Champion Health Plan of California

Formulario 2026
(Lista de medicamentos cubiertos)

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

Formulario 00026365, número de versión 17

Este formulario se actualizó el 1 de noviembre de 2026. Para obtener información más reciente o si tiene pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros de Champion Health Plan al 1-844-282-5341 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a Viernes (los mensajes recibidos en días festivos y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil).

También puede visitar www.championhmo.com.

Nota a los miembros existentes: Esta lista de medicamentos es diferente al del año anterior. Por favor revise este documento para asegurarse de que todavía contenga los medicamentos que usted toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiere a “nosotros” o a “nuestro”, se estará refiriendo a Champion. Cuando se refiere al “plan” o a “nuestro plan”, significa Champion.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) de nuestro plan, que entrará en vigencia el 1 de noviembre de 2026. Para obtener un formulario actualizado, por favor póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que se actualizó el formulario por última vez, aparecen en la portada y contraportada.

De forma general debe usar las farmacias de la red para utilizar su beneficio de medicamentos controlados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, y/o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026, y también de vez en cuando durante el año.

¿Qué es el Formulario de Champion?

Un formulario es una lista de medicamentos seleccionados que están cubiertos por Champion en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa los medicamentos controlados que se cree son una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, Champion cubrirá los medicamentos descritos en nuestro formulario siempre que el medicamento sea médicamente necesario, y la receta se surta en una farmacia de la red y se cumplan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, favor de revisar la Evidencia de Cobertura.

¿Puede cambiar el formulario (la lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero Champion puede agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al hacer estos cambios.

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

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel más bajo y con las mismas o menos restricciones. Además, cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente lo movemos a otro nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones. Si actualmente toma el medicamento de marca, es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, pero posteriormente le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hayamos hecho.
    - Si hacemos dicho cambio, usted o su recetador pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluye información sobre cómo solicitar una excepción, y puede encontrar información en la siguiente sección titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Champion?"

  Medicamentos retirados del mercado. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) considera que alguno de los medicamento de nuestro formulario es inseguro o si el fabricante del mismo lo retira del mercado, inmediatamente retiraremos el medicamento de nuestro formulario y daremos aviso a los miembros que toman dicho medicamento.

- **Otros cambios.** Podríamos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que se encuentra actualmente en el formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a otro nivel de costo compartido, o las dos cosas. O bien, podemos hacer cambios con base en nuevos lineamientos clínicos. Si quitamos medicamentos de nuestro formulario [o] agregamos una autorización previa, o límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento por pasos de algún medicamento o si movemos un medicamento a un nivel más alto de costo compartido, debemos notificarle a los miembros afectados sobre dicho cambio al menos 30 días antes de que el cambio sea efectivo, o en el momento en que el miembro solicite una reposición del medicamento, en cuyo caso el miembro recibirá un suministro de 30 días del medicamento.

- Si hacemos estos u otros cambios, usted o su recetador pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluye información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la siguiente sección titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Champion?"

Cambios que no lo afectarán si toma actualmente el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario 2026 que estaba cubierto a principios de año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2026, excepto en las condiciones descritas anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los toman por el resto del año de cobertura. No recibirá una notificación directa este año sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios le afectarán y es importante que revise la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios para conocer cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto está actualizado a partir el 1 de noviembre de 2026. Para obtener información actualizada acerca de los medicamentos cubiertos por Champion, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y contraportada.

¿Cómo puedo utilizar el formulario?

Existen dos maneras de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Padecimiento médico

El formulario comienza en la página 1. Los medicamentos de este formulario se agrupan en categorías según el tipo de padecimiento médico que tratan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección del corazón aparecen bajo la categoría de Agentes cardiovasculares. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque en la categoría el nombre de su medicamento.

Lista alfabética

Si no está seguro de en qué categoría buscar, busque su medicamento en el Índice. El índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Ambos medicamentos, tanto de marca como genéricos, están enlistados en el índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de la página donde podrá encontrar la información de cobertura. Vaya a la página que aparece en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Champion cubre medicamentos de marca y medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés), ya que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

¿Existen restricciones en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** Champion requiere que usted [o su médico] obtenga una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de Champion antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, Champion podría no cubrir el medicamento.

- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Champion limita la cantidad del medicamento que Champion cubrirá. Por ejemplo, nuestro Plan proporciona 18 comprimidos de succinato de sumatriptán oral por receta para 28 días. Esto puede ser adicional al suministro estándar para un mes o tres meses.

- **Tratamiento por pasos:** En algunos casos, Champion requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de cubrir otro medicamento para dicha afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su afección médica, Champion podría no cubrir el medicamento B a menos que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, Champion cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, revise el formulario que comienza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos si visita nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones en cuanto a autorizaciones previas y tratamiento por pasos. También puede solicitar que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que se actualizó el formulario por última vez, aparecen en la portada y contraportada.

Puede solicitarle a Champion una excepción a estas restricciones o límites, o una lista de otros medicamentos similares, que pudieran tratar la misma afección médica. Consulte la sección "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Champion?" en la página 1 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con el Servicio a Miembros y preguntar si su medicamento está cubierto. Para obtener más información, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que se actualizó el formulario por última vez, aparecen en la portada y contraportada.

Si Champion no cubre su medicamento, usted tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicio a Miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Champion. Cuando usted reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Champion.

- Usted puede solicitarle a Champion que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte lo siguiente para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de Champion?

Usted puede solicitarle a Champion que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel predeterminado de costo compartido, y usted no podría pedirnos que suministremos el medicamento a un nivel inferior de costo compartido.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel inferior de costo compartido, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidades. Si se aprueba, esto disminuiría la cantidad que usted debe pagar por su medicamento.

- Puede solicitarnos que exoneremos las restricciones de cobertura o los límites de su medicamento. Por ejemplo, para algunos medicamentos, Champion limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que exoneremos el límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Champion solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de costo compartido inferior o las restricciones adicionales de uso pudieran no ser tan efectivos para tratar su afección o pudieran provocarle efectos médicos adversos.

Debe contactarnos para solicitarnos una decisión inicial de cobertura con respecto a alguna excepción del formulario o restricción de uso. **Cuando solicite alguna excepción al formulario o a alguna restricción de uso, deberá ingresar una declaración de quién se lo haya recetado o de su médico quien apoya su solicitud.** Por lo general, debemos emitir una decisión dentro de las siguientes 72 horas a partir de recibir la declaración de apoyo de su médico. Puede solicitar una excepción expedita (rápida) si usted o su médico consideran que su salud podría verse seriamente comprometida si espera hasta 72 horas para obtener una decisión. Si se autoriza su solicitud expedita, debemos proporcionarle una decisión a más tardar 24 horas después de haber recibido la declaración de apoyo de su médico u otra persona autorizada para recetar.

Qué debo hacer antes de que pueda hablar con mi médico sobre un cambio en mis medicamentos o de solicitar una excepción?

Como un miembro nuevo o uno que continua en nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no se encuentren en nuestro formulario. O bien, es posible que esté tomando un medicamento que no esté en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo sea limitada. Por ejemplo, puede ser que necesite una autorización previa de nuestra parte antes de poder surtir su receta médica. Usted deberá hablar con su médico para decidir si deben cambiar a un medicamento apropiado que sí cubramos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. En el transcurso antes de hablar con su médico para determinar el curso correcto de acción para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros *90* días a partir de que se afilie a nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no estén incluidos en nuestro formulario, o si su capacidad de obtener los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos resurtidos para proporcionar hasta un suministro máximo para 30 días del medicamento. Después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos por dichos medicamentos, incluso si usted lleva menos de *90* días siendo miembro del plan.

Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no esté incluido en nuestro formulario, o si su capacidad de obtener los medicamentos es limitada, pero usted lleva más de 90 días afiliado a nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras tramita una excepción al formulario.

Los miembros que cambian de lugar de tratamiento debido a cambios en el nivel de atención también se consideran en transición. Estos miembros recibirán un resurtido de transición adecuado.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada acerca de su cobertura de medicamentos controlados por Champion, consulte su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre Champion, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que se actualizó el formulario por última vez, aparecen en la portada y contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos controlados por Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas del día / 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite http://www.medicare.gov.

Formulario de Champion

El formulario proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por Champion. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 107.

La primera columna del cuadro muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúsculas (por ej., HUMIRA) y los medicamentos genéricos están escritos en minúsculas en bastardilla (p. ej., *atorvastatina)*.

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

Lista de Abreviaciones

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

EX: Medicamento excluido. Este medicamento recetado no se cubre normalmente bajo un plan de medicamentos recetados Medicare. La cantidad que usted paga cuando se surte una receta de este medicamento no se imputa al costo total de sus medicamentos (es decir, la cantidad que pague no le ayudará a calificar para recibir cobertura catastrófica). Además, si recibe asistencia suplementaria para pagar sus medicamentos recetados, no recibirá asistencia suplementaria para pagar este medicamento.

LA: Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente de Express Scripts.

MO: Medicamento obtenido por correo. Este medicamento recetado está disponible a través de nuestro servicio de pedido por correo, así como en las farmacias minoristas de nuestra red. Considere utilizar el

servicio de farmacia por correo para obtener sus medicamentos de uso continuo, o de mantenimiento (por ejemplo, los medicamentos para la presión sanguínea elevada). Las farmacias minoristas de la red pueden ser más adecuadas para obtener medicamentos de uso a corto plazo (por ejemplo, los antibióticos).

NDS: Medicamentos con Suministro de Día No Extendido. Este medicamento solo está disponible como suministro de 30 días o menos.

NSO: No Disponible para Pedidos por Correo. Esto indica que ciertos medicamentos no son elegibles para entrega por correo y deben obtenerse en persona en una farmacia.

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

PA HRM: Autorización Previa para Medicamentos de Alto Riesgo. Ciertos medicamentos se consideran de alto riesgo, especialmente para adultos mayores (generalmente para adultos de 65 años o más). Estos medicamentos pueden tener un alto potencial de causar efectos secundarios graves y requieren autorización previa para su uso.

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

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

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

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer 3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias 23
Agentes Antiansiedad 24
Agentes Antidemencia 25
Agentes Antidiabetico 26
Agentes Antigota 32
Agentes Antimigraña 32
Agentes Antinausea 34
Agentes Antiparasitarios 35
Agentes Antiparkinson 36
Agentes Antipsicóticos 37
Agentes Calóricos 44
Agentes Cardiovasculares 45
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria 55
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica 56
Agentes De Trastorno De Sueño 57
Agentes Del Sistema Nervioso Central 58
Agentes Del Tracto Respiratorio 61
Agentes Dentales Y Orales 66
Agentes Dermatológicos 67
Agentes Gastrointestinales 71
Agentes Genitourinarios 74
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador 75
Agentes Inmunológicos 80
Agentes Oftálmicos 93
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta 94
Agentes Terapeuticos Misceláneos 99
Agentes Vasodilatadores 100
Analgésicos 101
Anestésicos 105
Antagonistas De Metales Pesados 105
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa) 106
Antibacterianos 106
Anticonceptivos 113
Anticonvulsivos 122
Antidepresivos 127
Antifúngicos 131
Antihistamínicos 133

Antimicobacteriales 133
Antivirales (Sitémico) 134
Cofactores Enzimáticos/Otros 141
Dispositivos 141
Preparaciones De Reemplazo 189
Productos Para La Tos Y Resfriado 191
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen 191
Reemplazo/Modificadores De Enzima 194
Relajantes Musculares Esqueléticos 195
Vitaminas Y Minerales 195

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer			
Agentes Anti Cáncer			
abiraterone oral tablet 250 mg	(Abirtega)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
abiraterone oral tablet 500 mg	(Zytiga)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
abiraterone, submicronized oral tablet 125 mg	(Yonsa)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
abirtega oral tablet 250 mg	(abiraterone)	l2	PA NSO; QL (120 per 30 days)
adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml	(fluorouracil)	l2	PA BvD
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)-180 MG (23)		5	PA NSO; NM; NDS
anastrozole oral tablet 1 mg	(Arimidex)	1	
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML		5	PA NSO; NM; NDS; QL (1.6 per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
AVMAPKI ORAL CAPSULE 0.8 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (66 per 28 days)
AXTLE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG		5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
azacitidine injection recon soln 100 mg	(Vidaza)	5	NM; NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg	(Treanda)	5	PA NSO; NM; NDS
BENDAMUSTINE INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	(Bendeka)	5	PA NSO; NM; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	(bendamustine)	5	PA NSO; NM; NDS
BEQALZI ORAL TABLET 1 MG, 20 MG, 5 MG, 80 MG		5	PA NSO; NM; NDS
BEQALZI STARTER PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 1-5-20-80 MG		5	PA NSO; NM; NDS
BESREMI PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 500 MCG/0.5 ML		5	PA NSO; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
bexarotene oral capsule 75 mg	(Targretin)	5	PA NSO; NM; NDS
bexarotene topical gel 1 %	(Targretin)	5	PA NSO; NM; NDS
bicalutamide oral tablet 50 mg	(Casodex)	12	
BIZENGRI INTRAVENOUS SOLUTION 375 MG/18.75 ML (20 MG/ML)		5	PA NSO; NM; NDS; QL (75 per 28 days)
bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit		12	
bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
bortezomib injection recon soln 3.5 mg	(Velcade)	5	PA NSO; NM; NDS
BORUZU INJECTION SOLUTION 2.5 MG/ML		4	PA NSO
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	(bosutinib)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 500 MG	(bosutinib)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
bosutinib oral tablet 100 mg	(Bosulif)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
bosutinib oral tablet 400 mg, 500 mg	(Bosulif)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAMCEVI (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 42 MG		4	PA NSO
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	(vandetanib)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	(vandetanib)	5	PA NSO; NM; NDS; 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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5	PA NSO; NM; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg	5	PA BvD; NM; NDS
cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml	5	PA BvD; NM; NDS
cyclophosphamide intravenous solution 500 mg/ml (Frindovyx)	5	PA BvD; NM; NDS
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	12	PA BvD; ST
cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg	3	PA BvD; ST
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 28 days)
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg (Sprycel)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
dasatinib oral tablet 20 mg (Sprycel)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
DATROWAY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
decitabine intravenous recon soln 50 mg	5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
doxorubicin, peg-liposomal (Caelyx) *intravenous suspension 2 mg/ml*	5	PA BvD; NM; NDS
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	4	PA NSO
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	4	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	4	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	4	PA NSO
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL INNER, SUV, P/F 40 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	5	NM; NDS
EMRELIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ENSACOVE ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	5	PA NSO; NM; NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	5	PA NSO; NM; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; 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.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
erlotinib oral tablet 150 mg		5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG		4	
etoposide intravenous solution 20 mg/ml	(Avopef)	l2	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	(flutamide)	5	NM; NDS
everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg	(Yulithira)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg	(Yulithira)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 5 mg	(Yulithira)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 7.5 mg	(Yulithira)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg	(Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
exemestane oral tablet 25 mg	(Aromasin)	l2	
FAKZYNJA ORAL TABLET 200 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (42 per 28 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG		5	PA BvD; NM; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG		3	PA BvD
floxuridine injection recon soln 0.5 gram		l2	PA BvD

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml	12	PA BvD
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml (Cligavyx)	5	NM; NDS
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
gefitinib oral tablet 250 mg (Iressa)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG (afatinib)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
hydroxyurea oral capsule 500 mg (Hydrea)	12	
HYRNUO ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; 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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ifosfamide intravenous recon soln 1 gram (Ifex)	l2	
ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml	l2	
imatinib oral tablet 100 mg (Gleevec)	l2	PA NSO; QL (180 per 30 days)
imatinib oral tablet 400 mg (Gleevec)	l2	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (216 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG, 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (280 per 28 days)
INLEXZO INTRAVESICAL IMPLANT 225 MG	5	PA BvD; NM; NDS
INLURIYO ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; 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.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAKAFI XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG, 33 MG, 44 MG, 55 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
JIDEYTRO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	4	PA BvD; ST
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
KEYTRUDA QLEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 395 MG-4,800 UNIT/2.4 ML, 790 MG-9,600 UNIT/4.8 ML	5	PA NSO; NM; NDS
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA NSO; NM; NDS; 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.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KISQALI 200 MG DAILY DOSE 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (63 per 28 days)
KOMZIFTI ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (600 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 7.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (390 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
lapatinib oral tablet 250 mg (Tykerb)	5	PA NSO; NM; NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg (Revlimid)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 X2), 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)		5	PA NSO; NM; NDS
letrozole oral tablet 2.5 mg	(Femara)	12	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		5	NM; NDS
leuprolide acetate (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg	(Lutrate Depot (3 month))	4	PA NSO
leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml		12	PA NSO
LIFYORLI ORAL CAPSULE 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X3), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X9), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X2), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X3), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X9)		5	PA NSO; NM; NDS
lomustine oral capsule 10 mg	(Gleostine)	12	
lomustine oral capsule 100 mg, 40 mg	(Gleostine)	5	NM; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML)		5	PA NSO; NM; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG		5	PA NSO; NM; NDS; 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.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
LUNSUMIO VELO SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/ML, 5 MG/0.5 ML	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG (leuprolide acetate (3 month))	4	PA NSO
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (15 per 8 days)
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (40 per 28 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	NM; NDS

