Champion Health Plan of California

Formulario 2027
(Lista de medicamentos cubiertos)

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

Formulario 00027333, número de versión 6

Este formulario se actualizó el 1 de enero de 2027. 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 enero de 2027. 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 2027, 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 2027 que estaba cubierto a principios de año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2027, 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 enero de 2027. 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....20
Agentes Antiansiedad....21
Agentes Antidemencia....22
Agentes Antidiabetico....23
Agentes Antigota....28
Agentes Antihipoglicémicos....28
Agentes Antimigraña....28
Agentes Antinausea....30
Agentes Antiparasitarios....31
Agentes Antiparkinson....32
Agentes Antipsicóticos....33
Agentes Calóricos....39
Agentes Cardiovasculares....40
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica....50
Agentes De Trastorno De Sueño....51
Agentes Del Sistema Nervioso Central....52
Agentes Del Tracto Respiratorio....54
Agentes Dentales Y Orales....58
Agentes Dermatológicos....59
Agentes Gastrointestinales....63
Agentes Genitourinarios....67
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador....68
Agentes Inmunológicos....74
Agentes Oftálmicos....88
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta....89
Agentes Simpaticomiméticos (Adrenérgicos)....93
Agentes Terapeuticos Misceláneos....94
Agentes Vasodilatadores....94
Analgésicos....95
Anestésicos....99
Antagonistas De Metales Pesados....100
Antibacterianos....100
Anticonceptivos....107
Anticonvulsivos....117
Antidepresivos....122
Antifúngicos....125
Antihistamínicos....128

Antimicobacteriales 128
Antivirales (Sitémico) 128
Dispositivos 135
Parasimpaticomiméticos (Agentes Colinérgicos) 182
Preparaciones De Reemplazo 182
Productos Para La Tos Y Resfriado 183
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen 183
Reemplazo/Modificadores De Enzima 186
Relajantes Musculares Esqueléticos 187
Vitaminas Y Minerales 187

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer			
Agentes Anti Cáncer			
abiraterone oral tablet 250 mg	(Abirtega)	l2	PA NSO; 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	
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)
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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 25 mg	(Treanda)	12	PA NSO
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)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML		5	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
bexarotene oral capsule 75 mg	(Targretin)	12	PA NSO
bexarotene topical gel 1 %	(Targretin)	5	PA NSO; NM; NDS
bicalutamide oral tablet 50 mg	(Casodex)	12	
bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit		12	
bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg		4	PA NSO
bortezomib injection recon soln 3.5 mg	(Velcade)	5	PA NSO; NM; NDS
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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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	12	PA BvD
cyclophosphamide intravenous recon soln 2 gram, 500 mg	5	PA BvD; NM; NDS
cyclophosphamide intravenous solution 200 mg/ml	5	PA BvD; NM; NDS

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	l2	PA BvD; ST
cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg	3	PA BvD; ST
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)
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	l2	
doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml (Caelyx)	5	PA BvD; 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
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)
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
erlotinib oral tablet 100 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)
erlotinib oral tablet 25 mg		l2	PA NSO; QL (60 per 30 days)
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 (60 per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg	(Yulithira)	l2	PA NSO; QL (30 per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 7.5 mg	(Yulithira)	l2	PA NSO; 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	
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
fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	l2	
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)	l2	
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)
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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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)
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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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
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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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)
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)	1	
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		l2	PA NSO

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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, 40 mg (Gleostine)	l2	
lomustine oral capsule 100 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)
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)
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 VELO SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/ML, 5 MG/0.5 ML	5	PA BvD; 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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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
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)
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG		5	NM; NDS
megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg		12	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		12	
methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram		12	
methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml		12	
methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml		12	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg	12	PA BvD; ST
mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml	12	
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)
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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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	12	
pemetrexed disodium intravenous recon soln 500 mg, 750 mg	5	NM; NDS
pemetrexed disodium intravenous solution 25 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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RASONQUE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS
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)
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
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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)
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		12	
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG		4	
toremifene oral tablet 60 mg	(Fareston)	12	
torpenz oral tablet 10 mg	(everolimus (antineoplastic))	5	PA NSO; NM; NDS; 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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg (everolimus (antineoplastic))	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
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)
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
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	12	
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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
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
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
YONSA ORAL TABLET 125 MG	(abiraterone, submicronized)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
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
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML		5	PA BvD; NM; NDS
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)
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.

