iii</i> .....132	<i>lovastatin</i> 62	<i>magnesium sulfate</i> .....228
LILETTA.....148	<i>low-ogestrel (28)</i>.....148	<i>malathion</i>.....87
<i>linezolid</i> .....134	<i>loxapine succinate</i>.....46	<i>maraviroc</i> 171
<i>linezolid in dextrose 5%</i> .....134	<i>lo-zumandimine (28)</i> .....148	MARGENZA.....15
LINZESS..... 90	<i>lubiprostone</i> 91	<i>marlissa (28)</i>.....148
<i>liomny</i> 94	<i>luizza</i>.....148	<i>marnatal-f</i>.....235
<i>liothyronine</i> 94	LUMAKRAS..... 14	MARPLAN .....162
LISCO.....200	LUMIGAN .....116	MATULANE.....15
<i>lisinopril</i>.....65	LUNSUMIO 14	<i>matzim la</i> .....56
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> 65	LUPRON DEPOT 15, 99	MAVENCLAD (10 TABLET
LITE TOUCH INSULIN PEN	LUPRON DEPOT (3 MONTH) 14, 99	PACK).....73
NEEDLES.....200	LUPRON DEPOT (4 MONTH) 14	MAVENCLAD (4 TABLET
LITE TOUCH INSULIN	LUPRON DEPOT (6 MONTH) 15	PACK).....73
SYRINGE .....200, 201	LUPRON DEPOT-PED 99	MAVENCLAD (5 TABLET
<i>lithium carbonate</i> .....72, 73	LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)..... 99	PACK).....73
<i>lithium citrate</i> 73	<i>lurasidone</i>.....46, 47	MAVENCLAD (6 TABLET
LIVDELZI..... 90	<i>lutra (28)</i>.....148	PACK).....73
LIVTENCITY .....174	LUTRATE DEPOT (3 MONTH) 15	MAVENCLAD (7 TABLET
LOKELMA..... 91	LYBALVI..... 47	PACK).....73
<i>lomustine</i> 14	<i>lyleq</i> .....148	MAVENCLAD (8 TABLET
LONSURF 14		PACK).....73
<i>loperamide</i> 91		MAVENCLAD (9 TABLET
<i>lopinavir-ritonavir</i> .....171		PACK).....73
		MAVYRET 174
		MAXICOMFORT II PEN
		NEEDLE..... 201

MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE	201	<i>methazolamide</i>	116	<i>mifepristone</i>	30
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE	201	<i>methenamine hippurate</i>	134	<i>miglitol</i>	30
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE	201	<i>methimazole</i>	94	<i>miglustat</i>	234
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE	202	<i>methocarbamol</i>	235	<i>mili</i>	149
MAYZENT	73	<i>methotrexate sodium</i>	16	<i>mimvey</i>	96
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT)	73	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	16	MINI ULTRA-THIN II	202
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT)	73	<i>methoxsalen</i>	86	<i>minocycline</i>	142
<i>meclizine</i>	38	<i>methscopolamine</i>	91	<i>minoxidil</i>	66
<i>medroxyprogesterone</i>	101	<i>methsuximide</i>	156	MIPLYFFA	176
<i>mefenamic acid</i>	127	<i>methylphenidate hcl</i>	73, 74	MIRENA	149
<i>mefloquine</i>	39	<i>methylprednisolone</i>	98	<i>mirtazapine</i>	162
<i>megestrol</i>	15, 101	<i>methylprednisolone acetate</i> ..	97	<i>misoprostol</i>	89
MEKINIST	15	<i>metoclopramide hcl</i>	91	<i>mitoxantrone</i>	16
MEKTOVI	16	<i>metolazone</i>	63	M-M-R II (PF)	112
<i>meleya</i>	148	<i>metoprolol succinate</i>	54	<i>m-natal plus</i>	235
<i>meloxicam</i>	127	<i>metoprolol ta-</i> <i>hydrochlorothiaz</i>	54	<i>modafinil</i>	69
<i>memantine</i>	28	<i>metoprolol tartrate</i>	54	MODEYSO	16
<i>memantine-donepezil</i>	28	<i>metronidazole</i>	87, 132, 134	<i>moexipril</i>	65
MENACTRA (PF)	111	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	134	<i>molindone</i>	47
MENQUADFI (PF)	112	<i>metirosine</i>	57	<i>mometasone</i>	85, 121
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	112	<i>mexiletine</i>	53	MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING	203
<i>mercaptopurine</i>	16	<i>micafungin</i>	166	MONOJECT INSULIN SYRINGE	202, 203, 204
<i>meropenem</i>	135	<i>miconazole-3</i>	166	MONOJECT SYRINGE	202
<i>merzee</i>	148	MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE	202	MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN	220
<i>mesalamine</i>	67	MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE	202	<i>mono-lynyah</i>	149
<i>mesna</i>	123	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	148	<i>montelukast</i>	79
<i>metadate er</i>	73	<i>microgestin 1/20 (21)</i>	149	<i>morphine</i>	130
<i>metformin</i>	30	<i>microgestin 24 fe</i>	149	MORPHINE	130
<i>methadone</i>	130	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i> ..	149	<i>morphine concentrate</i>	130
		<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	149	MOUNJARO	30
		<i>midodrine</i>	52	MOVANTIK	91
		MIEBO (PF)	122	<i>moxifloxacin</i>	118, 140