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	NM; NDS
megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg	2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml (Purixan)	5	NM; NDS
mercaptopurine oral tablet 50 mg	2	
methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram	2	
methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml	2	
methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml	2	
methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg	2	PA BvD; ST
mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml	2	
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (20 per 28 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; 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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg (Tasigna)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
nilotinib hcl oral capsule 50 mg (Tasigna)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
nilutamide oral tablet 150 mg	5	NM; NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; 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)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	5	PA NSO; NM; NDS
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG-5,000 UNIT/2.5 ML, 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	5	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML		5	PA NSO; NM; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg	(Abraxane)	5	PA BvD; NM; NDS
pazopanib oral tablet 200 mg	(Votrient)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
pazopanib oral tablet 400 mg		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg		5	NM; NDS
pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml		5	NM; NDS
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML		5	NM; NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)		5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)		5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
pomalidomide oral capsule 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Pomalyst)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	(pomalidomide)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RASONQUE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA NSO; NM; NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA NSO; NM; NDS; 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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; 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)	5	PA NSO; NM; NDS
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RYBREVANT FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,600 MG-20,000 UNIT/10 ML, 2,240 MG-28,000 UNIT/14 ML, 2,400 MG-30,000 UNIT/15 ML, 3,520 MG-44,000 UNIT/22 ML	5	PA NSO; NM; NDS
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
RYTELO INTRAVENOUS RECON SOLN 188 MG, 47 MG	5	PA NSO; NM; NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5	NM; NDS
sorafenib oral tablet 200 mg (Nexavar)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg (Sutent)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	5	NM; NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg	l2	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML		5	PA NSO; NM; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML		5	PA NSO; NM; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG		4	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
toremifene oral tablet 60 mg	(Fareston)	5	NM; NDS
torpenz oral tablet 10 mg	(everolimus (antineoplastic))	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	(everolimus (antineoplastic))	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG		4	PA NSO
tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg		5	NM; NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (64 per 28 days)
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML		5	PA NSO; NM; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG		5	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS
VEPPANU ORAL TABLET 100 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml	l2	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
VIVIMUSTA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (bendamustine)	5	PA NSO; NM; NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; 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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; 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), 80 MG/WEEK (80 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (16 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG (abiraterone, submicronized)	5	PA NSO; NM; NDS; 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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
yulithira oral tablet 10 mg, 7.5 mg	(everolimus (antineoplastic))	l2	PA NSO; QL (60 per 30 days)
yulithira oral tablet 2.5 mg, 5 mg	(everolimus (antineoplastic))	l2	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ZENBEXUS ORAL CAPSULE 0.75 MG, 1 MG		5	PA NSO; NM; NDS
ZIIHERA INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG		5	PA NSO; NM; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML		5	PA NSO; NM; NDS
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG		4	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	NM; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG		5	PA NSO; NM; NDS
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML		5	PA NSO; NM; NDS; QL (20 per 28 days)
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias			
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias			
acamprosate oral tablet,delayed release (dr/ec) 333 mg		l2	
buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg		l2	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	(Suboxone)	l2	
buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg		l2	
bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg		l2	
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg		l2	
KLOXXADO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION		3	QL (4 per 30 days)
naloxone injection solution 0.4 mg/ml		l2	
naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml		l2	
naloxone nasal spray,non-aerosol 4 mg/actuation	(Narcan)	l2	QL (4 per 30 days)
naltrexone oral tablet 50 mg		l2	
NICOTROL NS NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/ML		4	ST; QL (240 per 180 days)
varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Chantix)	l2	QL (336 per 365 days)
varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)		l2	QL (336 per 365 days)
varenicline tartrate oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)	(Chantix Starting Month Box)	l2	
Agentes Antiansiedad			
Benzodiacepinas			
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	(Xanax)	1	NM; QL (120 per 30 days)
alprazolam oral tablet 2 mg	(Xanax)	1	NM; QL (150 per 30 days)
chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg		l2	NM; 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.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Klonopin)	1	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet 2 mg	(Klonopin)	1	QL (300 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg		l2	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg		l2	QL (300 per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg		l2	QL (180 per 30 days)
diazepam injection solution 5 mg/ml		l2	QL (10 per 28 days)
diazepam injection syringe 5 mg/ml		l2	
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml	(diazepam)	l2	QL (1200 per 30 days)
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)		l2	QL (1200 per 30 days)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	(Valium)	1	QL (120 per 30 days)
lorazepam 2 mg/ml oral concent	(Lorazepam Intensol)	l2	NM; QL (150 per 30 days)
lorazepam 4 mg/ml vial inner	(Ativan)	1	QL (2 per 30 days)
lorazepam injection solution 2 mg/ml	(Ativan)	1	QL (2 per 30 days)
lorazepam injection solution 4 mg/ml	(Ativan)	4	QL (2 per 30 days)
lorazepam injection syringe 2 mg/ml		1	QL (2 per 30 days)
lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml	(lorazepam)	l2	NM; QL (150 per 30 days)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Ativan)	1	NM; QL (90 per 30 days)
lorazepam oral tablet 2 mg	(Ativan)	1	NM; QL (150 per 30 days)
temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg	(Restoril)	1	NM; QL (30 per 30 days)
temazepam oral capsule 22.5 mg	(Restoril)	l2	NM; QL (30 per 30 days)
temazepam oral capsule 7.5 mg	(Restoril)	l2	NM; QL (120 per 30 days)
Agentes Antidemencia			
Agentes Antidemencia			
donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg	(Aricept)	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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
donepezil oral tablet 23 mg	(Aricept)	2	QL (30 per 30 days)
donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg		2	
donepezil oral tablet,disintegrating 5 mg		2	QL (30 per 30 days)
ergoloid oral tablet 1 mg		2	
galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg		2	QL (30 per 30 days)
galantamine oral solution 4 mg/ml		2	QL (200 per 30 days)
galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg		2	QL (60 per 30 days)
memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg		2	ST; QL (30 per 30 days)
memantine oral solution 2 mg/ml		2	QL (300 per 30 days)
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg		2	QL (60 per 30 days)
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg		2	
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour	(Exelon Patch)	2	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico			
Agentes Antidiabeticos, Varios			
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg		2	
dapagliflozin oral tablet 10 mg, 5 mg	(Farxiga)	2	QL (30 per 30 days)
dapagliflozin-metformin oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 10-1,000 mg, 10-500 mg, 5-1,000 mg, 5-500 mg	(Xigduo XR)	2	
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		3	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG		3	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	(linagliptin-metformin)	3	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.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
metformin oral solution 500 mg/5 ml (Riomet)	2	QL (765 per 30 days)
metformin oral tablet 1,000 mg	6	QL (75 per 30 days)
metformin oral tablet 500 mg	6	QL (150 per 30 days)
metformin oral tablet 850 mg	6	QL (90 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	6	QL (120 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg	6	QL (60 per 30 days)
mifepristone oral tablet 300 mg (Korlym)	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 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	3	PA; QL (2 per 28 days)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg	6	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC ORAL TABLET 1.5 MG, 4 MG, 9 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	3	PA; QL (3 per 28 days)
pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg (Actos)	6	QL (30 per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg	6	QL (90 per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg (Actoplus MET)	6	QL (90 per 30 days)
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg	6	QL (120 per 30 days)
repaglinide oral tablet 2 mg	6	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.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin oral tablet 50-1,000 mg, 50-500 mg	(Janumet)	2	QL (60 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 100-1,000 mg	(Janumet XR)	2	QL (30 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 50-1,000 mg, 50-500 mg	(Janumet XR)	2	QL (60 per 30 days)
sitagliptin phosphate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Januvia)	2	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG		3	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG		3	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG		3	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	(linagliptin)	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG		3	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		3	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		3	PA; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG	(dapagliflozin-metformin)	3	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.

11/01/2026

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml	(Novolog U-100 Insulin aspart)	3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
insulin glargine-yfgn subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)	(Semglee(insulin glarg-yfgn)Pen)	3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml	(Semglee(insulin glargine-yfgn))	3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml	(Admelog U-100 Insulin lispro)	3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine)	3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine)	3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)		3	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)		3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	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.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin aspart u-100)	3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	(insulin asp prt-insulin aspart)	3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	(insulin asp prt-insulin aspart)	3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	(insulin aspart u-100)	3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin aspart u-100)	3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML		3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	3	max $35 copay per month supply; QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	3	max $35 copay per month supply; QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas			
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg		6	QL (30 per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg		6	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg		6	QL (120 per 30 days)
glipizide oral tablet 2.5 mg		6	QL (90 per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg		6	QL (240 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg		6	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.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg		6	QL (30 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg		6	QL (240 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg		6	QL (120 per 30 days)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg		6	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg		6	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg		6	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
Agentes Antigota			
Agentes Antigota, Otros			
allopurinol oral tablet 100 mg	(Zyloprim)	1	
allopurinol oral tablet 300 mg		1	
colchicine oral capsule 0.6 mg	(Mitigare)	2	QL (60 per 30 days)
colchicine oral tablet 0.6 mg	(Colcrys)	2	QL (120 per 30 days)
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	(Uloric)	2	QL (30 per 30 days)
probenecid oral tablet 500 mg		2	
probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg		2	
Agentes Antimigraña			
Agentes Antimigraña			
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML		3	PA; QL (1 per 30 days)
dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)	(Migranal)	5	ST; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML		3	PA; QL (2 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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML		3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)		3	PA; QL (3 per 30 days)
naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg		2	QL (18 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG		3	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)
rizatriptan oral tablet 10 mg	(Maxalt)	2	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet 5 mg		2	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg	(Maxalt-MLT)	2	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 5 mg		2	QL (18 per 30 days)
sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject outer, suv	(Imitrex STATdose Pen)	2	QL (4 per 28 days)
sumatriptan 6 mg/0.5 ml autoinj suv	(Imitrex STATdose Pen)	4	QL (4 per 28 days)
sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation		2	QL (12 per 30 days)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg	(Imitrex)	2	QL (9 per 30 days)
sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg	(Imitrex)	2	QL (18 per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml	(Imitrex STATdose Pen)	4	QL (4 per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml	(Imitrex STATdose Pen)	2	QL (4 per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml		2	QL (5 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		3	PA; QL (16 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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antinausea			
Agentes Antinausea			
aprepitant oral capsule 125 mg		l2	PA BvD; QL (2 per 28 days)
aprepitant oral capsule 40 mg		l2	PA BvD; QL (1 per 28 days)
aprepitant oral capsule 80 mg	(Emend)	l2	PA BvD; QL (4 per 28 days)
aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)	(Emend)	l2	PA BvD
compro rectal suppository 25 mg	(prochlorperazine)	l2	
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Marinol)	l2	PA; QL (60 per 30 days)
meclizine oral tablet 12.5 mg		1	
meclizine oral tablet 25 mg	(Dramamine (meclizine))	1	
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg		l2	PA BvD
ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg		l2	PA BvD
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)		l2	
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	(Compazine)	l2	
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	(Compro)	l2	
promethazine injection solution 25 mg/ml	(Phenergan)	l2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
promethazine rectal suppository 25 mg	(Promethegan)	l2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg	(promethazine)	l2	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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days	(Transderm-Scop)	2	PA-HRM; QL (10 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
Agentes Antiparasitarios			
Agentes Antiparasitarios			
albendazole oral tablet 200 mg		2	
atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml	(Mepron)	2	
atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg	(Malarone)	2	
atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg	(Malarone Pediatric)	2	
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg		2	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		4	
hydroxychloroquine oral tablet 100 mg		2	QL (180 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	(Plaquenil)	2	QL (90 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 300 mg	(Sovuna)	2	QL (60 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 400 mg		2	QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
ivermectin oral tablet 3 mg	(Stromectol)	2	
ivermectin oral tablet 6 mg		2	
mefloquine oral tablet 250 mg		2	
nitazoxanide oral tablet 500 mg	(Alinia)	5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
pentamidine inhalation recon soln 300 mg	(Nebupent)	2	PA BvD
pentamidine injection recon soln 300 mg	(Pentam)	2	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
praziquantel oral tablet 600 mg		12	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)		4	
pyrimethamine oral tablet 25 mg	(Daraprim)	5	PA; NM; NDS
quinine sulfate oral capsule 324 mg	(Qualaquin)	12	PA
tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg		12	
Agentes Antiparkinson			
Agentes Antiparkinson			
amantadine hcl oral capsule 100 mg		12	
amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml		12	
amantadine hcl oral tablet 100 mg		12	
benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		12	
bromocriptine oral tablet 2.5 mg		12	
cabergoline oral tablet 0.5 mg		12	
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg	(Sinemet)	12	
carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg	(Dhivy)	12	
carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg		12	
carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg		12	
carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg		12	
entacapone oral tablet 200 mg		12	
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML		5	PA; NM; NDS; QL (600 per 30 days)
pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg		12	
rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Azilect)	12	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	12	
ropinirole oral tablet extended release 24 hr 2 mg, 4 mg	12	
selegiline hcl oral capsule 5 mg	12	
selegiline hcl oral tablet 5 mg	12	
trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg	12	
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (560 per 28 days)
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	5	NM; NDS; QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	12	
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg (Abilify)	12	
aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg	12	ST; QL (90 per 30 days)
aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg	12	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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	NM; NDS; QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	NM; NDS; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	NM; NDS; QL (3.2 per 14 days)
asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg (Saphris)	l2	QL (60 per 30 days)
BYSANTI ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
BYSANTI TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	4	ST
BYSANTI TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)	4	ST
BYSANTI TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2MG(2)- 6 MG (2)	4	ST
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
chlorpromazine injection solution 25 mg/ml	l2	
chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	l2	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	12	
clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Clozaril)	12	
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg	12	ST; QL (90 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg	12	ST; QL (180 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg	12	ST; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	5	ST; NM; NDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NM; NDS; QL (0.75 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NM; NDS; QL (1 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NM; NDS; QL (1.5 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 351 MG/2.25 ML	5	NM; NDS; QL (2.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	5	NM; NDS; QL (0.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NM; NDS; QL (0.5 per 21 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	4	ST
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)	4	ST