01/01/2027

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	
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)
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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
donepezil oral tablet 23 mg	(Aricept)	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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg	12	
donepezil oral tablet,disintegrating 5 mg	12	QL (30 per 30 days)
ergoloid oral tablet 1 mg	12	
galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg	12	QL (30 per 30 days)
galantamine oral solution 4 mg/ml	12	QL (200 per 30 days)
galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	12	QL (60 per 30 days)
LEQEMBI IQLIK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 360 MG/1.8 ML	5	PA; NM; NDS; QL (7.2 per 28 days)
LEQEMBI IQLIK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 500 MG/2.5 ML (250MG/1.25MLX2)	5	PA; NM; NDS; QL (10 per 28 days)
memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg	12	ST; QL (30 per 30 days)
memantine oral solution 2 mg/ml	12	QL (300 per 30 days)
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg	12	QL (60 per 30 days)
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	12	
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour (Exelon Patch)	12	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	12	
dapagliflozin oral tablet 10 mg, 5 mg (Farxiga)	12	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)	12	
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin)	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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 (linagliptin-metformin) 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	3	QL (60 per 30 days)
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 tablet 1,000 mg	6	NM; QL (75 per 30 days)
metformin oral tablet 500 mg	6	NM; QL (150 per 30 days)
metformin oral tablet 850 mg	6	NM; QL (90 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	6	NM; QL (120 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg	6	NM; QL (60 per 30 days)
mifepristone oral tablet 300 mg (Korlym)	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg	6	NM; QL (90 per 30 days)
pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg (Actos)	6	NM; QL (30 per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg	6	NM; QL (90 per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg (Actoplus MET)	6	NM; QL (90 per 30 days)
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg	6	NM; QL (120 per 30 days)
repaglinide oral tablet 2 mg	6	NM; QL (240 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin oral tablet 50-1,000 mg, 50-500 mg (Janumet)	l2	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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 100-1,000 mg	(Janumet XR)	12	QL (30 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 50-1,000 mg, 50-500 mg	(Janumet XR)	12	QL (60 per 30 days)
sitagliptin phosphate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Januvia)	12	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)
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 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS 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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
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 (15 per 25 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	NM; QL (30 per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg		6	NM; QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg		6	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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
glipizide oral tablet 2.5 mg		6	NM; QL (90 per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg		6	NM; QL (240 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg		6	NM; QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg		6	NM; QL (30 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg		6	NM; QL (240 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg		6	NM; QL (120 per 30 days)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg		6	PA-HRM; NM; AGE (Max 64 Years)
glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg		6	PA-HRM; NM; AGE (Max 64 Years)
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg		6	PA-HRM; NM; AGE (Max 64 Years)
Agentes Antigota			
Agentes Antigota, Otros			
allopurinol oral tablet 100 mg	(Zyloprim)	1	
allopurinol oral tablet 300 mg		1	
colchicine oral tablet 0.6 mg	(Colcrys)	l2	QL (120 per 30 days)
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	(Uloric)	l2	QL (30 per 30 days)
probenecid oral tablet 500 mg		l2	
probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg		l2	
Agentes Antihipoglicémicos			
Agentes Antihipoglicémicos, Varios			
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	(Proglycem)	5	NM; NDS
Agentes Antimigraña			
Agentes Antimigraña			
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML		3	PA; QL (1 per 30 days)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)	(Migranal)	l2	PA; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML		3	PA; QL (2 per 30 days)
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		l2	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)	l2	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet 5 mg		l2	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg	(Maxalt-MLT)	l2	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 5 mg		l2	QL (18 per 30 days)
sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject outer, suv	(Imitrex STATdose Pen)	l2	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		l2	QL (12 per 30 days)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg	(Imitrex)	l2	QL (9 per 30 days)
sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg	(Imitrex)	l2	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)	l2	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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml		l2	QL (5 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		3	PA; QL (16 per 30 days)
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 (8 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 oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days	(Transderm-Scop)	l2	PA-HRM; QL (10 per 30 days); AGE (Max 64 Years)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antiparasitarios			
Agentes Antiparasitarios			
albendazole oral tablet 200 mg		l2	
atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml	(Mepron)	l2	
atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg	(Malarone)	l2	
atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg	(Malarone Pediatric)	l2	
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg		l2	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		4	
hydroxychloroquine oral tablet 100 mg		l2	QL (180 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	(Plaquenil)	l2	QL (90 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 300 mg	(Sovuna)	l2	QL (60 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 400 mg		l2	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)	l2	
ivermectin oral tablet 6 mg		l2	
mefloquine oral tablet 250 mg		l2	
nitazoxanide oral tablet 500 mg	(Alinia)	5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
pentamidine inhalation recon soln 300 mg	(Nebupent)	l2	PA BvD
pentamidine injection recon soln 300 mg	(Pentam)	l2	
praziquantel oral tablet 600 mg		l2	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)		4	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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		1	
rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Azilect)	12	
ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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.