moxifloxacin-sod.ace,sul-water 140
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 141
MRESVIA (PF) 112
MULTAQ 53
mupirocin 87
mycophenolate mofetil 105
mycophenolate mofetil (hcl) 105
mycophenolate sodium 105
mynatal 235, 236
mynatal advance 235
mynatal plus 236
mynatal-z 236
mynate 90 plus 236
MYRBETRIQ 93
N
nabumetone 127
nadolol 54
nafticillin 140
naloxone 25, 26
naltrexone 26
NAMZARIC 29
NANO 2ND GEN PEN
NEEDLE 204
NANO PEN NEEDLE 204
naproxen 127
naratriptan 36
NATACYN 118
nateglinide 30
NATPARA 68
NAYZILAM 157
nebivolol 54
nefazodone 162
neomycin 133

neomycin-bacitracin-poly-hc 118
neomycin-bacitracin-polymyxin 118
neomycin-polymyxin b-dexameth 118
neomycin-polymyxin-gramicidin 118
neomycin-polymyxin-hc 118
neo-polycin 119
neo-polycin hc 118
NERLYNX 16
NEUPRO 41
nevirapine 171
newgen 236
NEXLETOL 62
NEXLIZET 62
NEXPLANON 149
niacin 62
niacor 62
nicardipine 60
NICOTROL 26
NICOTROL NS 26
nifedipine 60
nikki (28) 149
NIKTIMVO 105
nilutamide 16
NINLARO 16
nitazoxanide 39
nitisinone 234
nitrofurantoin macrocrystal 134
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 134
nitroglycerin 66, 123
niva-plus 236

NIVESTYM 232, 233
nizatidine 89
NORDITROPIN FLEXPEN 100
norelgestromin-ethin.estradiol 149
norethindrone (contraceptive) 149
norethindrone acetate 101
norethindrone ac-eth estradiol 97, 149
norethindrone-e.estradiol-iron 149, 150
norgestimate-ethinyl estradiol 150
nortrel 1/35 (21) 150
nortrel 1/35 (28) 150
nortrel 7/7/7 (28) 150
nortriptyline 162, 163
NORVIR 171
NOVOFINE 30 204
NOVOFINE 32 204
NOVOFINE PLUS 204
NOVOLIN 70/30 U-100
INSULIN 33
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 33
NOVOLIN N FLEXPEN 33
NOVOLIN N NPH U-100
INSULIN 34
NOVOLIN R FLEXPEN 34
NOVOLIN R REGULAR U100
INSULIN 34
NOVOLOG FLEXPEN U-100
INSULIN 34
NOVOLOG MIX 70-30 U-100
INSULIN 34