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2)	4	ST
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml	12	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	12	
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	12	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml	12	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	12	
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	12	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	12	
haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml	12	
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	12	
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	12	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5	NM; NDS; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	NM; NDS; QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NM; NDS; QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NM; NDS; QL (1 per 21 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NM; NDS; QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	3	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NM; NDS; QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	NM; NDS; QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	NM; NDS; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	NM; NDS; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	NM; NDS; QL (2.63 per 70 days)
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	12	
lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg (Latuda)	12	
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
molindone oral tablet 10 mg	12	QL (240 per 30 days)
molindone oral tablet 25 mg	12	QL (270 per 30 days)
molindone oral tablet 5 mg	5	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; 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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
olanzapine intramuscular recon soln 10 mg	(Zyprexa)	2	QL (30 per 30 days)
olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg	(Zyprexa)	2	
olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	(Zyprexa Zydis)	2	
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG		5	ST; NM; NDS
paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg		2	QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg	(Invega)	2	QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg	(Invega)	2	QL (60 per 30 days)
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg		2	
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG		5	NM; NDS; QL (1 per 30 days)
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg		2	
quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	(Seroquel)	2	
quetiapine oral tablet 150 mg		2	
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	(Seroquel XR)	2	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml	(Risperdal Consta)	2	QL (2 per 28 days)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 25 mg/2 ml	(Rykindo)	2	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.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml	(Rykindo)	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	(Risperdal)	2	
risperidone oral tablet 0.25 mg		2	
risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Risperdal)	2	
risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg		2	
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	(risperidone microspheres)	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR		5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg		2	
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		2	
trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		2	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML		5	NM; NDS; QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML		5	NM; NDS; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML		5	NM; NDS; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML		5	NM; NDS; QL (0.56 per 56 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	5	NM; NDS; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	5	NM; NDS; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	5	NM; NDS; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NM; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg (Geodon)	l2	
ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.) (Geodon)	l2	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	4	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	4	PA BvD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %		4	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %		4	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %		4	PA BvD
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution		l2	
Agentes Cardiovasculares			
Agentes Alfa-Adrenérgicos			
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg		1	
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr	(Catapres-TTS-1)	l2	
clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr	(Catapres-TTS-2)	l2	
clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr	(Catapres-TTS-3)	l2	
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Cardura)	1	
droxidopa oral capsule 100 mg	(Northera)	l2	PA; QL (180 per 30 days)
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	(Northera)	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg		l2	
midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		l2	
prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg		l2	
Agentes Antiarritmicos			
amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg	(Pacerone)	l2	
amiodarone oral tablet 400 mg		l2	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	(Tikosyn)	l2	
flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg		l2	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		3	
pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	(amiodarone)	l2	
propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg		l2	
propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg		l2	
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg		l2	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos			
acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg		l2	
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Tenormin)	1	
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg		l2	
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		l2	
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg		l2	
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	(Coreg)	1	
labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg		l2	
metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Toprol XL)	1	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 50-25 mg		l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg	(Lopressor)	1	
metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg		1	
nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	(Bystolic)	2	
propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	(Inderal LA)	2	
propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg		2	
sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	(sotalol)	2	
sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	(Sotalol AF)	2	
sotalol oral tablet 240 mg		2	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		2	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio			
cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	(diltiazem hcl)	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg		2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg	(Tiadylt ER)	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	(Cartia XT)	2	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg	(Cardizem)	2	
diltiazem hcl oral tablet 90 mg		2	
dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	(diltiazem hcl)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	(diltiazem hcl)	l2	
tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	(diltiazem hcl)	l2	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg		l2	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg		4	
verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg		1	
verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg		l2	
Agentes Cardiovasculares, Varios			
ATTRUBY ORAL TABLET 356 MG		5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG		5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML		4	QL (600 per 30 days)
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	(Lanoxin)	l2	
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml	(Auvi-Q)	3	QL (4 per 30 days)
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml	(EpiPen Jr)	l2	QL (4 per 30 days)
epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml		3	QL (4 per 30 days)
epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml	(Auvi-Q)	l2	QL (4 per 30 days)
hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg		1	
icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	(Firazyr)	5	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg	(Corlanor)	3	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.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
metyrosine oral capsule 250 mg		5	PA; NM; NDS
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg		l2	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	PA; QL (30 per 30 days)
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG		5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii			
candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	(Atacand)	6	
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg	(Atacand HCT)	6	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	(sacubitril-valsartan)	3	QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLET 15-16 MG, 6-6 MG		3	QL (240 per 30 days)
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg	(Avapro)	6	
irbesartan oral tablet 75 mg		6	
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	(Avalide)	6	
losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Cozaar)	6	
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg	(Hyzaar)	6	
olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg	(Benicar)	6	
olmesartan-amlodipin-hcthiazid 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	(Tribenzor)	6	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	(Benicar HCT)	6	
sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg	(Entresto)	l2	QL (60 per 30 days)
telmisartan oral tablet 20 mg		6	
telmisartan oral tablet 40 mg, 80 mg	(Micardis)	6	
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg	(Micardis HCT)	6	
valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg	(Diovan)	6	
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	(Diovan HCT)	6	
Dihidropiridinas			
amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Norvasc)	1	
amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg	(Lotrel)	6	
amlodipine-benazepril oral capsule 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg		6	
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	(Azor)	6	
amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	(Exforge)	6	
amlodipine-valsartan-hcthiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg	(Exforge HCT)	l2	
felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		l2	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg	(Procardia XL)	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
nifedipine oral tablet extended release 24hr 90 mg		l2	
nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg		l2	
Dislipidémicos			
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg	(Caduet)	6	
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	(Caduet)	6	QL (30 per 30 days)
amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg		6	
atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Lipitor)	6	
cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram	(Questran)	l2	
cholestyramine light oral powder in packet 4 gram	(cholestyramine)	l2	
colesevelam oral powder in packet 3.75 gram	(WelChol)	l2	
colesevelam oral tablet 625 mg	(WelChol)	l2	
colestipol oral packet 5 gram		l2	
colestipol oral tablet 1 gram	(Colestid)	l2	
ezetimibe oral tablet 10 mg	(Zetia)	l2	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg	(Vytorin 10-10)	6	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg	(Vytorin 10-20)	6	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg	(Vytorin 10-40)	6	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg	(Vytorin 10-80)	6	QL (30 per 30 days)
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg		l2	
fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg		l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg		l2	
fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg		6	QL (60 per 30 days)
fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg	(Lescol XL)	6	
gemfibrozil oral tablet 600 mg	(Lopid)	1	
icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram	(Vascepa)	l2	QL (240 per 30 days)
icosapent ethyl oral capsule 1 gram	(Vascepa)	l2	QL (120 per 30 days)
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg		6	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG		3	ST; QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG		3	ST; QL (30 per 30 days)
niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg		l2	
omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram	(Lovaza)	l2	ST; QL (120 per 30 days)
pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	(Livalo)	l2	QL (30 per 30 days)
pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg		6	
prevalite oral powder in packet 4 gram	(cholestyramine)	l2	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML		3	ST; QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML		3	ST; QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML		3	ST; QL (6 per 28 days)
rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	(Crestor)	6	
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Zocor)	6	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg		6	
Diuréticos			
amiloride oral tablet 5 mg		1	
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg		l2	
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		l2	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg		l2	
furosemide injection solution 10 mg/ml		1	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)		l2	
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Lasix)	1	
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg		1	
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		1	
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg		1	
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	(tolvaptan (polycys kidney dis))	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		l2	
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Aldactone)	1	
spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg		l2	
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)	(Jynarque)	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg		1	
triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg		1	
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina			
benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Lotensin)	6	
benazepril oral tablet 5 mg		6	
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	(Lotensin HCT)	6	
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg		6	
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		6	
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	(Vasotec)	6	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg	(Vaseretic)	6	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg		6	
fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg		6	
fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg		6	
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	(Zestril)	6	
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	(Zestoretic)	6	
moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg		6	
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg		6	
quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg		6	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg		6	
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		6	
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg		6	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona			
aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg	(Tekturna)	12	
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg		12	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores			
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg		12	
isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg	(Isordil Titradose)	12	
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg		12	
isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg		1	
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg		12	
nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	(Nitrostat)	12	
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	(Nitro-Dur)	12	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria			
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria			
alosetron oral tablet 0.5 mg	(Lotronex)	12	
alosetron oral tablet 1 mg	(Lotronex)	5	NM; NDS
balsalazide oral capsule 750 mg	(Colazal)	12	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg		12	
budesonide rectal foam 2 mg/actuation	(Uceris)	12	
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml	(Cortenema)	12	
mesalamine oral capsule, extended release 500 mg	(Pentasa)	12	
mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram	(Apriso)	12	
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram	(Lialda)	12	QL (120 per 30 days)
sulfasalazine oral tablet 500 mg	(Azulfidine)	12	
sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	(Azulfidine EN-tabs)	4	
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica			
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica			
alendronate oral solution 70 mg/75 ml		12	QL (300 per 28 days)
alendronate oral tablet 10 mg		1	QL (30 per 30 days)
alendronate oral tablet 35 mg		1	QL (4 per 28 days)
alendronate oral tablet 70 mg	(Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)
calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation		12	
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg		12	
cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg	(Sensipar)	12	QL (60 per 30 days)
cinacalcet oral tablet 90 mg	(Sensipar)	12	QL (120 per 30 days)
ibandronate oral tablet 150 mg		12	QL (1 per 28 days)
OSENVELT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)		5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg	(Zemplar)	12	
paricalcitol oral capsule 4 mcg		12	
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG		5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
STOBOCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML		3	QL (1 per 180 days)
teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)	(Bonsity)	5	PA; NM; NDS; QL (2.24 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)		5	PA; NM; NDS; QL (1.56 per 30 days)
Agentes De Trastorno De Sueño			
Agentes De Trastorno De Sueño			
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	(Nuvigil)	12	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG		3	QL (30 per 30 days)
doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg	(Silenor)	12	QL (30 per 30 days)
eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg	(Lunesta)	12	QL (30 per 30 days)
modafinil oral tablet 100 mg	(Provigil)	12	PA; QL (30 per 30 days)
modafinil oral tablet 200 mg	(Provigil)	12	PA; QL (60 per 30 days)
sodium oxybate oral solution 500 mg/ml	(Xyrem)	5	PA; NM; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg		12	QL (30 per 30 days)
zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg	(Ambien)	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.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	12	QL (60 per 30 days)
atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	12	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	5	PA; NM; NDS; 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)	5	PA; NM; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; NM; NDS; QL (15 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.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cladribine 10 mg x 10 tab pk outer	(Mavenclad (10 tablet pack))	5	PA; NM; NDS
cladribine(multiple sclerosis) oral tablet 10 mg (10 pack), 10 mg (4 pack), 10 mg (5 pack), 10 mg (6 pack), 10 mg (7 pack), 10 mg (8 pack), 10 mg (9 pack)		5	PA; NM; NDS
dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg	(Ampyra)	l2	PA; QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg	(Adderall XR)	l2	QL (30 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg	(Adderall XR)	l2	QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	(Adderall)	l2	QL (60 per 30 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg	(Tecfidera)	l2	PA; QL (14 per 7 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)	(Tecfidera)	l2	PA
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg	(Tecfidera)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
fingolimod oral capsule 0.5 mg	(Gilenya)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml	(Glatopa)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml	(Glatopa)	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml	(glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml	(glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (12 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.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Intuniv ER)	l2	
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)-80 MG (21)		5	PA; NM; NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML		5	PA; NM; NDS; QL (1.2 per 28 days)
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg		1	
lithium carbonate oral tablet 300 mg		1	
lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg	(Lithobid)	l2	
lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg		l2	
lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml		l2	
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG		5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG		5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)		3	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)		5	PA; NM; NDS
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml	(Methylin)	l2	QL (900 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	(Ritalin)	l2	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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML-94 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
riluzole oral tablet 50 mg	l2	
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg (Xenazine)	l2	PA; QL (112 per 28 days)
tetrabenazine oral tablet 25 mg (Xenazine)	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)	l2	PA BvD
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	5	NM; NDS; QL (560 per 28 days)
cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml	l2	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; 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.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
JASCAYD ORAL TABLET 18 MG, 9 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
nintedanib oral capsule 100 mg, 150 mg (Ofev)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
pirfenidone oral capsule 267 mg	5	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 267 mg (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 534 mg	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 801 mg (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML	5	PA BvD; NM; NDS
roflumilast oral tablet 250 mcg (Daliresp)	l2	QL (28 per 28 days)
roflumilast oral tablet 500 mcg (Daliresp)	l2	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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)		5	PA; NM; NDS; 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)		5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2)		5	PA; NM; NDS; QL (1 per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG		5	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados			
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	(fluticasone propion-salmeterol)	3	QL (12 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	(fluticasone furoate)	3	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	(fluticasone furoate-vilanterol)	3	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE		3	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.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
breyna inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	(budesonide-formoterol)	l2	QL (30.9 per 30 days)
budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml	(Pulmicort)	l2	PA BvD; QL (120 per 30 days)
budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	(Breyna)	l2	QL (30.6 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation		l2	QL (12 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation		l2	QL (24 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation		l2	QL (21.2 per 30 days)
fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose	(Wixela Inhub)	l2	QL (60 per 30 days)
wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose	(fluticasone propion-salmeterol)	l2	QL (60 per 30 days)
Antileucotrinos			
montelukast oral tablet 10 mg	(Singulair)	1	
montelukast oral tablet,chewable 4 mg, 5 mg	(Singulair)	l2	
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg		l2	
Broncodilatadores			
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION		3	QL (32.1 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation	(Ventolin HFA)	l2	QL (17 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)		l2	QL (13.4 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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)	l2	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	l2	PA BvD
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION (umeclidinium-vilanterol)	3	QL (60 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE 160-18-4.8 MCG 160-18-4.8 MCG/ACTUATION	3	QL (23.6 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	3	QL (23.6 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-18-4.8 MCG/ACTUATION, 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	3	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	3	QL (8 per 30 days)
ipratropium bromide inhalation hfa aerosol inhaler 17 mcg/actuation (Atrovent HFA)	l2	QL (25.8 per 28 days)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	l2	PA BvD
ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml	l2	PA BvD; QL (540 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION	3	QL (4 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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION		3	QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION		3	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION		3	QL (4 per 28 days)
theophylline oral solution 80 mg/15 ml		l2	
theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg		l2	
theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg		l2	
tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg	(Spiriva with HandiHaler)	l2	QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG		3	QL (60 per 30 days)
Agentes Dentales Y Orales			
Agentes Dentales Y Orales			
cevimeline oral capsule 30 mg	(Evoxac)	l2	
chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %	(Periogard)	1	
denta 5000 plus dental cream 1.1 %	(fluoride (sodium))	1	
dentagel dental gel 1.1 %	(fluoride (sodium))	1	
fluoride (sodium) dental gel 1.1 %	(DentaGel)	1	
fluoride (sodium) dental solution 0.2 %	(PreviDent)	1	
periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %	(chlorhexidine gluconate)	1	
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	(Salagen (pilocarpine))	l2	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sf 5000 plus dental cream 1.1 %	(fluoride (sodium))	1	
sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %	(Denta 5000 Plus Sensitive)	1	
triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %	(Kourzeq)	l2	
Agentes Dermatológicos			
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos			
ala-cort topical cream 1 %	(hydrocortisone)	l2	
betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %		l2	
betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %		l2	
betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %		l2	
betamethasone valerate topical cream 0.1 %		l2	
betamethasone valerate topical lotion 0.1 %		l2	
betamethasone valerate topical ointment 0.1 %		l2	
betamethasone, augmented topical cream 0.05 %		l2	
betamethasone, augmented topical gel 0.05 %		l2	
betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %		l2	
betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %	(Diprolene (augmented))	l2	
clobetasol scalp solution 0.05 %		l2	
clobetasol topical cream 0.05 %		l2	
clobetasol topical gel 0.05 %		l2	
clobetasol topical lotion 0.05 %		l2	
clobetasol topical ointment 0.05 %		l2	
clobetasol topical shampoo 0.05 %	(Clodan)	l2	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
clobetasol-emollient topical cream 0.05 %		12	
clobetasol-emollient topical foam 0.05 %	(Tovet Emollient)	12	
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %		3	
fluocinolone topical cream 0.01 %		12	
fluocinolone topical cream 0.025 %	(Synalar)	12	
fluocinolone topical ointment 0.025 %	(Synalar)	12	
fluocinonide topical cream 0.05 %		12	
fluocinonide topical gel 0.05 %		12	
fluocinonide topical ointment 0.05 %		12	
fluocinonide topical solution 0.05 %		12	
fluticasone propionate topical cream 0.05 %		12	
halobetasol propionate topical cream 0.05 %		12	
halobetasol propionate topical ointment 0.05 %		12	
hydrocortisone 2.5% cream		12	
hydrocortisone topical cream 1 %	(Ala-Cort)	12	
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %	(Procto-Med HC)	12	
hydrocortisone topical lotion 2.5 %		12	
hydrocortisone topical ointment 1 %	(Anti-Itch (HC))	1	
hydrocortisone topical ointment 2.5 %		1	
hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %		12	
mometasone topical cream 0.1 %		12	
mometasone topical ointment 0.1 %		12	
mometasone topical solution 0.1 %		12	
pimecrolimus topical cream 1 %		12	QL (100 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.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(hydrocortisone)	l2	
proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(hydrocortisone)	l2	
proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(hydrocortisone)	l2	
tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %		l2	QL (100 per 30 days)
triamcinol ac (pf) in 0.9%nacl injection suspension 40 mg/ml		l2	
triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %		1	
triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %	(Triderm)	1	
triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %		l2	
triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %		l2	
Agentes Dermatológicos, Otros			
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg		l2	
acyclovir topical ointment 5 %	(Zovirax)	l2	QL (30 per 30 days)
ammonium lactate topical cream 12 %		l2	
ammonium lactate topical lotion 12 %	(AmLactin)	l2	
calcipotriene scalp solution 0.005 %	(Pellix)	l2	QL (120 per 30 days)
calcipotriene topical cream 0.005 %		l2	QL (120 per 30 days)
calcipotriene topical ointment 0.005 %		l2	QL (120 per 30 days)
fluorouracil topical cream 5 %	(Efudex)	l2	
fluorouracil topical solution 2 %, 5 %		l2	
imiquimod topical cream in packet 5 %		l2	QL (24 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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %		5	ST; NM; NDS; QL (5 per 5 days)
methoxsalen oral capsule,liqd-filled,rapid rel 10 mg		5	NM; NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %		5	NM; NDS; QL (60 per 28 days)
podofilox topical solution 0.5 %		12	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM		4	QL (180 per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %		5	PA NSO; NM; NDS
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	(isotretinoin)	12	
Antibacterianos Dermatológicos			
clindamycin phosphate topical solution 1 %		12	QL (180 per 30 days)
clindamycin phosphate topical swab 1 %	(Clindacin ETZ)	12	
clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %		12	
erythromycin with ethanol topical solution 2 %		12	
gentamicin topical cream 0.1 %		12	QL (90 per 30 days)
gentamicin topical ointment 0.1 %		12	QL (120 per 30 days)
metronidazole topical cream 0.75 %	(Rosadan)	12	
metronidazole topical gel 0.75 %	(Rosadan)	12	
metronidazole topical gel 1 %		12	
mupirocin topical ointment 2 %	(Centany)	1	QL (220 per 30 days)
rosadan topical cream 0.75 %	(metronidazole)	12	
selenium sulfide topical lotion 2.5 %		12	
silver sulfadiazine topical cream 1 %	(SSD)	12	
ssd topical cream 1 %	(silver sulfadiazine)	4	
Escabicidas Y Pediculicidas			
malathion topical lotion 0.5 %	(Ovide)	12	
permethrin topical cream 5 %		12	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.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Retinoides Dermatológicos			
adapalene topical cream 0.1 %		12	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %		4	PA
tazarotene topical cream 0.1 %	(Tazorac)	12	
tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	(Retin-A)	12	PA
Agentes Gastrointestinales			
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos			
amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg		12	
cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml		12	
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg	(Acid Reducer (esomeprazole))	12	
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg	(Nexium)	12	
esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg	(Nexium Packet)	12	ST; QL (30 per 30 days)
esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg	(Nexium Packet)	12	ST; QL (60 per 30 days)
famotidine oral tablet 20 mg	(Acid Controller)	1	
famotidine oral tablet 40 mg	(Pepcid)	1	
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg	(Acid Reducer (lansoprazole))	12	QL (30 per 30 days)
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg	(Prevacid)	12	QL (60 per 30 days)
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	(Cytotec)	12	
omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg		1	
pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg	(Protonix)	1	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
rabeprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg	(AcipHex)	l2	
sucralfate oral tablet 1 gram	(Carafate)	l2	
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		4	PA
Agentes Gastrointestinales, Otros			
carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg	(Carbaglu)	5	PA; NM; NDS
constulose oral solution 10 gram/15 ml	(lactulose)	l2	
cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml	(Gastrocrom)	l2	
dicyclomine oral capsule 10 mg		l2	
dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml		l2	
dicyclomine oral tablet 20 mg		l2	
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	(Lomotil)	l2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
enulose oral solution 10 gram/15 ml	(lactulose)	l2	
generlac oral solution 10 gram/15 ml	(lactulose)	l2	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg	(Robinul)	l2	
glycopyrrolate oral tablet 2 mg	(Robinul Forte)	l2	
kionex oral suspension 15 gram/60 ml	(sodium polystyrene sulfonate)	l2	
lactulose oral solution 10 gram/15 ml	(Constulose)	l2	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		3	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM		3	
loperamide oral capsule 2 mg	(Anti-Diarrheal (loperamide))	l2	
lubiprostone oral capsule 24 mcg		l2	QL (60 per 30 days)
lubiprostone oral capsule 8 mcg	(Amitiza)	l2	QL (120 per 30 days)
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml		l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	(Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		3	QL (30 per 30 days)
sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram		l2	
sodium polystyrene sulfonate oral suspension 15 gram/60 ml	(Kionex)	l2	
sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml		l2	
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG		3	QL (30 per 30 days)
ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg	(Reltone)	5	NM; NDS
ursodiol oral capsule 300 mg		l2	
ursodiol oral tablet 250 mg		l2	
ursodiol oral tablet 500 mg	(URSO Forte)	l2	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM		3	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG		5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
Enlaces De Fosfato			
calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg		l2	
calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg		l2	
sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram	(Renvela)	l2	
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	(Renvela)	l2	
sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg		l2	
Laxantes			
gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram	(peg 3350-electrolytes)	l2	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	(peg 3350-electrolytes)	l2	
gavilyte-n oral recon soln 420 gram	(peg-electrolyte soln)	l2	
peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	(GaviLyte-G)	l2	
peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram	(GaviLyte-N)	l2	
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram	(Suprep Bowel Prep Kit)	l2	
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)		l2	
Agentes Genitourinarios			
Agentes Genitourinarios, Varios			
alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg	(Uroxatral)	l2	QL (30 per 30 days)
dutasteride oral capsule 0.5 mg	(Avodart)	l2	
finasteride oral tablet 5 mg	(Proscar)	1	
tamsulosin oral capsule 0.4 mg		1	
terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		1	
Antiespasmódicos, Urinario			
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg		l2	
fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg	(Toviaz)	l2	
flavoxate oral tablet 100 mg		l2	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	(mirabegron)	l2	
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml		l2	
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg		l2	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg		l2	
solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg	(Vesicare)	l2	
tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg		l2	
tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg		l2	
trospium oral tablet 20 mg		l2	
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador			
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos			
levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	(Levo-T)	1	
liomny oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	(liothyronine)	l2	
liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	(Liomny)	l2	
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg		1	
propylthiouracil oral tablet 50 mg		l2	
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA; NM; NDS
Andrógenos			
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg		l2	
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml	(Depo-Testosterone)	l2	PA
testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)		l2	PA
testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml		l2	PA; QL (5 per 28 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)	(Vogelxo)	l2	PA; 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.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)	(AndroGel)	l2	PA; QL (150 per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram)		l2	PA; QL (300 per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (50 mg/5 gram)	(Vogelxo)	l2	PA; QL (300 per 30 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos			
abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg	(estradiol-norethindrone acet)	1	
abigale oral tablet 1-0.5 mg	(estradiol-norethindrone acet)	l2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
conjugated estrogens oral tablet 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg	(Premarin)	l2	
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	(estradiol)	l2	QL (8 per 28 days)
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		1	
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	(Dotti)	l2	QL (8 per 28 days)
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	(Climara)	l2	QL (4 per 28 days)
estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)	(Estrace)	l2	
estradiol vaginal tablet 10 mcg	(Yuvafem)	l2	QL (18 per 28 days)
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg	(Abigale Lo)	l2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg	(Abigale)	l2	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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
mimvey oral tablet 1-0.5 mg	(estradiol-norethindrone acet)	l2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM		3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)		3	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		3	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
raloxifene oral tablet 60 mg	(Evista)	l2	
yuvafem vaginal tablet 10 mcg	(estradiol)	l2	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides			
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml		l2	
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg		l2	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml		1	
fludrocortisone oral tablet 0.1 mg		l2	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	(Cortef)	l2	
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml	(Depo-Medrol)	l2	
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	(Medrol)	l2	
methylprednisolone oral tablet 32 mg		l2	
methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg	(Medrol (Pak))	1	
prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)		l2	PA BvD
prednisolone oral solution 15 mg/5 ml		l2	PA BvD