01/01/2027

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 oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	l2	
chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	l2	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Clozaril)	l2	
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg	l2	ST; QL (90 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg	l2	ST; QL (180 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg	l2	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
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
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	l2	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	l2	
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	l2	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml	l2	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	l2	
lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg (Latuda)	l2	
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, 5 mg	l2	QL (120 per 30 days)
molindone oral tablet 25 mg	l2	QL (270 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)
olanzapine intramuscular recon soln 10 mg (Zyprexa)	l2	QL (30 per 30 days)
olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg (Zyprexa)	l2	
olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg (Zyprexa Zydis)	l2	
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG	5	ST; NM; NDS
paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg	l2	QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg (Invega)	l2	QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg (Invega)	l2	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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg		l2	
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg		l2	
quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	(Seroquel)	l2	
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	(Seroquel XR)	l2	
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)	l2	QL (2 per 28 days)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 25 mg/2 ml	(Rykindo)	l2	QL (2 per 28 days)
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)	l2	QL (480 per 30 days)
risperidone oral tablet 0.25 mg		1	
risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Risperdal)	1	
risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg		l2	QL (60 per 30 days)
risperidone oral tablet,disintegrating 4 mg		l2	QL (120 per 30 days)
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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	l2	
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	l2	
trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	l2	
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	3	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
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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	
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution		l2	PA BvD
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION		4	PA BvD
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	
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg		l2	
midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		l2	
Agentes Antiarritmicos			
amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg	(Pacerone)	l2	
amiodarone oral tablet 400 mg		l2	
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	(Tikosyn)	l2	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	12	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	
pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg (amiodarone)	12	
propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg	12	
propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg	12	
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg	12	
Agentes Bloqueadores Alfa-Adrenérgicos		
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg (Cardura)	1	
prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	12	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg	12	
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg (Tenormin)	1	
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg	12	
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	12	
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	12	
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	12	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Toprol XL)	1	
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)	l2	
propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	(Inderal LA)	l2	
propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)		l2	
propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg		l2	
sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	(sotalol)	l2	
sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	(Sotalol AF)	l2	
sotalol oral tablet 240 mg		l2	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		l2	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio			
amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Norvasc)	1	
amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg	(Lotrel)	6	NM
amlodipine-benazepril oral capsule 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg		6	NM
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	(Azor)	6	NM