NOVOLOG MIX 70- 30FLEXPEN U-100	34	<i>olmesartan</i>	58	OPIPZA.....	47
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN	34	<i>olmesartan-amlodipin- hcthiazid</i>	58	OPSUMIT	124
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART	34	<i>olmesartan- hydrochlorothiazide</i>	58	ORENCIA	106
NOVOTWIST	204	<i>olopatadine</i>	122	ORENCIA (WITH MALTOSE)	106
NOXAFIL	166	<i>omega-3 acid ethyl esters</i> ...	62	ORENCIA CLICKJECT.....	106
NUBEQA.....	16	<i>omeprazole</i>	89	ORFADIN	234
NUCALA	76	<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>	89	ORGOVYX	100
NULOJIX.....	106	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)	204	ORILISSA.....	100
NUPLAZID	47	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	204	ORKAMBI	76
NURTEC ODT	36	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	204	<i>orquidea</i>	150
<i>nyamyc</i>	166	OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) 204		ORSERDU	17
<i>nylia 1/35 (28)</i>	150	OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	204	<i>oseltamivir</i>	174
<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	150	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	204	OSENVELT	68
<i>nymyo</i>	150	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	205	OSMOLEX ER.....	41
<i>nystatin</i>	166	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	205	OTEZLA	106
<i>nystatin-triamcinolone</i>	166	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	205	OTEZLA STARTER.....	106
<i>nystop</i>	166	ONAPGO	41	OTEZLA XR	106
NYVEPRIA.....	233	<i>ondansetron</i>	38	<i>oxaliplatin</i>	17
O		<i>ondansetron hcl</i>	38	<i>oxandrolone</i>	95
<i>obstetrix dha</i>	236	ONGENTYS	41	<i>oxazepam</i>	28
<i>obstetrix dha prenatal duo</i> 236		ONUREG	17	<i>oxcarbazepine</i>	157
<i>o-cal prenatal</i>	236	OPDIVO.....	17	<i>oxybutynin chloride</i>	93, 94
OCALIVA	91	OPDIVO QVANTIG.....	17	<i>oxycodone</i>	130
<i>octreotide acetate</i>	100	OPDUALAG.....	17	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	130, 131
ODEFSEY	172			<i>oxymorphone</i>	131
ODOMZO	16			OZEMPIC	30
OFEV	76			P	
<i>ofloxacin</i>	119			<i>pacerone</i>	53
OGIVRI	16			<i>paclitaxel</i>	17
OGSIVEO.....	16			<i>paclitaxel protein-bound</i>	17
OJEMDA.....	17			<i>paliperidone</i>	47
OJJAARA	17			PALYNZIQ	234
<i>olanzapine</i>	47			PANRETIN	86
				<i>pantoprazole</i>	89

<i>paricalcitol</i>	68	<i>pentoxifylline</i>	231	<i>podofilox</i>	86
<i>paroxetine hcl</i>	163	<i>perampanel</i>	157	<i>polycin</i>	119
PAXLOVID	174, 175	<i>perindopril erbumine</i>	65	<i>polymyxin b sulfate</i>	134
<i>pazopanib</i>	18	<i>periogard</i>	81	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	119
PEDIARIX (PF).....	112	<i>permethrin</i>	87	POMALYST	18
PEDVAX HIB (PF)	112	<i>perphenazine</i>	47	<i>portia 28</i>	150
<i>peg 3350-electrolytes</i>	92	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	163	<i>posaconazole</i>	167
PEGASYS	175	PERSERIS.....	47	<i>potassium chloride</i>	228, 229
<i>peg-electrolyte soln</i>	92	<i>phenelzine</i>	163	<i>potassium chloride-0.45 %</i> <i>nacl</i>	229
PEMAZYRE	18	<i>phenobarbital</i>	157	<i>potassium citrate</i>	229
<i>pemetrexed disodium</i>	18	<i>phenytek</i>	157	<i>pr natal 400</i>	236
PENRYDI RTU	18	<i>phenytoin</i>	157	<i>pr natal 400 ec</i>	236
PEN NEEDLE	205	<i>phenytoin sodium</i>	157	<i>pr natal 430</i>	236
PEN NEEDLE, DIABETIC.....	184, 196, 202, 205, 208	<i>phenytoin sodium extended</i>	157	<i>pr natal 430 ec</i>	237
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY	209	<i>philith</i>	150	<i>pramipexole</i>	42
PENBRAYA (PF)	112	PIFELTRO	172	<i>prasugrel hcl</i>	231
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF)	112	<i>pilocarpine hcl</i>	81, 116	<i>pravastatin</i>	62
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF).....	112	<i>pimecrolimus</i>	85	<i>praziquantel</i>	40
<i>penciclovir</i>	86	<i>pimozide</i>	47	<i>prazosin</i>	52
<i>penicillamine</i>	132	<i>pimtrea (28)</i>	150	<i>prednisolone</i>	98
<i>penicillin g potassium</i>	140	<i>pindolol</i>	54	<i>prednisolone acetate</i>	121
<i>penicillin g procaine</i>	140	<i>pioglitazone</i>	31	<i>prednisolone sodium</i> <i>phosphate</i>	98, 121
<i>penicillin v potassium</i>	140	<i>pioglitazone-metformin</i>	31	<i>prednisone</i>	98
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF)	112	PIP PEN NEEDLE	206	<i>pregabalin</i>	157, 158
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF)	112	<i>piperacillin-tazobactam</i>	140	PREMARIN	97
PENMENVY MENB COMPONENT (PF).....	113	PIQRAY	18	PREMPHASE.....	97
PENTACEL (PF).....	113	<i>pirfenidone</i>	76	PREMPRO.....	97
<i>pentamidine</i>	40	<i>piroxicam</i>	127	<i>prena1 true</i>	237
PENTIPS PEN NEEDLE.....	206	<i>pitavastatin calcium</i>	62	<i>prenaissance</i>	237
		PLASMA-LYTE A	228	<i>prenaissance plus</i>	237
		PLEGRIDY	74, 75	<i>prenatabs fa</i>	237
		<i>pnv 29-1</i>	236	<i>prenatal 19</i>	237
		<i>pnv-dha + docusate</i>	236		
		<i>pnv-omega</i>	236		