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)	12	PA BvD
prednisone oral solution 5 mg/5 ml	12	PA BvD
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	1	PA BvD
prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)	12	
triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml (Kenalog)	12	
Pituitario		
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days)
desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)	12	
desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)	12	
desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg (DDAVP)	12	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NM; NDS
lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml (Somatuline Depot)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA; NM; NDS

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

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)		5	PA; NM; NDS
octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml		5	NM; NDS
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml	(Sandostatin)	12	
octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml		12	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG		5	PA NSO; NM; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG		5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG		5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG		5	PA; NM; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)		5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	(lanreotide)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	(lanreotide)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG		5	PA; NM; NDS
Progestinas			
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML		3	QL (0.65 per 84 days)
gallifrey oral tablet 5 mg	(norethindrone acetate)	12	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml	(Depo-Provera)	l2	
medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml	(Depo-Provera)	l2	
medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Provera)	1	
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)		l2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	(Gallifrey)	l2	
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	(Prometrium)	l2	
Agentes Inmunológicos			
Agentes Inmunológicos			
adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml	(Yuflyma(CF) Autoinjector)	5	PA; NM; NDS
adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 80 mg/0.8 ml	(adalimumab-aaty(CF) AI Crohns)	5	PA; NM; NDS
adalimumab-aaty subcutaneous syringe kit 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml	(Yuflyma(CF))	5	PA; NM; NDS
adalimumab-aaty(cf) ai crohns subcutaneous auto-injector, kit 80 mg/0.8 ml	(adalimumab-aaty)	5	PA; NM; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG		5	PA; NM; NDS
azathioprine oral tablet 50 mg	(Imuran)	l2	PA BvD
azathioprine sodium injection recon soln 100 mg		l2	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		5	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML		5	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML		5	PA NSO; NM; NDS; 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.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	5	PA; NM; NDS
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	5	PA; NM; NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 200 MG/ML, 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	5	PA; NM; NDS
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml (Sandimmune)	12	PA BvD
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg (Gengraf)	12	PA BvD
cyclosporine modified oral capsule 50 mg	12	PA BvD
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml (Neoral)	12	PA BvD
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg (Sandimmune)	12	PA BvD
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	(adalimumab-adbm)	5	PA; NM; NDS
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	(adalimumab-adbm)	5	PA; NM; NDS
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)	5	PA; NM; NDS
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML		5	PA; NM; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML		5	PA; NM; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)		5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)		5	PA; NM; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)		5	PA; NM; NDS
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg	(Zortress)	l2	PA BvD
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	(Zortress)	5	PA BvD; NM; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)		5	PA BvD; NM; NDS
gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg	(cyclosporine modified)	l2	PA BvD
gengraf oral solution 100 mg/ml	(cyclosporine modified)	l2	PA BvD

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HADLIMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	5	PA; NM; NDS
HADLIMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	5	PA; NM; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; 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	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; 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	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; 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	5	PA; NM; NDS; 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.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
infliximab intravenous recon soln 100 mg	(Remicade)	5	PA; NM; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML		5	PA; NM; NDS
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	(Arava)	l2	
mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg	(CellCept Intravenous)	l2	PA BvD
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	(CellCept)	l2	PA BvD
mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml	(CellCept)	5	PA BvD; NM; NDS
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	(CellCept)	l2	PA BvD
mycophenolate sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg	(Myfortic)	l2	PA BvD
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML, 50 MG/ML		5	PA NSO; NM; NDS
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG		5	PA BvD; NM; NDS
OMLYCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG		5	PA; NM; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML		5	PA; NM; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML		5	PA; NM; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG		5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	5	PA; NM; NDS
OTEZLA XR INITIATION ORAL TABLET AND TABLET ER DOSE PACK 10-20-30-75 MG	5	PA; NM; NDS
OTEZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 75 MG	5	PA; NM; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML (tacrolimus)	4	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	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	4	ST
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NM; NDS
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NM; NDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	3	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML (ustekinumab-aekn)	3	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab-aekn)	5	PA; NM; NDS
sirolimus oral solution 1 mg/ml	l2	PA BvD

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		12	PA BvD
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML		5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML		5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 55 MG/0.37 ML		5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)		5	PA; NM; NDS
tacrolimus intravenous solution 5 mg/ml	(Prograf)	12	PA BvD
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	(Prograf)	12	PA BvD
tacrolimus oral capsule,extended release 24hr 0.5 mg, 1 mg	(Astagraf XL)	12	PA BvD
tacrolimus oral capsule,extended release 24hr 5 mg	(Astagraf XL)	5	PA BvD; NM; NDS
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG		5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
tofacitinib oral solution 1 mg/ml	(Xeljanz)	5	PA; NM; NDS
tofacitinib oral tablet 10 mg, 5 mg	(Xeljanz)	5	PA; NM; NDS
tofacitinib oral tablet extended release 24 hr 11 mg, 22 mg	(Xeljanz XR)	5	PA; NM; NDS
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)		5	PA; NM; NDS
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML		5	PA; NM; NDS
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML		5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5	PA; NM; NDS
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NM; NDS
ustekinumab-aauz subcutaneous syringe 45 mg/0.5 ml, 90 mg/ml (Otulfi)	3	PA
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NM; NDS
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	3	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; NM; NDS
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	5	PA; NM; NDS
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	5	PA; NM; NDS
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab-aaty)	5	PA; NM; NDS

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	3	PA BvD; $0 copay
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	3	PA BvD; $0 copay
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	3	PA BvD; $0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	3	$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	3	$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	3	$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	3	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	3	PA BvD; $0 copay
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	3	PA BvD; $0 copay
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	3	$0 copay
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	3	$0 copay

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	3	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	3	$0 copay
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	3	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	3	
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) INTRAMUSCULAR KIT 0.5 ML	3	$0 copay

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	3	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	3	$0 copay; QL (2 per 365 days)
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	3	$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	3	$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	3	$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	3	$0 copay
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	3	$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (typhoid vi polysacch vaccine)	3	$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	3	$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	3	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	3	$0 copay
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	3	$0 copay
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	3	$0 copay
VIMKUNYA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	3	$0 copay
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT	3	$0 copay
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML	3	$0 copay
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg	12	
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	12	
acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg	12	
betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	12	
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 % (Alphagan P)	12	
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	12	
brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 % (Combigan)	12	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	(Azopt)	12	
carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %		12	
dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %		12	
dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml	(Cosopt)	12	
latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %	(Xalatan)	1	QL (2.5 per 25 days)
levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %		12	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	(bimatoprost)	3	QL (2.5 per 25 days)
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg		12	
pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %		12	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %		3	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %		3	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %		3	
timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %		1	
timolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Betimol)	1	
travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %	(Travatan Z)	12	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %		4	QL (5 per 30 days)
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta			
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta			
acetic acid otic (ear) solution 2 %		12	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram	12	
bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	12	
ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %	12	
ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %	12	QL (7.5 per 7 days)
erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)	12	QL (3.5 per 4 days)
gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	12	
hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %	12	
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 % (Vigamox)	12	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	4	
neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	12	
neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	12	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % (Maxitrol)	12	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %	12	
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml	12	
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	12	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%		l2	
neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	(neomycin-bacitracin-poly-hc)	l2	
neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	(neomycin-bacitracin-polymyxin)	l2	
ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	(Ocuflox)	l2	
ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %		l2	
polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	(bacitracin-polymyxin b)	l2	
polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml		1	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %		l2	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %		l2	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)		l2	
tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %		1	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %		l2	
tobramycin-lotepred ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.5 %	(Zylet)	l2	
trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %		l2	
XDEMVY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %		5	PA; NM; NDS; QL (10 per 42 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %		4	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta			
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %	(Prolensa)	l2	
cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %	(Restasis)	l2	QL (60 per 30 days)
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %		l2	
diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %		l2	
difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %	(Durezol)	l2	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %		3	QL (8.3 per 14 days)
flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)		l2	QL (50 per 25 days)
fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %	(DermOtic Oil)	l2	
fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %	(FML Liquifilm)	l2	
flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %		l2	
fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation	(24 Hour Allergy Relief)	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %		3	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %		3	QL (5.6 per 14 days)
ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Acular)	l2	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %		3	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %		3	QL (5 per 16 days)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %	(Lotemax)	l2	QL (10 per 14 days)

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %		12	ST
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %		12	QL (15 per 19 days)
mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation	(Allergy Nasal (mometasone))	12	QL (34 per 30 days)
prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	(Pred Forte)	4	
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %		3	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios			
atropine ophthalmic (eye) drops 1 %		12	
azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)		12	QL (60 per 30 days)
azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)	(Astepro Allergy)	12	QL (30 per 25 days)
azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %		12	
cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %		12	
epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %		12	
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)		12	QL (30 per 28 days)
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)		12	QL (15 per 10 days)
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 %		3	QL (12 per 28 days)
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %	(Eye Allergy Itch-Redness Rlf)	12	
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	(Advanced Eye Relief (olopatad))	12	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Terapeuticos Misceláneos			
Agentes Terapeuticos Misceláneos			
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS
BAQSIMI NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION		3	
betaine oral powder 1 gram/scoop	(Cystadane)	5	PA; NM; NDS
buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg		1	
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	(Proglycem)	5	NM; NDS
glucagon emergency kit (human) injection recon soln 1 mg		3	
glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram	(Endari)	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML		3	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML		3	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML		3	
hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg		l2	
hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg		1	
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg		l2	
mesna oral tablet 400 mg	(Mesnex)	5	NM; NDS
nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)	(Rectiv)	l2	QL (30 per 30 days)
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	(Mestinon)	l2	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		3	QL (30 per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG		4	PA; QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE 1 X 10EXP6 TO 3 X 10EXP7 CELL		5	PA; NM; NDS; 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		5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
alyq oral tablet 20 mg	(tadalafil (pulm. hypertension))	l2	PA; QL (60 per 30 days)
bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg	(Tracleer)	5	PA; NM; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
macitentan oral tablet 10 mg	(Opsumit)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg	(Revatio)	l2	PA; QL (360 per 30 days)
sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Viagra)	1	EX; CB (6 EA per 30 days)
tadalafil oral tablet 2.5 mg		l2	PA; QL (30 per 30 days)
tadalafil oral tablet 5 mg	(Cialis)	l2	PA; QL (30 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 100 MCG		5	PA; NM; NDS; QL (480 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 150 MCG		5	PA; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG		5	PA; NM; NDS; 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.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)		5	PA; NM; NDS
YUTREPIA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 106 MCG, 26.5 MCG, 53 MCG, 79.5 MCG		5	PA; NM; NDS
Analgésicos			
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos			
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg	(Celebrex)	l2	QL (60 per 30 days)
diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %	(Flector)	4	PA; QL (60 per 30 days)
diclofenac potassium oral tablet 50 mg		l2	QL (120 per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg		l2	
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 25 mg		l2	
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 50 mg		l2	QL (120 per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 75 mg		l2	QL (60 per 30 days)
diclofenac sodium topical drops 1.5 %		l2	QL (300 per 30 days)
diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)		5	PA; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg	(Arthrotec 50)	l2	
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 75-200 mg-mcg	(Arthrotec 75)	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg		l2	
etodolac oral tablet 400 mg	(Lodine)	l2	
etodolac oral tablet 500 mg		l2	
flurbiprofen oral tablet 100 mg	(Lurbiro)	l2	
ibu oral tablet 400 mg	(ibuprofen)	1	QL (240 per 30 days)
ibu oral tablet 600 mg, 800 mg	(ibuprofen)	1	
ibuprofen oral tablet 400 mg	(IBU)	1	QL (240 per 30 days)
ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg	(IBU)	1	
indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg		l2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
ketorolac oral tablet 10 mg		l2	PA-HRM; QL (20 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg		1	
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg		l2	
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg		1	
naproxen oral tablet 500 mg	(Naprosyn)	1	
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg	(EC-Naprosyn)	l2	
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg		l2	
Analgésicos, Varios			
acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5 ml cup inner 300 mg-30 mg /12.5 ml		1	NM; QL (4500 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml		1	NM; QL (4500 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg		l2	NM; QL (360 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg		l2	NM; QL (180 per 30 days)
buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour	(Butrans)	l2	NM; 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.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg		12	PA-HRM; NM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg	(Fioricet)	12	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg		12	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg		12	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
endocet oral tablet 10-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	12	NM; QL (180 per 30 days)
endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	12	NM; QL (360 per 30 days)
endocet oral tablet 7.5-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	12	NM; QL (240 per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg		5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg		12	PA; NM; QL (120 per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr		12	NM; QL (10 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml		12	NM; QL (2700 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg		12	NM; QL (180 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg		12	NM; QL (240 per 30 days)
hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Dilaudid)	12	NM; QL (180 per 30 days)
methadone oral tablet 10 mg		12	NM; 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.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
methadone oral tablet 5 mg		l2	NM; QL (180 per 30 days)
morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)		l2	PA; NM; QL (180 per 30 days)
morphine oral solution 10 mg/5 ml (2 mg/ml)		l2	NM; QL (700 per 30 days)
morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)		l2	NM; QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG		4	NM; QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG		4	NM; QL (120 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg		l2	NM; QL (60 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg	(MS Contin)	l2	NM; QL (90 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 60 mg	(MS Contin)	l2	NM; QL (60 per 30 days)
oxycodone oral capsule 5 mg		l2	NM; QL (180 per 30 days)
oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg		l2	NM; QL (180 per 30 days)
oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg	(Roxicodone)	l2	NM; QL (120 per 30 days)
oxycodone oral tablet 20 mg		l2	NM; QL (120 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	(Endocet)	l2	NM; QL (180 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	(Endocet)	l2	NM; QL (360 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	(Endocet)	l2	NM; QL (240 per 30 days)
tramadol oral tablet 50 mg		1	NM; QL (240 per 30 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg		l2	NM; 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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Anestésicos			
Anestesia Local			
dermacinrx lidocan 5% patch outer	(lidocaine)	2	PA; QL (90 per 30 days)
glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %	(lidocaine hcl)	2	QL (30 per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %	(Glydo)	2	QL (30 per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %		2	
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	(DermacinRx Lidocan)	2	PA; QL (90 per 30 days)
lidocaine topical ointment 5 %		2	PA; QL (240 per 30 days)
lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %		2	PA; QL (30 per 30 days)
lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %	(lidocaine)	2	PA; QL (90 per 30 days)
tridacaine iii topical adhesive patch,medicated 5 %	(lidocaine)	2	PA; QL (90 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %		3	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados			
Antagonistas De Metales Pesados			
deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg	(Jadenu Sprinkle)	5	PA; NM; NDS
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg	(Jadenu)	2	PA
penicillamine oral tablet 250 mg	(Depen Titratabs)	5	PA; NM; NDS
trientine oral capsule 250 mg	(Syprine)	5	PA; NM; NDS; 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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)			
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)			
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	(Cleocin)	1 2	
metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)	(Vandazole)	1 2	
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %		1 2	
terconazole vaginal suppository 80 mg		1 2	
Antibacterianos			
Aminoglicósidos			
amikacin injection solution 500 mg/2 ml		1 2	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML		5	PA; NM; NDS; QL (235.2 per 28 days)
gentamicin injection solution 40 mg/ml		1 2	
gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml		1 2	
neomycin oral tablet 500 mg		1 2	
streptomycin intramuscular recon soln 1 gram		5	NM; NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG		5	NM; NDS; QL (224 per 28 days)
tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml	(Tobi)	5	PA BvD; NM; NDS
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml		1 2	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antibacteriales, Misceláneos			
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	(Cleocin HCl)	l2	
clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml)		l2	
clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml	(Cleocin)	l2	
colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg	(Coly-Mycin M Parenteral)	5	NM; NDS
daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg		5	NM; NDS
fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram		l2	
linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml	(Zyvox)	l2	
linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	(Zyvox)	5	NM; NDS
linezolid oral tablet 600 mg		l2	
methenamine hippurate oral tablet 1 gram		l2	
metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml	(Metro I.V.)	l2	
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg		1	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg		l2	QL (120 per 30 days)
nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg	(Macrobid)	l2	QL (60 per 30 days)
trimethoprim oral tablet 100 mg		l2	
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 1.25 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg		l2	
vancomycin oral capsule 125 mg	(Vancocin)	l2	QL (56 per 14 days)
vancomycin oral capsule 250 mg	(Vancocin)	l2	QL (112 per 14 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	3	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram	2	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS
ertapenem injection recon soln 1 gram	2	
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg	2	
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg (Primaxin IV)	2	
meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg	2	
meropenem intravenous recon soln 2 gram	4	
Cefalosporinas		
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg	2	
cefadroxil oral capsule 500 mg	2	
cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml	2	
cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg	2	
cefazolin intravenous recon soln 10 gram	2	
cefdinir oral capsule 300 mg	2	
cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	2	
cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cefixime oral capsule 400 mg	2	
cefixime oral tablet 400 mg	2	
cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	2	
cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg	2	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	2	
ceftaroline fosamil intravenous recon soln 400 mg, 600 mg (Teflaro)	5	NM; NDS
ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram (Tazicef)	2	
ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg	2	
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg	2	
cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg	2	
cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram	2	
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	1	
cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	2	
tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram (ceftazidime)	2	
Macrólidos		
azithromycin intravenous recon soln 500 mg	2	
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	2	
azithromycin oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (Zithromax)	2	
azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg	1	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	(Zithromax)	1	
clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml		l2	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg		l2	
erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml	(E.E.S. Granules)	l2	
erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml	(EryPed 400)	l2	
erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg		l2	
fidaxomicin oral tablet 200 mg	(Dificid)	5	NM; NDS; QL (20 per 10 days)
Penicilinas			
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg		1	
amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml		1	
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg		1	
amoxicillin oral tablet,chewable 125 mg, 250 mg		l2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml		l2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml	(Augmentin)	l2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml	(Augmentin ES-600)	l2	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg	12	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg (Augmentin)	12	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet,chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg	12	
ampicillin oral capsule 500 mg	12	
ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg	12	
ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram (Unasyn)	12	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	4	
dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg	12	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT	4	
LENTOCILIN S (WITH LIDOCAINE) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT-1.5 %	4	
nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	12	
penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit (Pfizerpen-G)	12	
penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	12	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	1	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram	l2	
Quinolonas		
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg (Cipro)	1	
ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg	1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	l2	
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml	l2	
levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml	l2	
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	1	
moxifloxacin 400 mg/250 ml bag suv, p/f, inner	l2	
moxifloxacin oral tablet 400 mg	l2	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml	l2	
Sulfonamidas		
sulfadiazine oral tablet 500 mg	l2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml (Sulfatrim)	l2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg (Bactrim)	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg (Bactrim DS)	1	
Tetraciclinas		
demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg	l2	
doxy-100 intravenous recon soln 100 mg (doxycycline hyclate)	l2	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg	(Doxy-100)	12	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg		12	
doxycycline hyclate oral capsule 50 mg	(Morgidox)	12	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg		12	
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg	(Mondoxyne NL)	12	
doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg		12	
doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml		12	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg	(Avidoxy)	12	
doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg		12	
minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg		12	
tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg		12	
tigecycline intravenous recon soln 50 mg	(Tygacil)	12	
Anticonceptivos			
Anticonceptivos			
afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	12	
altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	12	
alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	12	
alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		12	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
apri oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	l2	
aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	l2	
aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	l2	
aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	l2	
blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
camila oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	
chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	l2	
cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	l2	
dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		l2	
deblitane oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	
desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Azurette (28))	l2	
dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	l2	
eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	l2	QL (1 per 28 days)
emzahh oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	
enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	l2	QL (1 per 28 days)
enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(levonorg-eth estrad triphasic)	l2	
enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	l2	
errin oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	
estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg	(Kelnor 1/35 (28))	l2	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg	(Valtya)	l2	
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(EluRyng)	l2	QL (1 per 28 days)
falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
feirza oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	l2	QL (1 per 28 days)
heather oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	
iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	QL (91 per 84 days)
incassia oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	
introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	QL (91 per 84 days)
isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	l2	
jencycla oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	4	QL (91 per 84 days)
juleber oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	l2	
junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	l2	
junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	l2	
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	l2	
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	l2	
kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	l2	
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG		4	
larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	l2	
larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	l2	
larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(levonorg-eth estrad triphasic)	l2	
levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)	(Balcoltra)	4	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Afirmelle)	l2	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg	(Altavera (28))	l2	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)	(Amethyst (28))	l2	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(Iclevia)	l2	QL (91 per 84 days)
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(Enpresse)	l2	
levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG		3	
low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	l2	
luizza oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	l2	
lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
lyleq oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	
lyza oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	
marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
meleya oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	
microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	l2	
microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	l2	
microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
mili oral tablet 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG		4	
MIUDELLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 175 SQUARE MM		4	
mono-linyah oral tablet 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG		3	
norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(Xulane)	l2	QL (3 per 28 days)
norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg	(Jencycla)	l2	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Aurovela Fe 1-20 (28))	l2	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Aurovela Fe 1.5/30 (28))	l2	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(Tilia Fe)	l2	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(Tri-Lo-Estarylla)	l2	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Tri-Estarylla)	l2	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg	(Mono-Linyah)	l2	
nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)		l2	
nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	l2	
nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		l2	
nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		2	
orquidea oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	2	
pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	QL (91 per 84 days)
sharobel oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	2	
simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG		4	
sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(levonorg-eth estrad triphasic)	l2	
tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	l2	
tyblume oral tablet,chewable 0.1 mg-20 mcg		4	
valtya oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	l2	
vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	l2	
volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	l2	
vylibra oral tablet 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(norelgestromin-ethin.estradiol)	12	QL (3 per 28 days)
zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(norelgestromin-ethin.estradiol)	12	QL (3 per 28 days)
zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	12	
Anticonvulsivos			
Anticonvulsivos			
brivaracetam intravenous solution 50 mg/5 ml	(Briviact)	5	NM; NDS; QL (80 per 30 days)
brivaracetam oral solution 10 mg/ml	(Briviact)	12	QL (600 per 30 days)
brivaracetam oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Briviact)	5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	(brivaracetam)	5	NM; NDS; QL (80 per 30 days)
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg	(Carbatrol)	12	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml	(Tegretol)	12	
carbamazepine oral tablet 200 mg	(Tegretol)	12	
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg	(Tegretol XR)	12	
carbamazepine oral tablet,chewable 100 mg, 200 mg		12	
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	(Onfi)	12	QL (480 per 30 days)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	(Onfi)	12	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG		5	PA NSO; NM; NDS; 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.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 5-7.5-10 mg		12	
diazepam rectal kit 2.5 mg		4	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG		4	
divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg	(Depakote Sprinkles)	12	
divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg	(Depakote ER)	12	
divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg	(Depakote)	12	
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,000 MG		5	ST; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,500 MG		5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA NSO; NM; NDS
epitol oral tablet 200 mg	(carbamazepine)	12	
eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg	(Aptiom)	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg	(Aptiom)	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ethosuximide oral capsule 250 mg	(Zarontin)	12	
ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml	(Zarontin)	12	
felbamate oral suspension 600 mg/5 ml		12	
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	(Felbatol)	12	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML		5	PA NSO; NM; NDS
fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml	(Cerebyx)	12	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg	(Neurontin)	l2	QL (360 per 30 days)
gabapentin oral capsule 400 mg	(Neurontin)	l2	QL (270 per 30 days)
gabapentin oral solution 250 mg/5 ml	(Neurontin)	l2	QL (2160 per 30 days)
gabapentin oral tablet 600 mg	(Neurontin)	l2	QL (180 per 30 days)
gabapentin oral tablet 800 mg	(Neurontin)	l2	QL (120 per 30 days)
lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml	(Vimpat)	l2	QL (200 per 5 days)
lacosamide oral solution 10 mg/ml	(Vimpat)	l2	QL (1200 per 30 days)
lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	(Vimpat)	l2	QL (60 per 30 days)
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	(Subvenite)	1	
lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg	(Lamictal)	l2	
lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Lamictal ODT)	l2	
levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml	(Keppra)	l2	
levetiracetam oral solution 100 mg/ml	(Keppra)	l2	
levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	(Keppra)	l2	
levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg	(Keppra XR)	l2	
levetiracetam oral tablet for suspension 250 mg	(Spritam)	l2	ST
levetiracetam oral tablet for suspension 500 mg	(Spritam)	4	ST
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG		4	QL (10 per 30 days)
methsuximide oral capsule 300 mg	(Celontin)	l2	
NAYZILAM NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)		4	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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)	(Trileptal)	l2	
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	(Trileptal)	l2	
perampanel oral suspension 0.5 mg/ml	(Fycompa)	5	ST; NM; NDS; QL (720 per 30 days)
perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg	(Fycompa)	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
perampanel oral tablet 2 mg	(Fycompa)	l2	ST; QL (30 per 30 days)
perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg	(Fycompa)	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)		l2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg		l2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
phenytek oral capsule 200 mg, 300 mg	(phenytoin sodium extended)	l2	
phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml	(Dilantin-125)	l2	
phenytoin oral tablet,chewable 50 mg	(Dilantin Infatabs)	l2	
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg	(Dilantin Extended)	l2	
phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg	(Phenytek)	l2	
phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml		l2	
phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml		l2	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Lyrica)	l2	QL (90 per 30 days)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	(Lyrica)	l2	QL (60 per 30 days)
pregabalin oral solution 20 mg/ml	(Lyrica)	l2	QL (900 per 30 days)
primidone oral tablet 125 mg		l2	
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	(Mysoline)	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
rufinamide oral suspension 40 mg/ml	(Banzel)	5	ST; NM; NDS
rufinamide oral tablet 200 mg	(Banzel)	l2	ST
rufinamide oral tablet 400 mg	(Banzel)	5	ST; NM; NDS
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG		5	PA BvD; NM; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 750 MG		4	ST
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG	(levetiracetam)	4	ST
SUBVENITE ORAL SUSPENSION 10 MG/ML		4	PA NSO
subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	(lamotrigine)	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg		l2	
topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg	(Topamax)	l2	
topiramate oral capsule, sprinkle 50 mg		l2	
topiramate oral solution 25 mg/ml	(Eprontia)	l2	ST
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Topamax)	1	
valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)		l2	
valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml		l2	
valproic acid oral capsule 250 mg		l2	
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)		5	NM; NDS; 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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
vigabatrin oral powder in packet 500 mg (Vigadrone)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
vigabatrin oral tablet 500 mg (Vigadrone)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
vigadrone oral powder in packet 500 mg (vigabatrin)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
vigadrone oral tablet 500 mg (vigabatrin)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
vigpoder oral powder in packet 500 mg (vigabatrin)	5	PA NSO; NM; NDS; 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)	5	NM; NDS; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	4	
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	5	NM; NDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	4	
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg (Zonegran)	l2	
zonisamide oral capsule 50 mg	l2	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (1080 per 30 days)
Antidepresivos		
Antidepresivos		
amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	l2	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg		12	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG		5	NM; NDS
AUVELITY ORAL TABLET,IR ER BIPHASIC,DOSEPACK 30 MG-105 MG /45 MG-105 MG		5	NM; NDS
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg		12	
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg	(Wellbutrin XL)	12	
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg	(Wellbutrin SR)	12	
citalopram oral solution 10 mg/5 ml		12	
citalopram oral tablet 10 mg	(Celexa)	1	QL (120 per 30 days)
citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg	(Celexa)	1	QL (30 per 30 days)
clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Anafranil)	12	
desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		12	
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Pristiq)	12	QL (30 per 30 days)
doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		12	
doxepin oral concentrate 10 mg/ml		12	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG		4	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG		4	ST; QL (30 per 30 days)
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg		12	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.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg	l2	QL (90 per 30 days)
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 60 mg	l2	QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml	l2	
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg (Lexapro)	1	
EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
EXXUA ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 18.2 MG (32 TABS)	5	PA NSO; NM; NDS
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)-40 MG (26)	4	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg (Prozac)	1	
fluoxetine oral capsule 40 mg	1	
fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	l2	
fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	l2	
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	l2	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg (Remeron)	l2	
mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg	l2	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
mirtazapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg	(Remeron SolTab)	l2	
nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg		l2	
nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		1	
nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml		l2	
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml		l2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	(Paxil)	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg	(Paxil CR)	l2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg		l2	
phenelzine oral tablet 15 mg	(Nardil)	l2	
protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg		l2	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	PA NSO; NM; NDS; QL (1200 per 30 days)
sertraline oral concentrate 20 mg/ml	(Zoloft)	l2	
sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Zoloft)	1	
SPRAVATO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)		5	PA NSO; NM; NDS
tranylcypromine oral tablet 10 mg	(Parnate)	l2	
trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg		1	
trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg		l2	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		3	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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg	(Effexor XR)	12	QL (30 per 30 days)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg	(Effexor XR)	12	QL (90 per 30 days)
venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg		12	
vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Viibryd)	12	QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 14 days)
Antifúngicos			
Antifúngicos			
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML		4	PA BvD
amphotericin b injection recon soln 50 mg		12	PA BvD
amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg	(AmBisome)	5	PA BvD; NM; NDS
ciclopirox topical cream 0.77 %	(Ciclodan)	12	QL (180 per 30 days)
ciclopirox topical solution 8 %	(Ciclodan)	12	QL (19.8 per 30 days)
ciclopirox topical suspension 0.77 %	(Loprox (as olamine))	12	QL (180 per 30 days)
clotrimazole mucous membrane troche 10 mg		12	
clotrimazole topical cream 1 %	(Antifungal (clotrimazole))	12	
clotrimazole topical solution 1 %	(Athlete's Foot (clotrimazole))	12	
clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %		12	QL (90 per 30 days)
CRESEMBA INTRAVENOUS RECON SOLN 372 MG		5	NM; NDS
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG		5	PA; NM; NDS