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	(Exforge)	6	NM
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	
cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	(diltiazem hcl)	l2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg		l2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg	(Tiadylt ER)	l2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	(Cartia XT)	l2	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg	(Cardizem)	l2	
diltiazem hcl oral tablet 90 mg		l2	
dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	(diltiazem hcl)	l2	
felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg	(Procardia XL)	l2	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 90 mg		l2	
nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg		l2	
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	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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			
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	(Lanoxin)	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)	l2	ST; QL (60 per 30 days)
metyrosine oral capsule 250 mg		5	PA; NM; NDS
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	(Nitro-Dur)	l2	
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg		l2	
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	NM
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg	(Atacand HCT)	6	NM
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg	(Avapro)	6	NM
irbesartan oral tablet 75 mg		6	NM
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	(Avalide)	6	NM
losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Cozaar)	6	NM

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg	(Hyzaar)	6	NM
olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg	(Benicar)	6	NM
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	NM
olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	(Benicar HCT)	6	NM
sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg	(Entresto)	l2	QL (180 per 30 days)
sacubitril-valsartan oral tablet 49-51 mg, 97-103 mg	(Entresto)	l2	QL (60 per 30 days)
telmisartan oral tablet 20 mg		6	NM
telmisartan oral tablet 40 mg, 80 mg	(Micardis)	6	NM
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg	(Micardis HCT)	6	NM
valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg	(Diovan)	6	NM
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	NM
Dislipidémicos			
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	(Caduet)	6	NM
amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg		6	NM
atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Lipitor)	6	NM
cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram	(Questran)	l2	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cholestyramine light oral powder in packet 4 gram	(cholestyramine)	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)	1	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg	(Vytorin 10-10)	6	NM; QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg	(Vytorin 10-20)	6	NM; QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg	(Vytorin 10-40)	6	NM; QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg	(Vytorin 10-80)	6	NM; QL (30 per 30 days)
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg		1	
fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg		1	
fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg		1	
fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg		6	NM; QL (60 per 30 days)
fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg	(Lescol XL)	6	NM
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	NM
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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	NM
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	NM
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg (Zocor)	6	NM
simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg	6	NM
TRYNGOLZA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 50 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; QL (0.8 per 28 days)
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	1	
furosemide injection solution 10 mg/ml	1	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	1	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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 tablet 15 mg, 30 mg	(Jynarque)	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
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	
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	NM
benazepril oral tablet 5 mg		6	NM
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	(Lotensin HCT)	6	NM

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg		6	NM
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		6	NM
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	(Vasotec)	6	NM
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg	(Vaseretic)	6	NM
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg		6	NM
fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg		6	NM
fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg		6	NM
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	(Zestril)	6	NM
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	(Zestoretic)	6	NM
moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg		6	NM
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg		6	NM
quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg		6	NM
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg		6	NM
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		6	NM
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg		6	NM
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona			
aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg	(Tekturna)	12	
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg		12	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores			
hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg		1	
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg		l2	
isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg	(Isordil Titradose)	l2	
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg		l2	
isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg		1	
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg		l2	
nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	(Nitrostat)	l2	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	PA; QL (30 per 30 days)
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica			
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica			
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		l2	
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg		1	
cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg	(Sensipar)	l2	QL (60 per 30 days)
cinacalcet oral tablet 90 mg	(Sensipar)	l2	QL (120 per 30 days)
ibandronate oral tablet 150 mg		1	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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg	(Zemplar)	l2	
paricalcitol oral capsule 4 mcg		l2	
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)	l2	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)	l2	QL (30 per 30 days)
eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg	(Lunesta)	l2	QL (30 per 30 days)
modafinil oral tablet 100 mg	(Provigil)	l2	PA; QL (30 per 30 days)
modafinil oral tablet 200 mg	(Provigil)	l2	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		l2	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.