prenatal 19 (with docusate)237
prenatal low iron237
prenatal plus.....237
prenatal plus (calcium carb)236
prenatal vitamin plus low iron237
prenatal-u.....237
preplus237
pretab.....237
prevalite62
 PREVENT DROPSAFE PEN
 NEEDLE206
 PREVYMIS.....175
 PREZCOBIX172
 PREZISTA172
 PRIFTIN.....168
 PRIMAQUINE40
primidone158
 PRIORIX (PF).....113
 PRO COMFORT ALCOHOL
 PADS.....207
 PRO COMFORT INSULIN
 SYRINGE206, 207
 PRO COMFORT PEN NEEDLE
 207
 PROAIR RESPICLICK80
probenecid.....36
probenecid-colchicine36
prochlorperazine38
prochlorperazine edisylate .38,
 48
prochlorperazine maleate ...38
procto-med hc.....85
proctosol hc.....85

proctozone-hc85
 PRODIGY INSULIN SYRINGE
 207
progesterone micronized ...101
 PROGRAF106
 PROLASTIN-C76
promethazine.....38, 168
promethegan.....39
propafenone53
propranolol54
propylthiouracil.....94
 PROQUAD (PF).....113
 PROSOL 20 %51
protriptyline163
 PULMOZYME234
 PURE COMFORT ALCOHOL
 PADS.....207
 PURE COMFORT PEN NEEDLE
 207, 208
 PURE COMFORT SAFETY PEN
 NEEDLE.....207
pyrazinamide168
pyridostigmine bromide123
pyrimethamine40

Q

QINLOCK18
 QUADRACEL (PF)113
quetiapine48
quinapril.....65
quinapril-hydrochlorothiazide
 65
quinidine gluconate53
quinidine sulfate53
quinine sulfate40
 QULIPTA36

R

RABAVERT (PF).....113
rabeprazole.....89
 RALDESY163
raloxifene.....97
ramipril65
ranolazine57
rasagiline.....42
 RASUVO (PF).....106
 RAVICTI91
 RAYALDEE.....68
reclipsen (28).....150
 RECOMBIVAX HB (PF)113
 REGRANEX.....86
 RELENZA DISKHALER175
 RELISTOR.....91
repaglinide31
 REPATHA PUSHTRONEX.....62
 REPATHA SURECLICK.....62
 REPATHA SYRINGE.....62
 RETACRIT233
 RETEVMO18
 RETROVIR.....172
 REVCovi234
 REVUFORJ18, 19
 REXULTI48
 REYATAZ.....172
 REZDIFFRA.....94
 REZLIDHIA19
 REZUROCK.....106
 RHOPRESSA116
ribavirin.....175
 RIDAURA106
rifabutin168
rifampin168
rilpivirine172