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
econazole nitrate topical cream 1 %		2	QL (170 per 30 days)
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml		2	
fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml		2	
fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml	(Diflucan)	2	
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg		2	
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	(Ancobon)	5	NM; NDS
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml		2	
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg		2	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 165 mg, 250 mg		2	
itraconazole oral capsule 100 mg	(Sporanox)	2	
ketoconazole oral tablet 200 mg		2	
ketoconazole topical cream 2 %		2	QL (180 per 30 days)
ketoconazole topical shampoo 2 %		2	QL (360 per 30 days)
micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg		2	
miconazole-3 vaginal suppository 200 mg		2	
nyamyc topical powder 100,000 unit/gram	(nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
nystatin oral suspension 100,000 unit/ml		2	
nystatin oral tablet 500,000 unit		2	
nystatin topical cream 100,000 unit/gram		2	QL (60 per 30 days)
nystatin topical ointment 100,000 unit/gram		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.

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
nystatin topical powder 100,000 unit/gram	(Nystop)	l2	QL (60 per 30 days)
nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%		l2	
nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%		l2	
nystop topical powder 100,000 unit/gram	(nystatin)	l2	QL (60 per 30 days)
posaconazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 100 mg		5	PA; NM; NDS
terbinafine hcl oral tablet 250 mg		1	
voriconazole intravenous recon soln 200 mg	(Vfend IV)	5	PA BvD; NM; NDS
voriconazole intravenous solution 10 mg/ml		5	PA BvD; NM; NDS
voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)	(Vfend)	5	PA; NM; NDS
voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg		l2	
Antihistamínicos			
Antihistamínicos			
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg		l2	
levocetirizine oral tablet 5 mg	(24HR Allergy Relief)	1	
Antimicobacteriales			
Antimicobacteriales			
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg		l2	
ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg		l2	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg		1	
pyrazinamide oral tablet 500 mg		l2	
rifabutin oral capsule 150 mg		l2	
rifampin intravenous recon soln 600 mg	(Rifadin)	l2	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg		12	
rifapentine oral tablet 150 mg	(Priftin)	12	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG		5	PA; NM; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG		4	
Antivirales (Sitémico)			
Inhibidores De La Transcriptasa Inversa Análogos De Nucleósidos Y Nucleótidos Para El Vih			
abacavir oral solution 20 mg/ml	(Ziagen)	12	
abacavir oral tablet 300 mg		12	
abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg		12	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		5	NM; NDS
atazanavir oral capsule 150 mg		12	
atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg	(Reyataz)	12	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG		5	NM; NDS; 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		5	NM; NDS
cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)		5	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
cabotegravir intramuscular suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)	(Apretude)	5	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		5	NM; NDS
darunavir oral tablet 600 mg	(Prezista)	12	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
darunavir oral tablet 800 mg	(Prezista)	5	NM; NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		5	NM; NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG		5	NM; NDS
didanosine oral capsule,delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg		12	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG		5	NM; NDS
EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 MG		5	NM; NDS
efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg		12	
efavirenz oral tablet 600 mg		12	
efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg		12	
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg		5	NM; NDS
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 600-300-300 mg	(Symfi)	5	NM; NDS
emtricitabine oral capsule 200 mg	(Emtriva)	12	
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 167-250 mg, 200-300 mg	(Truvada)	12	
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 133-200 mg	(Truvada)	5	NM; NDS
emtricita-rilpivirine-tenof df oral tablet 200-25-300 mg	(Complera)	5	NM; NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		4	
etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg	(Intelence)	5	NM; NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	NM; NDS
fosamprenavir oral tablet 700 mg		5	NM; NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG		5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	NM; NDS
IDVYNSO ORAL TABLET 100-0.25 MG	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	3	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5	NM; NDS
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5 ML (lopinavir-ritonavir)	4	QL (480 per 30 days)
lamivudine oral solution 10 mg/ml (Epivir)	2	
lamivudine oral tablet 100 mg	2	
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg (Epivir)	2	
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg	2	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml (Kaletra)	2	QL (480 per 30 days)
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg (Kaletra)	2	QL (300 per 30 days)
lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg (Kaletra)	2	QL (120 per 30 days)
maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg (Selzentry)	5	NM; NDS

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml	12	QL (1200 per 30 days)
nevirapine oral tablet 200 mg	12	QL (60 per 30 days)
nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg	12	QL (30 per 30 days)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	4	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5	NM; NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	NM; NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG-MG	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	5	NM; NDS
rilpivirine hcl oral tablet 25 mg (Edurant)	5	NM; NDS
rilpivirine intramuscular suspension,extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)	5	NM; NDS
ritonavir oral tablet 100 mg (Norvir)	12	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	5	NM; NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	NM; NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	3	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NM; NDS
stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	12	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NM; NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK), 300 MG (5-TABLET PACK)	5	NM; NDS
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	5	PA BvD; NM; NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NM; NDS
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg (Viread)	12	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NM; NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	5	NM; NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	4	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	5	NM; NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	5	NM; NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	5	NM; NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5	NM; NDS

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	NM; NDS
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG		4	
zidovudine oral capsule 100 mg	(Retrovir)	12	
zidovudine oral syrup 10 mg/ml	(Retrovir)	12	
zidovudine oral tablet 300 mg		12	
Antivirales Hcv			
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG		5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG		5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG		5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG	(sofosbuvir-velpatasvir)	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG		5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG		5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG		5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG	(ledipasvir-sofosbuvir)	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG		5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios			
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG		5	PA; NM; NDS
oseltamivir oral capsule 30 mg		12	QL (84 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg		12	QL (48 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 75 mg	(Tamiflu)	12	QL (42 per 180 days)
oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml	(Tamiflu)	12	QL (540 per 180 days)

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)	l2	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)	l2	QL (11 per 28 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	l2	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	4	QL (60 per 180 days)
Interferones		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	PA; NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
Nucleósidos Y Nucleótidos		
acyclovir oral capsule 200 mg	1	
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml	l2	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	l2	
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	l2	PA BvD
adefovir oral tablet 10 mg	l2	
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Baraclude)	l2	
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg	l2	
ribavirin oral tablet 200 mg	l2	
valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg (Valtrex)	l2	
valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml (Valcyte)	5	NM; NDS
valganciclovir oral tablet 450 mg	l2	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Cofactores Enzimáticos/Otros			
Cofactores Enzimáticos/Otros			
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG		5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
Dispositivos			
Dispositivos			
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED	(alcohol swabs)	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
AUTOKEEPER SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AUTOKEEPER SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
BD INS SYR UF 0.3 ML 12.7MMX30G 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
BD INS SYR UF 0.5 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
BD SINGLE USE SWAB	(alcohol swabs)	1	PA; ST
BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G HRI 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G HRI 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G HRI 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	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)	l2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"		l2	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16		l2	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	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)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
COMFORT EZ PLS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 27G 12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"		l2	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"		l2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY,MEDIUM	(alcohol swabs)	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, USP TYPE VII 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "		1	PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "		1	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 29G 12.7MM(1/2) OUTER 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 30G 12.7MM(1/2) OUTER 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30G 8MM(1/2) OUTER 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS 0.3 ML 31G 6MM(1/2) OUTER 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 8MM(1/2) OUTER 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 29G 12.7MM OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30G 12.7MM OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS SYR 0.5 ML 30G 8MM OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 6MM OUTER 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 8MM OUTER 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 29G 12.7MM OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 8MM OUTER 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 6MM OUTER 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"		l2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 10MM 29 GAUGE X 3/8"		l2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
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"		l2	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		l2	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"		l2	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 4MM 29 GAUGE X 5/32"		l2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY COMFORT SYR 0.5 ML 29G 8MM 1/2 ML 29 X5/16 "	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 29G 8MM 1 ML 29 GAUGE X 5/16		l2	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML 30G 8MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML 31G 6MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syr/ndl u100 half mark)	l2	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML 31G 8MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED	(alcohol swabs)	1	PA; ST
EASY TOUCH AUTO 0.5 ML 30G 6MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
EASY TOUCH AUTO 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASY TOUCH AUTORET 1 ML 30G 6MM 1 ML 30 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
EASY TOUCH AUTORET 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.3 ML 30G 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH INS 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH INS 1 ML 27G 1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH INS 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML	(insulin syringe needleless)	l2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML	(insulin syringe needleless)	l2	PA; ST
EASYLIFE ALCOHOL 70% PADS	(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.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASYLIFE INS PEN NDL 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 8MM 33 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASYLIFE INS SYR 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASYLIFE SAFTY PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
EASYLIFE SAFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASYLIFE SYR 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EXEL U100 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EXEL U100 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	l2	PA; ST
FT STERILE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
GNP ALCOHOL SWAB STERILE, TWO PLY	(Alcohol Pads)	1	PA; ST
GNP PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(1st Tier Unifine Pentips)	l2	PA; ST
GNP PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(CareFine Pen Needle)	l2	PA; ST
GNP SIMPLI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GNP ULT CMFRT 0.5 ML 29GX1/2" 1/2 ML 29	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
GNP ULTR CMFRT 0.5 ML 30GX5/16 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
GS PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(1st Tier Unifine Pentips)	l2	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	
INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 7/16", 1 ML 30 GAUGE X 7/16"		l2	PA; ST
INSULIN 1/2 ML SYRINGE 1/2 ML 29	(Ultilet Insulin Syringe)	l2	PA; ST