01/01/2027

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	l2	QL (60 per 30 days)
atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	l2	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
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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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)
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	
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)
riluzole oral tablet 50 mg		l2	
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	(Xenazine)	l2	PA; QL (112 per 28 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG		4	PA; QL (30 per 30 days)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Del Tracto Respiratorio			
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros			
acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)		l2	PA BvD
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
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)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	(nintedanib)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
pirfenidone oral capsule 267 mg		l2	PA; 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)	l2	PA; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML		5	PA BvD; NM; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML		5	PA BvD; NM; NDS
roflumilast oral tablet 250 mcg	(Daliresp)	l2	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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
roflumilast oral tablet 500 mcg	(Daliresp)	l2	QL (30 per 30 days)
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			
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION	(fluticasone furoate)	3	QL (30 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/ACTUATION	(fluticasone furoate)	3	QL (30 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)
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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation		l2	QL (21.2 per 30 days)
Antileucotrinos			
montelukast oral tablet 10 mg	(Singulair)	1	
montelukast oral tablet,chewable 4 mg, 5 mg	(Singulair)	1	
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg		l2	
Broncodilatadores			
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)
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)
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)
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.

01/01/2027

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)
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)
fluticasone furoate-vilanterol inhalation blister with device 100-25 mcg/dose, 200-25 mcg/dose (Breo Ellipta)	3	QL (60 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)
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.