<i>riluzole</i>	75	SAFESNAP INSULIN SYRINGE	208, 209	SIMPLI PEN NEEDLE.....	196
<i>rimantadine</i>	175	SAFETY PEN NEEDLE.....	209	<i>simvastatin</i>	63
RINVOQ	107	<i>sajazir</i>	57	<i>sirolimus</i>	107
RINVOQ LQ	106	SANTYL	86	SIRTURO	168
<i>risedronate</i>	68, 69	<i>sapropterin</i>	234	SKY SAFETY PEN NEEDLE .	209
<i>risperidone</i>	48	SCSEMBLIX.....	19	SKYLA	151
<i>risperidone microspheres</i>	48	<i>scopolamine base</i>	39	SKYRIZI.....	107
<i>ritonavir</i>	172	SECUADO.....	49	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	229
RITUXAN HYCELA	19	SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....	209	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	229
<i>rivaroxaban</i>	231	SECURESAFE PEN NEEDLE	209	<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> .	81
<i>rivastigmine</i>	29	SELARSDI	107	<i>sodium oxybate</i>	69
<i>rivastigmine tartrate</i>	29	<i>select-ob</i>	237	<i>sodium phenylbutyrate</i>	91
RIVFLOZA	124	<i>select-ob (folic acid)</i>	237	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	91
<i>rizatriptan</i>	36	<i>selegiline hcl</i>	42	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i>	93
<i>r-natal ob</i>	237	<i>selenium sulfide</i>	87	<i>solifenacin</i>	94
ROCKLATAN.....	116	SELZENTRY	172	SOLQUA 100/33.....	34
<i>roflumilast</i>	76	<i>se-natal 19 chewable</i>	238	SOLTAMOX	20
ROLVEDON.....	233	SEREVENT DISKUS.....	80	SOMATULINE DEPOT	100
ROMVIMZA	19	SEROSTIM	100	SOMAVERT.....	100
<i>ropinirole</i>	42	<i>sertraline</i>	163	<i>sorafenib</i>	20
<i>rosadan</i>	87	<i>setlakin</i>	151	<i>sorine</i>	54
<i>rosuvastatin</i>	63	<i>sevelamer carbonate</i>	92	<i>sotalol</i>	55
<i>rosyrah</i>	151	<i>sevelamer hcl</i>	92	<i>sotalol af</i>	54
ROTARIX	113, 114	SEZABY	158	SPIRIVA RESPIMAT	80
ROTATEQ VACCINE.....	114	<i>sf 5000 plus</i>	81	<i>spironolactone</i>	64, 66
ROZLYTREK.....	19	<i>sharobel</i>	151	<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	64
RUBRACA	19	SHINGRIX (PF)	114	SPRAVATO.....	163
<i>rufinamide</i>	158	SIGNIFOR	100	<i>sprintec (28)</i>	151
RUKOBIA.....	172	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>	125	SPRITAM.....	158
RYBELSUS.....	31	<i>silver sulfadiazine</i>	87	<i>sps (with sorbitol)</i>	91
RYBREVANT	19	SIMBRINZA.....	116	<i>sronyx</i>	151
RYDAPT	19	<i>simliya (28)</i>	151	<i>ssd</i>	87
RYKINDO	48	<i>simpesse</i>	151	<i>stavudine</i>	172
RYTELO	19				
S					
<i>sacubitril-valsartan</i>	58				