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN 1/2 ML SYRINGE 1/2 ML 30 GAUGE		l2	PA; ST
INSULIN 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 30	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Easy Touch Ins Syr (half unit))	l2	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (RX) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	l2	PA; ST
INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(Easy Touch Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Sure Comfort Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Easy Touch Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE		l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(BD Eclipse Luer-Lok)	l2	PA; ST

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Easy Touch Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE,THIN II (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE	(Ultilet Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(Monoject Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 6MM (RX) 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
IV ANTISEPTIC WIPES	(alcohol swabs)	1	PA; ST
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "		1	PA; ST
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE		l2	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"		l2	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(CareFine Pen Needle)	l2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	l2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	l2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(Comfort EZ Pen Needles)	l2	PA; ST
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	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)	l2	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	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)	l2	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable))	l2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
NANO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
NOVOFINE AUTOCOVER 30G NEEDLE 30 GAUGE X 1/3"		l2	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"		l2	PA; ST
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	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.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)		3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	QL (10 per 30 days)
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16"	(Embrace Pen Needle)	l2	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16"	(CareFine Pen Needle)	l2	PA; ST
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PEN NEEDLE 31G X 1/4" HRI 31 GAUGE X 1/4"	(1st Tier Unifine Pentips)	l2	PA; ST
PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(Advocate Pen Needle)	l2	PA; ST
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	(1st Tier Unifine Pentips Plus)	l2	PA; ST
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PEN NEEDLES 5MM 31G 31GX5MM,STRL,MINI (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PRO-COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		l2	PA; ST
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	(alcohol swabs)	1	PA; ST
RA STERILE PADS 2"X 2" 2 X 2 "	(Bordered Gauze)	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"		l2	PA; ST

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(Comfort Touch Pen Needle)	l2	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"		l2	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	(True-Comfort Pro Pen Needle)	l2	PA; ST
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	l2	PA; ST
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	l2	PA; ST
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	l2	PA; ST
RELION PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(1st Tier Unifine Pentips)	l2	PA; ST
RELION SYRING 0.3 ML 31GX5/16" INNER 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	l2	PA; ST
RELION SYRING 0.5 ML 31GX5/16" INNER (OTC) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	l2	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST

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

11/01/2026

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"		l2	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(Comfort EZ PRO Safety Pen Ndl)	l2	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
SECURESAFE PEN NEEDLE 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		l2	PA; ST
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE 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"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE 1 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	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML 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"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	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"		l2	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"		l2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(Thinpro Insulin Syringe)	l2	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"		l2	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"		l2	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"		l2	PA; ST
TOPFINE INSULN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		l2	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	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)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
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"		l2	PA; ST
TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syr/ndl u100 half mark)	l2	PA; ST
ULTICARE INS 0.3 ML 31GX1/4" 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTICARE INS 0.5 ML 31GX1/4" 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"		l2	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"		l2	PA; ST

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"		l2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"		l2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		l2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"		l2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"		l2	PA; ST
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB	(alcohol swabs)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
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)	l2	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE		l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	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)	l2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
ULTRA-FINE 0.5 ML 30G 12.7MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRAFINE INS 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
ULTRA-FINE INS 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA-FINE PEN NDL 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 8MM 31G 31GX8MM, SHORT, STRL 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		l2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		l2	PA; ST
UNIFINE ULTR PEN NDL 34G 3.5MM 34 GAUGE X 9/64"		l2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
VANISHPOINT INS 0.5 ML 30G 8MM OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"		l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "		1	PA; ST
V-GO 20 DEVICE		3	QL (30 per 30 days)
V-GO 30 DEVICE		3	QL (30 per 30 days)
V-GO 40 DEVICE		3	QL (30 per 30 days)
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	(alcohol swabs)	1	PA; ST
WM UNIFINE PENTIP PLUS 8MM 31G W/ SAFETY CLICK 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
Preparaciones De Reemplazo			
Preparaciones De Reemplazo			
d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr intravenous parenteral solution	(d5 % and 0.9 % sodium chloride)	l2	
d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution	(D5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr)	l2	
d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution		l2	
klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq	(potassium chloride)	l2	
klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq	(potassium chloride)	l2	
klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq	(potassium chloride)	l2	
magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)		4	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)		12	
potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml		12	
potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq		12	
potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml		12	
potassium chloride oral tablet extended release 10 meq	(Klor-Con 10)	12	
potassium chloride oral tablet extended release 15 meq, 20 meq		12	
potassium chloride oral tablet extended release 8 meq	(Klor-Con 8)	12	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq	(Klor-Con M10)	12	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq	(Klor-Con M15)	12	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq	(Klor-Con M20)	12	
potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)	(Urocit-K 10)	12	
potassium citrate oral tablet extended release 15 meq	(Urocit-K 15)	12	
potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)		12	
sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %		12	
sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution		12	
sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use		12	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Productos Para La Tos Y Resfriado			
Productos Para La Tos Y Resfriado			
benzonatate oral capsule 100 mg, 200 mg		1	EX
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen			
Agentes Hematológicos, Varios			
anagrelide oral capsule 0.5 mg	(Agrylin)	l2	
anagrelide oral capsule 1 mg		l2	
tranexamic acid oral tablet 650 mg		l2	
Anticoagulantes			
dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg	(Pradaxa)	3	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)		3	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG		3	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG		3	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)		3	QL (960 per 30 days)
ELIQUIS SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.15 MG		3	QL (120 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml	(Lovenox)	l2	QL (60 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml	(Lovenox)	l2	QL (48 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml	(Lovenox)	l2	QL (18 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml	(Lovenox)	l2	QL (24 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml	(Lovenox)	l2	QL (36 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.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml	(Arixtra)	5	NM; NDS; QL (24 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml	(Arixtra)	l2	QL (15 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml	(Arixtra)	5	NM; NDS; QL (12 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml	(Arixtra)	5	NM; NDS; QL (18 per 30 days)
heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml		l2	
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	(warfarin)	1	
rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml	(Xarelto)	l2	QL (600 per 30 days)
rivaroxaban oral tablet 2.5 mg	(Xarelto)	l2	QL (60 per 30 days)
warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg		1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)		3	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	(rivaroxaban)	3	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	(rivaroxaban)	3	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG	(rivaroxaban)	3	QL (60 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	(rivaroxaban)	3	ST; QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas			
aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg		l2	
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg		l2	
clopidogrel oral tablet 75 mg	(Plavix)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg		12	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg		12	
prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	(Effient)	12	
ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg	(Brilinta)	12	
Modificadores De Formación De Sangre			
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG		5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg	(Promacta)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
eltrombopag olamine oral powder in packet 25 mg	(Promacta)	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg	(Promacta)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
eltrombopag olamine oral tablet 25 mg	(Promacta)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg	(Promacta)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT		5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT		5	PA; NM; NDS; QL (20 per 30 days)
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML		5	PA; NM; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML		5	PA; NM; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML		5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	3	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	3	PA; QL (4 per 28 days)
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
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	3	
javygtor oral tablet,soluble 100 mg (sapropterin)	5	PA; NM; NDS
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg (Orfadin)	5	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NM; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5	PA BvD; NM; NDS
REVCOVI INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
sapropterin oral tablet,soluble 100 mg (Javygtor)	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; LA; NDS
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	3	
Relajantes Musculares Esqueléticos		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	12	
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg	1	
dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg	12	
dantrolene oral capsule 25 mg (Dantrium)	12	
methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg	12	
tizanidine oral tablet 2 mg	12	
tizanidine oral tablet 4 mg (Zanaflex)	12	
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
bal-care dha combo pack 27-1-430 mg	1	
bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg	1	
c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg - 200 mg	1	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
completenate tablet chew 29 mg iron-1 mg		1	
cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution		1	EX
ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)	(ergocalciferol (vitamin d2))	1	EX
folic acid oral tablet 1 mg		1	EX
folivane-ob capsule 85-1 mg		1	
kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg		1	
marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg		1	
m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg		1	
mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg		1	
mynatal oral tablet 90-1-50 mg		1	
mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg		1	
mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg		1	
mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg		1	
newgen tablet 32-1,000 mg-mcg		1	
obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe		1	
obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg		1	
pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg		1	
pnv-omega softgel 28-1-300 mg		1	
pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg		1	

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

11/01/2026

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg		1	
pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg		1	
pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg		1	
prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg		1	
prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg		1	
prenatabs fa tablet 29-1 mg		1	
prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg		1	
prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg		1	
prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg	(pnv,calcium 72-iron,carb-folic)	1	
prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
prenatal-u capsule 106.5-1 mg		1	
r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg		1	
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg		1	
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg		1	
se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg		1	
taron-c dha capsule 35-1-200 mg		1	
taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg		1	
vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg		1	
vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg		1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg	1	
zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg	1	
zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg	1	
zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg	1	

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

11/01/2026

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS 141
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 141
abacavir 134
abacavir-lamivudine 134
ABELCET 131
abigale 76
abigale lo 76
ABILIFY ASIMTUFII 37
ABILIFY MAINTENA 37
abiraterone 3
abiraterone, submicronized 3
abirtega 3
ABRYSVO (PF) 88
acamprosate 23
acarbose 26
acebutolol 46
acetaminophen-codeine 102
acetazolamide 93
acetazolamide sodium 93
acetic acid 94
acetylcysteine 61
acitretin 69
ACTHIB (PF) 88
ACTIMMUNE 99
acyclovir 69, 140
acyclovir sodium 140
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 88
adalimumab-aaty 80
adalimumab-aaty(cf) ai crohns .. 80
adapalene 71
adefovir 140
ADEMPAS 100
adrucil 3
ADVAIR HFA 63
ADVOCATE PEN NEEDLE ... 142
ADVOCATE SYRINGES 141, 142
afirmelle 113
AIMOVIG AUTOINJECTOR ... 32
AIRSUPRA 64
AKEEGA 3
ala-cort 67
albendazole 35
albuterol sulfate 64, 65
ALCOHOL PADS 142
ALCOHOL PREP PADS 163
ALCOHOL SWABS 159
ALCOHOL WIPES 170
ALECENSA 3
alendronate 56
alfuzosin 74
aliskiren 55
allopurinol 32
alosetron 55
alprazolam 24
altavera (28) 113
ALTRENO 71
ALUNBRIG 3
ALVAIZ 193
alyacen 1/35 (28) 113
alyacen 7/7/7 (28) 113
ALYFTREK 61
alyq 100
amantadine hcl 36
amethyst (28) 114
amikacin 106
amiloride 53
amiloride-hydrochlorothiazide ... 53
amiodarone 45
amitriptyline 127
amlodipine 50
amlodipine-atorvastatin 51
amlodipine-benazepril 50
amlodipine-olmesartan 50
amlodipine-valsartan 50
amlodipine-valsartan-hcthiazid .. 50
ammonium lactate 69
amoxapine 128
amoxicil-clarithromy-lansopraz . 71
amoxicillin 110
amoxicillin-pot clavulanate 110, 111
amphotericin b 131
amphotericin b liposome 131
ampicillin 111
ampicillin sodium 111
ampicillin-sulbactam 111
anagrelide 191
anastrozole 3
ANKTIVA 3
ANORO ELLIPTA 65
aprepitant 34
apri 114
APTIVUS 134
AQINJECT PEN NEEDLE 142
ARCALYST 80
AREXVY (PF) 88
ARIKAYCE 106
aripiprazole 37
ARISTADA 38
ARISTADA INITIO 38
armodafinil 57
ARNUITY ELLIPTA 63
asenapine maleate 38
aspirin-dipyridamole 192
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL 142
ASSURE ID DUO-SHIELD 142
ASSURE ID INSULIN SAFETY 142
ASSURE ID PEN NEEDLE 142
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE 142
atazanavir 134
atenolol 46
atenolol-chlorthalidone 46

atomoxetine 58
atorvastatin 51
atovaquone 35
atovaquone-proguanil 35
atropine 98
ATTRUBY 48
aubra eq 114
AUGTYRO 3
aurovela 1.5/30 (21) 114
aurovela 1/20 (21) 114
aurovela 24 fe 114
aurovela fe 1.5/30 (28) 114
aurovela fe 1-20 (28) 114
AUSTEDO 58
AUSTEDO XR 58
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 58
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE 142, 143
AUVELITY 128
aviane 114
AVMAPKI 3
AVMAPKI-FAKZYNJA 3
AVONEX 58
AXTLE 3
ayuna 114
AYVAKIT 4
azacitidine 4
azathioprine 80
azathioprine sodium 80
azelastine 98
azithromycin 109, 110
aztreonam 108
azurette (28) 114
bacitracin 95
bacitracin-polymyxin b 95
baclofen 195
bal-care dha 195
bal-care dha essential 195
balsalazide 55
BALVERSA 4
BAQSIMI 99
BCG VACCINE, LIVE (PF) 88
BD ALCOHOL SWABS 144
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 143
BD ECLIPSE LUER-LOK 143
BD INSULIN SYRINGE 143
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 143
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 143
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 143, 144
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 143
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 144
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 144
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 144
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 144
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 144
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 144
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 144
BELSOMRA 57
benazepril 54
benazepril-hydrochlorothiazide 54
bendamustine 4
BENDAMUSTINE 4
BENDEKA 4
BENLYSTA 80
benzonatate 191
benztropine 36
BEQALZI 4
BEQALZI STARTER PACK 4
BESREMI 80
BESREMI PEN 4
betaine 99
betamethasone dipropionate 67
betamethasone valerate 67
betamethasone, augmented 67
BETASERON 58
betaxolol 93
bethanechol chloride 74
bexarotene 4
BEXSERO 88
bicalutamide 4
BICILLIN L-A 111
BIKTARVY 134
bisoprolol fumarate 46
bisoprolol-hydrochlorothiazide 46
BIZENGRI 4
bleomycin 4
blisovi 24 fe 114
blisovi fe 1.5/30 (28) 114
blisovi fe 1/20 (28) 114
BOOSTRIX TDAP 88
BORDERED GAUZE 144
bortezomib 4, 5
BORUZU 5
bosentan 100
BOSULIF 5
bosutinib 5
BRAFTOVI 5
BREO ELLIPTA 63
breyna 64
BREZTRI AEROSPHERE 65
brimonidine 93
brimonidine-timolol 93
brinzolamide 94
brivaracetam 122
BRIVIACT 122
bromfenac 97
bromocriptine 36
BRONCHITOL 61
BRUKINSA 5
budesonide 56, 64
budesonide-formoterol 64
bumetanide 53
buprenorphine 102

buprenorphine hcl 23
buprenorphine-naloxone 24
bupropion hcl 128
bupropion hcl (smoking deter) ... 24
buspirone 99
butalbital-acetaminop-caf-cod . 103
butalbital-acetaminophen-caff .. 103
BYSANTI 38
BYSANTI TITRATION PACK A 38
BYSANTI TITRATION PACK B 38
BYSANTI TITRATION PACK C 38
CABENUVA 134
cabergoline 36
CABOMETYX 5
cabotegravir 134
calcipotriene 69
calcitonin (salmon) 56
calcitriol 56
calcium acetate(phosphat bind) .. 73
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 5
CAMCEVI (6 MONTH) 5
camila 114
CAMZYOS 48
candesartan 49
candesartan-hydrochlorothiazid 49
CAPLYTA 38
CAPRELSA 5
captopril 54
carbamazepine 122
carbidopa-levodopa 36
CAREFINE PEN NEEDLE 144, 145
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 145
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 145, 146
CARETOUCH PEN NEEDLE . 145
carglumic acid 72
carteolol 94
cartia xt 47
carvedilol 46
CAYSTON 108
cefaclor 108
cefadroxil 108
cefazolin 108
cefdinir 108
cefepime 108
cefixime 109
cefoxitin 109
cefpodoxime 109
cefprozil 109
ceftaroline fosamil 109
ceftazidime 109
ceftriaxone 109
cefuroxime axetil 109
cefuroxime sodium 109
celecoxib 101
cephalexin 109
cevimeline 66
chateal eq (28) 114
chlordiazepoxide hcl 24
chlorhexidine gluconate 66
chloroquine phosphate 35
chlorpromazine 38, 39
chlorthalidone 53
cholestyramine (with sugar) 51
cholestyramine light 51
ciclopirox 131
cilostazol 192
CIMDUO 134
cimetidine hcl 71
CIMZIA 81
CIMZIA POWDER FOR RECONST 81
CIMZIA STARTER KIT 81
cinacalcet 56
ciprofloxacin hcl 95, 112
ciprofloxacin in 5 % dextrose ... 112
ciprofloxacin-dexamethasone 95
citalopram 128
cladribine(multiple sclerosis) 59
clarithromycin 110
CLICKFINE PEN NEEDLE 146
clindamycin hcl 107
clindamycin phosphate 70, 106, 107
clindamycin-benzoyl peroxide 70
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 44
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 44
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 45
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 45
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 45
clobazam 122
clobetasol 67
clobetasol-emollient 68
clomipramine 128
clonazepam 25
clonidine 45
clonidine hcl 45
clopidogrel 192
clorazepate dipotassium 25
clotrimazole 131
clotrimazole-betamethasone 131
clozapine 39
c-nate dha 195
COARTEM 35
COBENFY 39
COBENFY STARTER PACK ... 39
colchicine 32
colesevelam 51
colestipol 51
colistin (colistimethate na) 107
COMBIVENT RESPIMAT 65
COMETRIQ 6
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 146, 147, 148
COMFORT EZ PEN NEEDLES 146, 147