STELARA.....	107	SURE-FINE PEN NEEDLES.....	211	<i>taysofy</i>	151
STERILE PADS	209	SURE-JECT INSULIN SYRINGE	211	<i>tazarotene</i>	88
STIOLTO RESPIMAT.....	80	SURE-PREP ALCOHOL PREP		<i>tazicef</i>	137
STIVARGA.....	20	PADS.....	211	<i>taztia xt</i>	56
STOBOCLO.....	69	<i>syeda</i>	151	TAZVERIK	20
STRENSIQ.....	234	SYMDEKO.....	77	TDVAX.....	114
<i>streptomycin</i>	133	SYMPAZAN.....	158	TECENTRIQ.....	21
STRIBILD.....	172	SYMTUZA.....	173	TECENTRIQ HYBREZA	21
STRIVERDI RESPIMAT	80	SYNAREL.....	100	TECHLITE INSULIN SYRINGE	212
<i>subvenite</i>	158	SYNJARDY.....	31	TECHLITE INSULN SYR(HALF	
<i>sucrafate</i>	89	SYNJARDY XR.....	31	UNIT).....	211, 212
<i>sulfacetamide sodium</i>	119	SYNRIBO.....	20	TECHLITE PEN NEEDLE	212,
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	87	SYRINGE WITH NEEDLE,		213	
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	119	SAFETY	209	TECHLITE PLUS PEN NEEDLE	213
<i>sulfadiazine</i>	141	T		TECVAYLI.....	21
<i>sulfamethoxazole-</i>		TABLOID	20	TEFLARO	137
<i>trimethoprim</i>	141	TABRECTA.....	20	<i>telmisartan</i>	58
<i>sulfasalazine</i>	67	<i>tacrolimus</i>	85, 107	<i>telmisartan-amlodipine</i>	59
<i>sulindac</i>	127	<i>tadalafil</i>	125	<i>telmisartan-</i>	
<i>sumatriptan</i>	37	TAFINLAR	20	<i>hydrochlorothiazid</i>	59
<i>sumatriptan succinate</i> ...	36, 37	<i>tafluprost (pf)</i>	116	<i>temazepam</i>	28
<i>sumatriptan-naproxen</i>	37	TAGRISSO	20	TEMIXYS	173
<i>sunitinib malate</i>	20	TAKHZYRO.....	124	<i>tencon</i>	131
SUNLENCA.....	172, 173	TALVEY	20	TENIVAC (PF)	114
SURE COMFORT ALCOHOL		TALZENNA.....	20	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	173
PREP PADS	210	<i>tamoxifen</i>	20	.....	
SURE COMFORT INS. SYR. U-		<i>tamsulosin</i>	93	TEPMETKO.....	21
100.....	209	<i>tarina 24 fe</i>	151	<i>terazosin</i>	93
SURE COMFORT INSULIN		<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	151	<i>terbinafine hcl</i>	167
SYRINGE	210	<i>taron-c dha</i>	238	<i>terbutaline</i>	80
SURE COMFORT PEN NEEDLE	210, 211	<i>taron-prex prenatal-dha</i>	238	<i>terconazole</i>	132, 133
SURE COMFORT SAFETY PEN		TASIGNA.....	20	<i>teriflunomide</i>	75
NEEDLE	209	<i>tasimelteon</i>	69	<i>teriparatide</i>	69
		TAVALISSE.....	229		
		TAVNEOS	107		

TERUMO INSULIN SYRINGE	213	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	119	<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	21
<i>testosterone</i>	95	<i>tolterodine</i>	94	<i>triamcinolone acetonide</i>	81, 85, 98
<i>testosterone cypionate</i>	95	<i>tolvaptan (polycys kidney dis)</i>	64	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	64
<i>testosterone enanthate</i>	95	TOPCARE CLICKFINE	214	<i>triazolam</i>	28
<i>tetrabenazine</i>	75	TOPCARE ULTRA COMFORT	214	<i>trientine</i>	132
<i>tetracycline</i>	142	<i>topiramate</i>	158	<i>tri-estarylla</i>	151
TEVIMBRA	21	<i>toposar</i>	21	<i>trifluoperazine</i>	49
THALOMID	124	<i>toremifene</i>	21	<i>trifluridine</i>	119
<i>theophylline</i>	80, 81	<i>torpenz</i>	21	<i>trihexyphenidyl</i>	42
THINPRO INSULIN SYRINGE	213, 214	<i>torsemide</i>	64	TRIJARDY XR	31
<i>thioridazine</i>	49	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	34	TRIKAFTA	77
<i>thiothixene</i>	49	TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	34	<i>tri-legest fe</i>	151
<i>tiadylt er</i>	56	TRADJENTA	31	<i>tri-linyah</i>	151
<i>tiagabine</i>	158	<i>tramadol</i>	131	<i>tri-lo-estarylla</i>	152
TIBSOVO	21	<i>tramadol-acetaminophen</i>	131	<i>tri-lo-marzia</i>	152
<i>ticagrelor</i>	231	<i>trandolapril</i>	65	<i>tri-lo-mili</i>	152
TICE BCG	21	<i>tranexamic acid</i>	229	<i>tri-lo-sprintec</i>	152
TICOVAC	114	<i>tranylcypromine</i>	163	<i>trimethoprim</i>	134
<i>tigecycline</i>	142	TRAVASOL 10 %	51	<i>tri-mili</i>	152
<i>tilia fe</i>	151	<i>travoprost</i>	117	<i>trimipramine</i>	163
<i>timolol</i>	117	<i>trazodone</i>	163	TRINTELLIX	163
<i>timolol maleate</i>	55, 117	TRECATOR	168	<i>tri-nymyo</i>	152
<i>tinidazole</i>	40	TRELEGY ELLIPTA	81	<i>tri-sprintec (28)</i>	152
<i>tiopronin</i>	93	TRELSTAR	21	TRIUMEQ	173
<i>tiotropium bromide</i>	81	TREMFYA	108	TRIUMEQ PD	173
TIVDAK	21	TREMFYA ONE-PRESS	108	<i>trivora (28)</i>	152
TIVICAY	173	TREMFYA PEN	108	<i>tri-vylibra</i>	152
TIVICAY PD	173	TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN)	108	<i>tri-vylibra lo</i>	152
<i>tizanidine</i>	235	<i>treprostinil sodium</i>	125	TRIZIVIR	173
TOBI PODHALER	133	<i>tretinoin</i>	88	TROGARZO	173
<i>tobramycin</i>	119, 133			TROPHAMINE 10 %	52
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	133			<i>trospium</i>	94
<i>tobramycin sulfate</i>	133			TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	215

TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	215	ULTICARE PEN NEEDLE.....	218	ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES	223
TRUE COMFORT PEN NEEDLE	215	ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE	218	ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE.....	223
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS.....	216	ULTIGUARD SAFEPAK- INSULIN SYR.....	219	UNIFINE OTC PEN NEEDLE	224
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE	214, 215, 216	ULTIGUARD SAFEPAK-PEN NEEDLE	219	UNIFINE PEN NEEDLE	224
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG.....	214, 216	ULTILET ALCOHOL SWAB.	219	UNIFINE PENTIPS.....	205, 224
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	214	ULTILET INSULIN SYRINGE	198, 219, 220	UNIFINE PENTIPS MAXFLOW	224
TRUEPLUS INSULIN... 216, 217		ULTILET PEN NEEDLE.....	220	UNIFINE PENTIPS PLUS....	224, 225
TRUEPLUS PEN NEEDLE....	216	ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT)	196, 209	UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW.....	224
TRULICITY	31	ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE.....	189, 196, 220	UNIFINE PROTECT	225
TRUMENBA.....	114	ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT)	220	UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE	225
TRUQAP	22	ULTRA FLO INSULIN SYRINGE	221	UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE	225, 226
TRUXIMA	22	ULTRA FLO PEN NEEDLE..	220, 221	UPTRAVI	125
TUKYSA	22	ULTRA THIN PEN NEEDLE	221	<i>ursodiol</i>	91, 92
TURALIO	22	ULTRACARE INSULIN SYRINGE.....	221, 222	<i>ustekinumab</i>	108
<i>turqoz (28)</i>	152	ULTRACARE PEN NEEDLE.	222	UZEDY	49
TWINRIX (PF).....	114	ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT)	222	V	
TYBOST	124	ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE.....	222, 223	<i>valacyclovir</i>	175
TYENNE	108	ULTRA-FINE PEN NEEDLE	222, 223	VALCHLOR.....	86
TYENNE AUTOINJECTOR ..	108	ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR	223	<i>valganciclovir</i>	176
TYMLOS	69	ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL	224	<i>valproate sodium</i>	158
TYPHIM VI	114			<i>valproic acid</i>	159
TYVASO	125			<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	159
U				<i>valsartan</i>	59
UBRELVY	37			<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	59
UDENYCA ONBODY.....	233			VALTOCO	159
ULTICARE.....	217, 218			<i>valtya</i>	152
ULTICARE INSULIN SYRINGE	217				
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT)	217				