COMFORT EZ PLUS PEN NEEDLE....147
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL....147
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE....148, 149
completenate....196
compro....34
conjugated estrogens....76
constulose....72
COPIKTRA....6
CORLANOR....48
CORTROPHIN GEL....78
COSENTYX....81
COSENTYX (2 SYRINGES)....81
COSENTYX PEN (2 PENS)....81
COSENTYX UNOREADY PEN....81
COTELLIC....6
CREON....194
CRESEMBA....131
cromolyn....61, 72, 98
cryselle (28)....114
CURITY ALCOHOL SWABS 149
CURITY GAUZE....149
cyanocobalamin (vitamin b-12) 196
cyclobenzaprine....195
cyclophosphamide....6
cyclosporine....81, 97
cyclosporine modified....81
CYLTEZO(CF)....82
CYLTEZO(CF) PEN....82
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS....81
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV....82
cyred eq....114
d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr....189
d5 % and 0.9 % sodium chloride....189
d5 %-0.45 % sodium chloride....189
dabigatran etexilate....191
dalfampridine....59
danazol....75
dantrolene....195
DANYELZA....6
DANZITEN....6
dapagliflozin....26
dapagliflozin-metformin....26
dapsone....133
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)....88
daptomycin....107
darunavir....134, 135
dasatinib....6
dasetta 1/35 (28)....115
dasetta 7/7/7 (28)....115
DATROWAY....6
DAURISMO....6
deblitane....115
decitabine....6
deferasirox....105
DELSTRIGO....135
demeclocycline....112
DENGVAXIA (PF)....88
denta 5000 plus....66
dentagel....66
DEPO-SUBQ PROVERA 104....79
DERMACEA....149
DERMACEA NON-WOVEN....149
dermacinrx lidocan....105
DESCOVY....135
desipramine....128
desmopressin....78
desog-e.estradiol/e.estradiol....115
desvenlafaxine succinate....128
dexamethasone....77
dexamethasone sodium phosphate....77, 97
dextroamphetamine-amphetamine....59
dextrose 5 % in water (d5w)....45
DIACOMIT....122
diazepam....25, 123
diazepam intensol....25
diazoxide....99
diclofenac epolamine....101
diclofenac potassium....101
diclofenac sodium....97, 101
diclofenac-misoprostol....101
dicloxacillin....111
dicyclomine....72
didanosine....135
difluprednate....97
digoxin....48
dihydroergotamine....32
DILANTIN....123
diltiazem hcl....47
dilt-xr....47
dimethyl fumarate....59
diphenoxylate-atropine....72
dipyridamole....193
disulfiram....24
divalproex....123
dofetilide....46
dolishale....115
donepezil....25, 26
dorzolamide....94
dorzolamide-timolol....94
dotti....76
DOVATO....135
doxazosin....45
doxepin....57, 128
doxorubicin, peg-liposomal....7
doxy-100....112
doxycycline hyclate....113
doxycycline monohydrate....113
DRIZALMA SPRINKLE....128
dronabinol....34
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)....149, 150
DROPLET INSULIN SYRINGE....149, 150, 151
DROPLET MICRON PEN NEEDLE....151

DROPLET PEN NEEDLE 151, 152
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS 152
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 152
DROPSAFE PEN NEEDLE 152
droxidopa 45
duloxetine 128, 129
DUPIXENT PEN 82
DUPIXENT SYRINGE 82
dutasteride 74
EASY COMFORT ALCOHOL PAD 153
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 153, 154
EASY COMFORT PEN NEEDLES 153, 154
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 152, 153
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 154
EASY GLIDE PEN NEEDLE 154
EASY TOUCH 157
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS 155
EASY TOUCH AUTORETRACT SYRINGE 155
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 156
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 155
EASY TOUCH INS SYR (HALF UNIT) 154
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 155
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 155, 156, 157
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 157
EASY TOUCH PEN NEEDLE 157
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 157, 159
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 156
EASY TOUCH UNI-SLIP 157
EASYLIFE ALCOHOL PADS 157
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 158
EASYLIFE INSULIN SYRINGE 158, 159
EASYLIFE SAFETY PEN NEEDLE 158
econazole nitrate 132
EDURANT PED 135
efavirenz 135
efavirenz-emtricitabin-tenofov 135
efavirenz-lamivu-tenofov disop 135
ELAHERE 7
ELEPSIA XR 123
ELIGARD 7
ELIGARD (3 MONTH) 7
ELIGARD (4 MONTH) 7
ELIGARD (6 MONTH) 7
elinest 115
ELIQUIS 191
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 191
ELIQUIS SPRINKLE 191
ELREXFIO 7
eltrombopag olamine 193
eluryng 115
EMBRACE PEN NEEDLE 159
EMCYT 7
EMGALITY PEN 32
EMGALITY SYRINGE 33
EMRELIS 7
EMSAM 129
emtricitabine 135
emtricitabine-tenofovir (tdf) 135
emtricita-rilpivirine-tenof df 135
EMTRIVA 135
emzahh 115
enalapril maleate 54
enalapril-hydrochlorothiazide 54
ENBREL 82
ENBREL MINI 82
ENBREL SURECLICK 82
endocet 103
ENGERIX-B (PF) 89
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 89
enilloring 115
enoxaparin 191
enpresse 115
ENSACOVE 7
enskyce 115
entacapone 36
entecavir 140
ENTRESTO 49
ENTRESTO SPRINKLE 49
enulose 72
EPCLUSA 139
EPIDIOLEX 123
epinastine 98
epinephrine 48
epitol 123
EPKINLY 7
eplerenone 55
ERBITUX 7
ergocalciferol (vitamin d2) 196
ergoloid 26
ERIVEDGE 7
ERLEADA 7, 8
erlotinib 8
errin 115
ertapenem 108
erythromycin 95, 110
erythromycin ethylsuccinate 110
erythromycin with ethanol 70
ERZOFRI 39
escitalopram oxalate 129
eslicarbazepine 123
esomeprazole magnesium 71
estarylla 115
estradiol 76

estradiol-norethindrone acet 76
eszopiclone 57
ethambutol 133
ethosuximide 123
ethynodiol diac-eth estradiol 115
etodolac 102
etonogestrel-ethinyl estradiol 115
ETOPOPHOS 8
etoposide 8
etravirine 135
EUCRISA 68
EULEXIN 8
everolimus (antineoplastic) 8
everolimus (immunosuppressive) 82
EVOTAZ 135
EXEL INSULIN 159
exemestane 8
EXTENCILLINE 111
EXXUA 129
EYSUVIS 97
ezetimibe 51
ezetimibe-simvastatin 51
FAKZYNJA 8
falmina (28) 115
famciclovir 140
famotidine 71
FANAPT 39
FANAPT TITRATION PACK A 39
FANAPT TITRATION PACK B 39
FANAPT TITRATION PACK C 40
FASENRA 62
FASENRA PEN 61
febuxostat 32
feirza 116
felbamate 123
felodipine 50
fenofibrate 52
fenofibrate micronized 51
fenofibrate nanocrystallized 51
fentanyl 103
fentanyl citrate 103
fesoterodine 74
FETZIMA 129
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 29
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 29
FIASP PUMPCART 29
FIASP U-100 INSULIN 29
fidaxomicin 110
finasteride 74
fingolimod 59
FINTEPLA 123
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 8
flavoxate 74
flecainide 46
floxuridine 8
fluconazole 132
fluconazole in nacl (iso-osm) 132
flucytosine 132
fludrocortisone 77
flunisolide 97
fluocinolone 68
fluocinolone acetonide oil 97
fluocinonide 68
fluoride (sodium) 66
fluorometholone 97
fluorouracil 9, 69
fluoxetine 129
fluphenazine decanoate 40
fluphenazine hcl 40
flurbiprofen 102
flurbiprofen sodium 97
fluticasone propionate 64, 68, 97
fluticasone propion-salmeterol 64
fluvastatin 52
fluvoxamine 129
folic acid 196
folivane-ob 196
fondaparinux 192
fosamprenavir 135
fosfomycin tromethamine 107
fosinopril 54
fosinopril-hydrochlorothiazide 54
fosphenytoin 123
FOTIVDA 9
FRUZAQLA 9
fulvestrant 9
furosemide 53
FUZEON 135
FYARRO 9
gabapentin 124
galantamine 26
gallifrey 79
GAMUNEX-C 82
GARDASIL 9 (PF) 89
GAUZE BANDAGE 170
GAUZE PAD 159
gavilyte-c 73
gavilyte-g 74
gavilyte-n 74
GAVRETO 9
gefitinib 9
gemfibrozil 52
generlac 72
gengraf 82
gentamicin 70, 95, 106
gentamicin sulfate (ped) (pf) 106
GENVOYA 136
GILOTRIF 9
glatiramer 59
glatopa 59
glimepiride 31
glipizide 31, 32
glipizide-metformin 32
glucagon emergency kit (human) 99
glutamine (sickle cell) 99
glyburide 32
glyburide micronized 32
glyburide-metformin 32

glycopyrrolate 72
glydo 105
GLYXAMBI 26
GOMEKLI 9
griseofulvin microsize 132
griseofulvin ultramicrosize 132
guanfacine 45, 60
GVOKE 99
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 99
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 99
HADLIMA 83
HADLIMA PUSHTOUCH 83
HADLIMA(CF) 83
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 83
HAEGARDA 193
hailey 24 fe 116
hailey fe 1.5/30 (28) 116
hailey fe 1/20 (28) 116
halobetasol propionate 68
haloette 116
haloperidol 40
haloperidol decanoate 40
haloperidol lactate 40
HARVONI 139
HAVRIX (PF) 89
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 160
HEALTHWISE PEN NEEDLE 160
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 160, 161
heather 116
heparin (porcine) 192
HEPLISAV-B (PF) 89
HERCEPTIN HYLECTA 9
HERNEXEOS 9
HIBERIX (PF) 89
HUMIRA 83
HUMIRA PEN 83
HUMIRA(CF) 83
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER 83
HUMIRA(CF) PEN 83
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 83
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 83
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 83
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN 29
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 29
hydralazine 48
hydrochlorothiazide 53
hydrocodone-acetaminophen 103
hydrocortisone 56, 68, 77
hydrocortisone valerate 68
hydrocortisone-acetic acid 95
hydromorphone 103
hydroxychloroquine 35
hydroxyurea 9
hydroxyzine hcl 133
hydroxyzine pamoate 99
HYRNUO 9
ibandronate 56
IBRANCE 9, 10
IBTROZI 10
ibu 102
ibuprofen 102
icatibant 48
iclevia 116
ICLUSIG 10
icosapent ethyl 52
IDHIFA 10
IDVYNSO 136
ifosfamide 10
ILEVRO 97
imatinib 10
IMBRUVICA 10
IMDELLTRA 10
imipenem-cilastatin 108
imipramine hcl 129
imiquimod 69
IMJUDO 10
IMKELDI 10
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 89
IMPAVIDO 35
incassia 116
INCONTROL ALCOHOL PADS 161
INCONTROL PEN NEEDLE 161
INCRELEX 78
indapamide 53
indomethacin 102
INFANRIX (DTAP) (PF) 89
infliximab 84
INGREZZA 60
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 60
INGREZZA SPRINKLE 60
INLEXZO 10
INLURIYO 10
INLYTA 10, 11
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE 161
INPEN (FOR HUMALOG) GREY 161
INPEN (FOR HUMALOG) PINK 161
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE 161
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY 161
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK 161
INQOVI 11
INREBIC 11
insulin asp prt-insulin aspart 29
insulin aspart u-100 ..... 29, 30
insulin glargine-yfgn 30
insulin lispro 30
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK 162

INSULIN SYRINGE MICROFINE 143
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 159, 161, 162, 163, 171, 175
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE 163
INSUPEN PEN NEEDLE 163
INTELENCE 136
introvale 116
INVEGA HAFYERA 40
INVEGA SUSTENNA 40, 41
INVEGA TRINZA 41
INVELTYS 97
IPOL 89
ipratropium bromide 65, 98
ipratropium-albuterol 65
irbesartan 49
irbesartan-hydrochlorothiazide ..49
ISENTRESS 136
ISENTRESS HD 136
isibloom 116
isoniazid 133
isosorbide dinitrate 55
isosorbide mononitrate 55
ITOVEBI 11
itraconazole 132
IV PREP WIPES 163
ivabradine 48
ivermectin 35
IWILFIN 11
IXIARO (PF) 89
JAKAFI 11
JAKAFI XR 11
jantoven 192
JARDIANCE 26
JASCAYD 62
javygtor 194
JAYPIRCA 11
JEMPERLI 11
jencycla 116
JENTADUETO 26
JENTADUETO XR 27
JIDEYTRO 11
jolessa 116
juleber 116
JULUCA 136
junel 1.5/30 (21) 116
junel 1/20 (21) 116
junel fe 1.5/30 (28) 116
junel fe 1/20 (28) 116
junel fe 24 117
JYLAMVO 11
JYNARQUE 53
JYNNEOS (PF) 89
KALETRA 136
KALYDECO 62
kariva (28) 117
kelnor 1/35 (28) 117
kelnor 1/50 (28) 117
KERENDIA 55
KESIMPTA PEN 60
ketoconazole 132
ketorolac 97, 102
KEYTRUDA 11
KEYTRUDA QLEX 11
KIMMTRAK 11
KINERET 84
KINRIX (PF) 90
kionex 72
KISQALI 12
KISQALI FEMARA CO-PACK 12
KLISYRI (250 MG) 70
klor-con m10 189
klor-con m15 189
klor-con m20 189
KLOXXADO 24
KOMZIFTI 12
KOSELUGO 12
kosher prenatal plus iron 196
KRAZATI 12
kurvelo (28) 117
KYLEENA 117
labetalol 46
lacosamide 124
lactulose 72
lamivudine 136
lamivudine-zidovudine 136
lamotrigine 124
lanreotide 78
lansoprazole 71
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 30
LANTUS U-100 INSULIN 30
lapatinib 12
larin 1.5/30 (21) 117
larin 1/20 (21) 117
larin 24 fe 117
larin fe 1.5/30 (28) 117
larin fe 1/20 (28) 117
latanoprost 94
LAZCLUZE 12
leflunomide 84
lenalidomide 12
LENTOCILIN S (WITH LIDOCAINE) 111
LENVIMA 13
lessina 117
letrozole 13
leucovorin calcium 99
LEUKERAN 13
leuprolide 13
leuprolide acetate (3 month) 13
levetiracetam 124
levobunolol 94
levocetirizine 133
levofloxacin 112
levofloxacin in d5w 112
levonest (28) 117
levonorgest-eth.estradiol-iron .. 117
levonorgestrel-ethinyl estrad 117, 118
levonorg-eth estrad triphasic 118
levora-28 118
levothyroxine 75
LEXIVA 136

LIBERVANT....124
lidocaine.... 105
lidocaine hcl.... 105
lidocaine-prilocaine....105
lidocan iii....105
LIFYORLI....13
LILETTA....118
linezolid.... 107
linezolid in dextrose 5%.... 107
LINZESS.... 72
liomny.... 75
liothyronine....75
LISCO....163
lisinopril.... 54
lisinopril-hydrochlorothiazide....54
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES.... 163, 164
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE....164, 165
lithium carbonate....60
lithium citrate.... 60
LIVTENCITY.... 139
LOKELMA....72
lomustine....13
LONSURF....13
loperamide....72
lopinavir-ritonavir....136
LOQTORZI.... 13
lorazepam.... 25
lorazepam intensol....25
LORBRENA....13
losartan....49
losartan-hydrochlorothiazide.... 49
LOTEMAX....97
LOTEMAX SM....97
loteprednol etabonate....97, 98
lovastatin.... 52
low-ogestrel (28)....118
loxapine succinate.... 41
lubiprostone....72
luizza....118
LUMAKRAS....14
LUMIGAN.... 94
LUNSUMIO....14
LUNSUMIO VELO.... 14
LUPRON DEPOT.... 14, 78
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 14, 78
LUPRON DEPOT (4 MONTH)..14
LUPRON DEPOT (6 MONTH)..14
LUPRON DEPOT-PED.... 78
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH).... 78
lurasidone....41
lutera (28)....118
LUTRATE DEPOT (3 MONTH).... 14
LYBALVI....41
lyleq.... 118
LYNOZYFIC....14
LYNPARZA....14
LYSODREN....14
LYTGOBI....15
lyza....118
macitentan.... 100
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG.... 165
MAGELLAN SYRINGE..... 165
magnesium sulfate..... 189, 190
malathion....70
maraviroc....136
MARGENZA....15
marlissa (28)....118
marnatal-f....196
MARPLAN....129
MATULANE....15
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE....165
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE....165
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE....165
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE.... 165
MAYZENT....60
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT).... 60
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT).... 60
meclizine....34
medroxyprogesterone.... 80
mefloquine.... 35
megestrol.... 15, 80
MEKINIST.... 15
MEKTOVI....15
meleya....118
meloxicam....102
memantine....26
MENACTRA (PF)....90
MENQUADFI (PF).... 90
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).... 90
mercaptopurine....15
meropenem....108
mesalamine.... 56
mesna....99
metformin....27
methadone....103, 104
methazolamide....94
methenamine hippurate..... 107
methimazole....75
methocarbamol....195
methotrexate sodium....15
methotrexate sodium (pf)....15
methoxsalen.... 70
methsuximide.... 124
methylphenidate hcl....60
methylprednisolone....77
methylprednisolone acetate..... 77
metoclopramide hcl..... 72, 73
metolazone....53
metoprolol succinate....46
metoprolol ta-hydrochlorothiaz..46
metoprolol tartrate.... 47
metronidazole..... 70, 106, 107
metronidazole in nacl (iso-os).. 107

metyrosine 49
micafungin 132
miconazole-3 132
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 165
MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE 166
microgestin 1.5/30 (21) 118
microgestin 1/20 (21) 118
microgestin fe 1.5/30 (28) 118
microgestin fe 1/20 (28) 118
midodrine 45
MIEBO (PF) 98
mifepristone 27
mili 118
mimvey 77
MINI ULTRA-THIN II 166
minocycline 113
minoxidil 55
MIPLYFFA 141
MIRENA 119
mirtazapine 129, 130
misoprostol 71
mitoxantrone 15
MIUDELLA 119
M-M-R II (PF) 90
m-natal plus 196
modafinil 57
MODEYSO 15
moexipril 54
molindone 41
mometasone 68, 98
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING 167
MONOJECT INSULIN SYRINGE 166, 167
MONOJECT SYRINGE 166
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 182
mono-linyah 119
montelukast 64
morphine 104
MORPHINE 104
morphine concentrate 104
MOUNJARO 27
MOVANTIK 73
moxifloxacin 95, 112
moxifloxacin-sod.ace,sul-water 112
moxifloxacin-sod.chloride(iso) . 112
MRESVIA (PF) 90
MULTAQ 46
mupirocin 70
mycophenolate mofetil 84
mycophenolate mofetil (hcl) 84
mycophenolate sodium 84
mynatal 196
mynatal advance 196
mynatal plus 196
mynatal-z 196
mynate 90 plus 196
MYRBETRIQ 74
nabumetone 102
nafcillin 111
naloxone 24
naltrexone 24
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 167
NANO PEN NEEDLE 167
naproxen 102
naratriptan 33
NATACYN 95
nateglinide 27
NAYZILAM 124
nebivolol 47
nefazodone 130
neomycin 106
neomycin-bacitracin-poly-hc 95
neomycin-bacitracin-polymyxin . 95
neomycin-polymyxin b-dexameth 95
neomycin-polymyxin-gramicidin 95
neomycin-polymyxin-hc 95, 96
neo-polycin 96
neo-polycin hc 96
NERLYNX 15
nevirapine 137
newgen 196
NEXLETOL 52
NEXLIZET 52
NEXPLANON 119
niacin 52
NICOTROL NS 24
nifedipine 50, 51
NIKTIMVO 84
nilotinib hcl 16
nilutamide 16
NINLARO 16
nintedanib 62
nitazoxanide 35
nitisinone 194
nitrofurantoin macrocrystal 107
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 107
nitroglycerin 55, 99
NIVESTYM 193
NORDITROPIN FLEXPRO 79
norelgestromin-ethin.estradiol . 119
norethindrone (contraceptive) .. 119
norethindrone acetate 80
norethindrone-e.estradiol-iron . 119
norgestimate-ethinyl estradiol .. 119
nortrel 1/35 (21) 119
nortrel 1/35 (28) 119
nortrel 7/7/7 (28) 119
nortriptyline 130
NORVIR 137
NOVOFINE 32 167
NOVOFINE AUTOCOVER 167
NOVOFINE PLUS 167
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 30
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 30
NOVOLIN N FLEXPEN 30
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 30