<i>vancomycin</i>	135	<i>vigabatrin</i>	159	<i>vyfemla (28)</i>	153
VANFLYTA.....	22	<i>vigadrone</i>	159	<i>vylibra</i>	153
VANISHPOINT INSULIN		<i>vigpoder</i>	159	VYLOY.....	23
SYRINGE.....	226	<i>vilazodone</i>	164	VYZULTA	117
VANISHPOINT SYRINGE....	226	VIMKUNYA	115	W	
VAQTA (PF).....	114, 115	<i>vinblastine</i>	22	<i>warfarin</i>	231
<i>varenicline tartrate</i>	26	<i>vincasar pfs</i>	22	WEBCOL	227
VARIVAX (PF)	115	<i>vincristine</i>	22	WELIREG.....	23
VAXCHORA VACCINE.....	115	<i>vinorelbine</i>	22	WINREVAIR.....	77
<i>velivet triphasic regimen (28)</i>		<i>violele (28)</i>	152	<i>wixela inhub</i>	79
.....	152	VIRACEPT	173	X	
VELTASSA.....	92	VIREAD	173	XALKORI	23
VEMLIDY	173	<i>virt-c dha</i>	238	<i>xarah fe</i>	153
VENCLEXTA	22	<i>virt-nate dha</i>	238	XARELTO	231
VENCLEXTA STARTING PACK		<i>virt-pn dha</i>	238	XARELTO DVT-PE TREAT 30D	
.....	22	<i>virt-pn plus</i>	238	START.....	231
<i>venlafaxine</i>	164	<i>vitafol gummies</i>	238	XATMEP	23
<i>venlafaxine besylate</i>	164	<i>vitafol nano</i>	238	XCOPRI.....	159
VEOZAH	124	<i>vitafol-ob+dha</i>	238	XCOPRI MAINTENANCE	
<i>verapamil</i>	56	VITRAKVI	22, 23	PACK.....	159
VERIFINE INSULIN SYRINGE		VIVIMUSTA.....	23	XCOPRI TITRATION PACK	159
.....	226, 227	VIVOTIF	115	XDEMZY	119
VERIFINE PEN NEEDLE	226	VIZIMPRO	23	XELJANZ	108, 109
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE		VOCABRIA.....	173	XELJANZ XR.....	109
.....	226, 227	<i>volnea (28)</i>	152	XERMELO	92
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-		VONJO.....	23	XGEVA	69
SHARP.....	227	VOQUEZNA.....	89	XIFAXAN	135
VERQUVO.....	57	VORANIGO	23	XIGDUO XR	31, 32
VERSACLOZ	49	<i>voriconazole</i>	167	XIIDRA	121
VERSALON	227	VOSEVI	174	XOLAIR.....	77
VERZENIO.....	22	VOWST	124	XOSPATA.....	23
<i>vestura (28)</i>	152	<i>vp-ch-pnv</i>	238	XPOVIO	23, 24
V-GO 20.....	227	<i>vp-pnv-dha</i>	238	XTANDI	24
V-GO 30	227	VRAYLAR	49, 50	<i>xulane</i>	153
V-GO 40	227	VUMERITY	75	XULTOPHY 100/3.6	35
<i>vienva</i>	152	VYALEV.....	42		

Y		
<i>yargesa</i>	234	
YERVOY	24	
YESINTEK	109	
YF-VAX (PF).....	115	
YONSA.....	24	
YUFLYMA(CF).....	109	
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S- UC-HS	109	
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR.....	109	
<i>yuvaferm</i>	97	
Z		
<i>zafemy</i>	153	
<i>zafirlukast</i>	79	
<i>zaleplon</i>	69	
<i>zatean-pn dha</i>	238	
<i>zatean-pn plus</i>	238	
<i>zebutal</i>	131	
ZEJULA.....	24	
ZELBORAF	24	
<i>zenatane</i>	86	
ZENPEP.....	234	
<i>zidovudine</i>	173	
ZIIHERA	24	
<i>zingiber</i>	238	
<i>ziprasidone hcl</i>	50	
<i>ziprasidone mesylate</i>	50	
ZIRABEV	24	
ZIRGAN	119	
ZOLADEX.....	24	
ZOLINZA.....	25	
<i>zolmitriptan</i>	37	
<i>zolpidem</i>	69	
ZONISADE	160	
<i>zonisamide</i>	160	
<i>zovia 1/35e (28)</i>	153	
<i>zovia 1-35 (28)</i>	153	
ZTALMY	160	
ZTLIDO	132	
<i>zumandimine (28)</i>	153	
ZURZUVAE.....	164	
ZYDELIG.....	25	
ZYKADIA.....	25	
ZYLET	119	
ZYNLONTA	25	
ZYNYZ	25	
ZYPREXA RELPREVV.....	50	

Este formulario fue actualizado el 19 de diciembre de 2025. Para información más reciente u otras preguntas, por favor contacte a Servicio al Cliente de Farmacia de PHP al (888) 436-5018, (usuarios de TTY llamen al 711), 24 horas al día, siete días a la semana o visite www.php-ca.org/for-members/drug-benefit/formulary.