NOVOLIN R FLEXPEN.....30
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN.....30
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN.....31
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN.....31
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100.....31
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN.....31
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART.....31
NUBEQA.....16
NUCALA.....62
NULOJIX.....84
NUPLAZID.....41
NURTEC ODT.....33
nyamyc.....132
nylia 1/35 (28).....119
nylia 7/7/7 (28).....120
nystatin.....132, 133
nystatin-triamcinolone.....133
nystop.....133
NYVEPRIA.....193
obstetrix dha.....196
obstetrix dha prenatal duo.....196
octreotide acetate.....79
ODEFSEY.....137
ODOMZO.....16
ofloxacin.....96
OGIVRI.....16
OGSIVEO.....16
OJEMDA.....16
OJJAARA.....16
olanzapine.....42
olmesartan.....49
olmesartan-amlodipin-hcthiazid.49
olmesartan-hydrochlorothiazide.50
olopatadine.....98
omega-3 acid ethyl esters.....52
omeprazole.....71
OMLYCLO.....84
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS).....167
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5).....167
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5).....167
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS).....168
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....168
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4).....168
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4).....168
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....168
ONAPGO.....36
ondansetron.....34
ondansetron hcl.....34
ONUREG.....16
OPDIVO.....16
OPDIVO QVANTIG.....16
OPDUALAG.....17
OPIPZA.....42
ORENCIA.....84
ORENCIA (WITH MALTOSE) 84
ORENCIA CLICKJECT.....84
ORFADIN.....194
ORGOVYX.....79
ORILISSA.....79
ORKAMBI.....62
orquidea.....120
ORSERDU.....17
oseltamivir.....139
OSENVELT.....56
OTEZLA.....84
OTEZLA STARTER.....85
OTEZLA XR.....85
OTEZLA XR INITIATION.....85
oxcarbazepine.....125
oxybutynin chloride.....74, 75
oxycodone.....104
oxycodone-acetaminophen.....104
OZEMPIC.....27
pacerone.....46
paclitaxel protein-bound.....17
paliperidone.....42
PANRETIN.....70
pantoprazole.....71
paricalcitol.....57
paroxetine hcl.....130
PAXLOVID.....140
pazopanib.....17
PEDIARIX (PF).....90
PEDVAX HIB (PF).....90
peg 3350-electrolytes.....74
PEGASYS.....140
peg-electrolyte soln.....74
PEMAZYRE.....17
pemetrexed disodium.....17
PEMRYDI RTU.....17
PEN NEEDLE.....168
PEN NEEDLE, DIABETIC .. 148, 159, 160, 166, 168, 170, 171
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY.....172
PENBRAYA (PF).....90
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF).....90
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF).....90
penicillamine.....105
penicillin g potassium.....111
penicillin v potassium.....111
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF).....90
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF).....91
PENMENVY MENB COMPONENT (PF).....91
PENTACEL (PF).....91
pentamidine.....35
PENTIPS PEN NEEDLE. 168, 169

pentoxifylline 193
perampanel 125
perindopril erbumine 54
periogard 66
permethrin 70
perphenazine 42
perphenazine-amitriptyline 130
PERSERIS 42
phenelzine 130
phenobarbital 125
phenytek 125
phenytoin 125
phenytoin sodium 125
phenytoin sodium extended 125
PIFELTRO 137
pilocarpine hcl 66, 94
pimecrolimus 68
pimozide 42
pimtrea (28) 120
pioglitazone 27
pioglitazone-metformin 27
PIP PEN NEEDLE 169
piperacillin-tazobactam 112
PIQRAY 17
pirfenidone 62
pitavastatin calcium 52
PLEGRIDY 61
pnv-dha + docusate 196
pnv-omega 196
podofilox 70
polycin 96
polymyxin b sulf-trimethoprim 96
pomalidomide 17
POMALYST 17
portia 28 120
posaconazole 133
potassium chloride 190
potassium citrate 190
pr natal 400 196
pr natal 400 ec 197
pr natal 430 197
pr natal 430 ec 197
pramipexole 36
prasugrel hcl 193
pravastatin 52
praziquantel 36
prazosin 45
prednisolone 77
prednisolone acetate 98
prednisolone sodium phosphate 77, 78
prednisone 78
pregabalin 125
PREMARIN 77
PREMPHASE 77
PREMPRO 77
prenaissance 197
prenaissance plus 197
prenatabs fa 197
prenatal 19 197
prenatal 19 (with docusate) 197
prenatal plus 197
prenatal plus (calcium carb) 196
prenatal vitamin plus low iron 197
prenatal-u 197
prevalite 52
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 169
PREVYMIS 140
PREZCOBIX 137
PREZISTA 137
PRIMAQUINE 36
primidone 125
PRIORIX (PF) 91
PRO COMFORT ALCOHOL PADS 169
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 169
PRO COMFORT PEN NEEDLE 169, 170
probenecid 32
probenecid-colchicine 32
prochlorperazine 34
prochlorperazine edisylate 34
prochlorperazine maleate 34
PRO-COMFORT ALCOHOL PADS 170
procto-med hc 69
proctosol hc 69
proctozone-hc 69
PRODIGY INSULIN SYRINGE 170
progesterone micronized 80
PROGRAF 85
PROLASTIN-C 62
promethazine 34
promethegan 34
propafenone 46
propranolol 47
propylthiouracil 75
PROQUAD (PF) 91
protriptyline 130
PULMOZYME 194
PURE COMFORT ALCOHOL PADS 170
PURE COMFORT PEN NEEDLE 170
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 170
pyrazinamide 133
pyridostigmine bromide 99
pyrimethamine 36
QINLOCK 17
QUADRACEL (PF) 91
quetiapine 42
quinapril 54
quinapril-hydrochlorothiazide 55
quinidine sulfate 46
quinine sulfate 36
QULIPTA 33
RABAVERT (PF) 91
rabeprazole 72
RALDESY 130
raloxifene 77
ramipril 55
ranolazine 49

rasagiline 36
RASONQUE 17
RASUVO (PF) 85
RAYALDEE 57
reclipsen (28) 120
RECOMBIVAX HB (PF) 91
RELENZA DISKHALER 140
repaglinide 27
REPATHA PUSHTRONEX 52
REPATHA SURECLICK 52
REPATHA SYRINGE 52
RETACRIT 194
RETEVMO 17, 18
RETROVIR 137
REVCOVI 194
REVUFORJ 18
REXULTI 42
REYATAZ 137
REZDIFFRA 75
REZLIDHIA 18
REZUROCK 85
RHOPRESSA 94
ribavirin 140
rifabutin 133
rifampin 133, 134
rifapentine 134
rilpivirine 137
rilpivirine hcl 137
riluzole 61
RINVOQ 85
RINVOQ LQ 85
risperidone 43
risperidone microspheres 42, 43
ritonavir 137
RITUXAN HYCELA 18
rivaroxaban 192
rivastigmine 26
rivastigmine tartrate 26
rizatriptan 33
r-natal ob 197
ROCKLATAN 94
roflumilast 62
ROMVIMZA 18
ropinirole 37
rosadan 70
rosuvastatin 52
ROTARIX 91
ROTATEQ VACCINE 92
ROZLYTREK 18
RUBRACA 18
rufinamide 126
RUKOBIA 137
RYBELSUS 28
RYBREVANT 18
RYBREVANT FASPRO 18
RYDAPT 19
RYKINDO 43
RYTELO 19
sacubitril-valsartan 50
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 171, 172
SAFETY PEN NEEDLE 172
SANTYL 70
sapropterin 194
SCEMBLIX 19
scopolamine base 35
SECUADO 43
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 172
SECURESAFE PEN NEEDLE 172
SELARSDI 85
select-ob 197
select-ob (folic acid) 197
selegiline hcl 37
selenium sulfide 70
SELZENTRY 137, 138
se-natal 19 chewable 197
SEREVENT DISKUS 65
SEROSTIM 79
sertraline 130
setlakin 120
sevelamer carbonate 73
sevelamer hcl 73
SEZABY 126
sf 5000 plus 67
sharobel 120
SHINGRIX (PF) 92
SIGNIFOR 79
sildenafil 100
sildenafil (pulm.hypertension) 100
silver sulfadiazine 70
SIMBRINZA 94
simliya (28) 120
SIMPLI PEN NEEDLE 159
simvastatin 52, 53
sirolimus 85, 86
SIRTURO 134
sitagliptin phos-metformin 28
sitagliptin phosphate 28
SKY SAFETY PEN NEEDLE 172
SKYLA 120
SKYRIZI 86
sodium chloride 0.45 % 190
sodium chloride 0.9 % 190
sodium fluoride-pot nitrate 67
sodium oxybate 57
sodium polystyrene sulfonate 73
sodium,potassium,mag sulfates 74
solifenacin 75
SOLIQUA 100/33 31
SOLTAMOX 19
SOMATULINE DEPOT 79
SOMAVERT 79
sorafenib 19
sotalol 47
sotalol af 47
SPIRIVA RESPIMAT 65, 66
spironolactone 53
spironolacton-hydrochlorothiaz 53
SPRAVATO 130
sprintec (28) 120
SPRITAM 126
sps (with sorbitol) 73
sronyx 120
ssd 70
stavudine 138

STERILE PADS 159
STIOLTO RESPIMAT 66
STIVARGA 19
STOBOCLO 57
STRENSIQ 195
streptomycin 106
STRIBILD 138
STRIVERDI RESPIMAT 66
SUBVENITE 126
subvenite 126
sucralfate 72
sulfacetamide sodium 96
sulfacetamide-prednisolone 96
sulfadiazine 112
sulfamethoxazole-trimethoprim 112
sulfasalazine 56
sulindac 102
sumatriptan 33
sumatriptan succinate 33
sunitinib malate 19
SUNLENCA 138
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS 173
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 172
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 172, 173
SURE COMFORT PEN NEEDLE 173
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 172
SURE-FINE PEN NEEDLES 173, 174
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 174
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS 174
SYMPAZAN 126
SYMTUZA 138
SYNJARDY 28
SYNJARDY XR 28
SYNRIBO 19
SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY 172
TABLOID 19
TABRECTA 19
tacrolimus 69, 86
tadalafil 100
TAFINLAR 19
TAGRISSO 19
TALVEY 19
TALZENNA 19
tamoxifen 19
tamsulosin 74
tarina 24 fe 120
tarina fe 1-20 eq (28) 120
taron-c dha 197
taron-prex prenatal-dha 197
TAVNEOS 86
tazarotene 71
tazicef 109
taztia xt 48
TDVAX 92
TECHLITE INSULIN SYRINGE 174, 175
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) 174
TECHLITE PEN NEEDLE 175
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE 175
TECVAYLI 20
telmisartan 50
telmisartan-hydrochlorothiazid .. 50
temazepam 25
TENIVAC (PF) 92
tenofovir disoproxil fumarate ... 138
TEPMETKO 20
terazosin 74
terbinafine hcl 133
terconazole 106
teriparatide 57
TERUMO INSULIN SYRINGE 175, 176
testosterone 75, 76
testosterone cypionate 75
testosterone enanthate 75
tetrabenazine 61
tetracycline 113
TEVIMBRA 20
THALOMID 100
theophylline 66
THINPRO INSULIN SYRINGE 176
thioridazine 43
thiothixene 43
tiadylt er 48
tiagabine 126
TIBSOVO 20
ticagrelor 193
TICE BCG 20
TICOVAC 92
tigecycline 113
tilia fe 120
timolol 94
timolol maleate 47, 94
tinidazole 36
tiotropium bromide 66
TIVDAK 20
TIVICAY 138
TIVICAY PD 138
tizanidine 195
TOBI PODHALER 106
tobramycin 96
tobramycin in 0.225 % nacl 106
tobramycin sulfate 106
tobramycin-dexamethasone 96
tobramycin-lotepred 96
tofacitinib 86
tolterodine 75
tolvaptan (polycys kidney dis) 53
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 176
topiramate 126
toremifene 20
torpenz 20
torsemide 53

TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 31
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 31
TRADJENTA 28
tramadol 104
tramadol-acetaminophen 104
trandolapril 55
tranexamic acid 191
tranylcypromine 130
travoprost 94
trazodone 130
TRECATOR 134
TRELEGY ELLIPTA 66
TRELSTAR 20
TREMFYA 86, 87
TREMFYA ONE-PRESS 86
TREMFYA PEN 87
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) 86
tretinoin 71
tretinoin (antineoplastic) 20
triamcinol ac (pf) in 0.9%nacl 69
triamcinolone acetonide 67, 69, 78
triamterene-hydrochlorothiazid 54
tridacaine iii 105
trientine 105
tri-estarylla 120
trifluoperazine 43
trifluridine 96
trihexyphenidyl 37
TRIJARDY XR 28
TRIKAFTA 63
tri-legest fe 120
tri-linyah 120
tri-lo-estarylla 121
tri-lo-marzia 121
tri-lo-mili 121
tri-lo-sprintec 121
trimethoprim 107
tri-mili 121
trimipramine 130
TRINTELLIX 130
tri-nymyo 121
tri-sprintec (28) 121
TRIUMEQ 138
TRIUMEQ PD 138
trivora (28) 121
tri-vylibra 121
tri-vylibra lo 121
TRIZIVIR 138
TROGARZO 138
trospium 75
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS 177
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 177
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 177
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS 178
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 176, 177, 178
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG 176, 177, 178
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 176
TRUE-COMFORT PRO PEN NEEDLE 178
TRUEPLUS INSULIN 178, 179
TRUEPLUS PEN NEEDLE 178
TRULANCE 73
TRULICITY 28
TRUMENBA 92
TRUQAP 20
TRUXIMA 20
TUKYSA 20
TURALIO 20
turqoz (28) 121
TWINRIX (PF) 92
tyblume 121
TYBOST 100
TYENNE 87
TYENNE AUTOINJECTOR 87
TYMLOS 57
TYPHIM VI 92
UBRELVY 33
UDENYCA ONBODY 194
ULTICARE 180
ULTICARE INSULIN SYRINGE 179
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) 179
ULTICARE PEN NEEDLE 180
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 180
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR 180, 181
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 181
ULTILET ALCOHOL SWAB 181
ULTILET INSULIN SYRINGE 162, 181
ULTILET PEN NEEDLE 181, 182
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) 159, 179
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 160, 182
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) 182
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 183
ULTRA FLO PEN NEEDLE 183
ULTRA THIN PEN NEEDLE 183
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 183, 184
ULTRACARE PEN NEEDLE 184
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) 184
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 184, 185
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 185
ULTRA-FINE SAFETY INSULIN SYRN 184
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR 185

ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 186
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES 185
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 185
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 186
UNIFINE PENTIPS 186
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW 186
UNIFINE PENTIPS PLUS 186, 187, 189
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW 186
UNIFINE PROTECT 187
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 187
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 187
UPTRAVI 100, 101
ursodiol 73
ustekinumab-aauz 87
UZEDY 43, 44
valacyclovir 140
VALCHLOR 70
valganciclovir 140
valproate sodium 126
valproic acid 126
valproic acid (as sodium salt) .. 126
valsartan 50
valsartan-hydrochlorothiazide ... 50
VALTOCO 126
valtya 121
vancomycin 107
VANFLYTA 20
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 188
VANISHPOINT SYRINGE 188
VAQTA (PF) 92, 93
varenicline tartrate 24
VARIVAX (PF) 93
VAXCHORA VACCINE 93
VELTASSA 73
VEMLIDY 138
VENCLEXTA 21
VENCLEXTA STARTING PACK 21
venlafaxine 131
VEOZAH 100
VEPPANU 21
verapamil 48
VERIFINE INSULIN SYRINGE 188, 189
VERIFINE PEN NEEDLE 188
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 188
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP 188
VERQUVO 49
VERSACLOZ 44
VERSALON 189
VERZENIO 21
V-GO 20 189
V-GO 30 189
V-GO 40 189
vienva 121
vigabatrin 127
vigadrone 127
vigpoder 127
vilazodone 131
VIMKUNYA (PF) 93
vinorelbine 21
viorele (28) 121
VIRACEPT 138
VIREAD 138, 139
vitafol gummies 197
vitafol-ob+dha 197
VITRAKVI 21
VIVIMUSTA 21
VIVOTIF 93
VIZIMPRO 21
VOCABRIA 139
volnea (28) 121
VONJO 21
VOQUEZNA 72
VORANIGO 21
voriconazole 133
VOSEVI 139
VOWST 100
vp-ch-pnv 198
VRAYLAR 44
VUMERITY 61
VYALEV 37
vylibra 121
VYLOY 21
VYNDAMAX 49
VYZULTA 94
warfarin 192
WEBCOL 189
WELIREG 21
WINREVAIR 63
wixela inhub 64
XALKORI 22
xarah fe 121
XARELTO 192
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 192
XATMEP 22
XCOPRI 127
XCOPRI MAINTENANCE PACK 127
XCOPRI TITRATION PACK .. 127
XDEMVY 96
XERMELO 73
XIFAXAN 108
XIGDUO XR 28, 29
XIIDRA 98
XOLAIR 63
XOSPATA 22
XPOVIO 22
XTANDI 22
xulane 122
XULTOPHY 100/3.6 31
YERVOY 22
YESINTEK 87
YF-VAX (PF) 93

YONSA 22
YUFLYMA(CF) 87
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS 87
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR 87
yulithira 23
YUTREPIA 101
yuvafem 77
zafemy 122
zafirlukast 64
zaleplon 57
zatean-pn dha 198
zatean-pn plus 198
ZEJULA 23
ZELBORAF 23
zenatane 70
ZENBEXUS 23
ZENPEP 195
zidovudine 139
ZIIHERA 23
zingiber 198
ziprasidone hcl 44
ziprasidone mesylate 44
ZIRABEV 23
ZIRGAN 96
ZOLADEX 23
ZOLINZA 23
zolpidem 57
ZONISADE 127
zonisamide 127
zovia 1-35 (28) 122
ZTALMY 127
ZTLIDO 105
ZURZUVAE 131
ZYDELIG 23
ZYKADIA 23
ZYNLONTA 23
ZYNYZ 23
ZYPREXA RELPREVV 44