01/01/2027

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, 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)
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)
Agentes Dentales Y Orales			
Agentes Dentales Y Orales			
cevimeline oral capsule 30 mg	(Evoxac)	l2	
chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %	(Periogard)	1	
periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %	(chlorhexidine gluconate)	1	
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	(Salagen (pilocarpine))	l2	
triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %	(Kourzeq)	l2	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Dermatológicos		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
ala-cort topical cream 1 % (hydrocortisone)	12	
betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %	12	
betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %	12	
betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %	12	
betamethasone valerate topical cream 0.1 %	12	
betamethasone valerate topical lotion 0.1 %	12	
betamethasone valerate topical ointment 0.1 %	12	
betamethasone, augmented topical cream 0.05 %	12	
betamethasone, augmented topical gel 0.05 %	12	
betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %	12	
betamethasone, augmented topical ointment 0.05 % (Diprolene (augmented))	12	
clobetasol scalp solution 0.05 %	12	
clobetasol topical cream 0.05 %	12	
clobetasol topical gel 0.05 %	12	
clobetasol topical ointment 0.05 %	12	
clobetasol topical shampoo 0.05 % (Clodan)	12	
clobetasol-emollient topical cream 0.05 %	12	
diclofenac sodium topical drops 1.5 %	12	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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)		l2	PA; QL (224 per 28 days)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %		3	
fluocinolone topical cream 0.01 %		l2	
fluocinolone topical cream 0.025 %	(Synalar)	l2	
fluocinolone topical ointment 0.025 %	(Synalar)	l2	
fluocinonide topical cream 0.05 %		l2	
fluocinonide topical cream 0.1 %	(Vanos)	l2	
fluocinonide topical gel 0.05 %		l2	
fluocinonide topical ointment 0.05 %		l2	
fluocinonide topical solution 0.05 %		l2	
fluticasone propionate topical cream 0.05 %		l2	
halobetasol propionate topical cream 0.05 %		l2	
halobetasol propionate topical ointment 0.05 %		l2	
hydrocortisone 2.5% cream		l2	
hydrocortisone topical cream 1 %	(Ala-Cort)	l2	
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %	(Procto-Med HC)	l2	
hydrocortisone topical lotion 2.5 %		l2	
hydrocortisone topical ointment 1 %	(Anti-Itch (HC))	1	
hydrocortisone topical ointment 2.5 %		1	
hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %		l2	
mometasone topical cream 0.1 %		l2	
mometasone topical ointment 0.1 %		l2	
mometasone topical solution 0.1 %		l2	
procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(hydrocortisone)	l2	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(hydrocortisone)	l2	
proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(hydrocortisone)	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	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %		4	PA
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)
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
nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)	(Rectiv)	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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %		5	NM; NDS; QL (60 per 28 days)
podofilox topical solution 0.5 %		l2	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM		4	QL (180 per 30 days)
selenium sulfide topical lotion 2.5 %		l2	
silver sulfadiazine topical cream 1 %	(SSD)	l2	
ssd topical cream 1 %	(silver sulfadiazine)	4	
tazarotene topical cream 0.1 %	(Tazorac)	l2	
tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	(Retin-A)	l2	PA
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %		5	PA NSO; NM; NDS
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	(isotretinoin)	l2	
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)			
acyclovir topical ointment 5 %	(Zovirax)	l2	QL (30 per 30 days)
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	(Cleocin)	l2	
metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)	(Vandazole)	l2	
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %		l2	
terconazole vaginal suppository 80 mg		l2	
Antibacterianos Dermatológicos			
clindamycin phosphate topical solution 1 %		l2	QL (180 per 30 days)
clindamycin phosphate topical swab 1 %	(Clindacin ETZ)	l2	
erythromycin with ethanol topical solution 2 %		l2	
gentamicin topical cream 0.1 %		l2	QL (90 per 30 days)
metronidazole topical cream 0.75 %	(Rosadan)	l2	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
metronidazole topical gel 0.75 %	(Rosadan)	l2	
metronidazole topical gel 1 %		l2	
mupirocin topical ointment 2 %	(Centany)	1	QL (220 per 30 days)
rosadan topical cream 0.75 %	(metronidazole)	l2	
Escabicidas Y Pediculicidas			
malathion topical lotion 0.5 %	(Ovide)	l2	
permethrin topical cream 5 %		l2	QL (60 per 30 days)
Agentes Gastrointestinales			
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos			
cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml		l2	
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg	(Acid Reducer (esomeprazole))	1	
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg	(Nexium)	1	
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))	l2	QL (30 per 30 days)
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg	(Prevacid)	l2	QL (60 per 30 days)
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	(Cytotec)	l2	
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	
rabeprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg	(AcipHex)	l2	
sucralfate oral tablet 1 gram	(Carafate)	l2	
TALICIA ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 10-250-12.5 MG		4	QL (168 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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		4	PA
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria			
alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Lotronex)	l2	
balsalazide oral capsule 750 mg	(Colazal)	l2	
budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg		l2	
budesonide rectal foam 2 mg/actuation	(Uceris)	l2	
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml	(Cortenema)	l2	
mesalamine oral capsule, extended release 500 mg	(Pentasa)	l2	
mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram	(Apriso)	l2	
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram	(Lialda)	l2	QL (120 per 30 days)
mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml	(Rowasa)	l2	
mesalamine rectal suppository 1,000 mg	(Canasa)	l2	
sulfasalazine oral tablet 500 mg	(Azulfidine)	l2	
sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	(Azulfidine EN-tabs)	4	
Agentes Gastrointestinales, Otros			
bismuth subcit k-metronidz-tcn oral capsule 140-125-125 mg	(Pylera)	l2	QL (168 per 14 days)
calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg		l2	
calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg		l2	
carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg	(Carbaglu)	5	PA; NM; NDS
constulose oral solution 10 gram/15 ml	(lactulose)	l2	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml	(Gastrocrom)	12	
dicyclomine oral capsule 10 mg		12	
dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml		12	
dicyclomine oral tablet 20 mg		12	
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	(Lomotil)	12	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
enulose oral solution 10 gram/15 ml	(lactulose)	12	
generlac oral solution 10 gram/15 ml	(lactulose)	12	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg	(Robinul)	12	
glycopyrrolate oral tablet 2 mg	(Robinul Forte)	12	
kionex oral suspension 15 gram/60 ml	(sodium polystyrene sulfonate)	12	
lactulose oral solution 10 gram/15 ml	(Constulose)	12	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		3	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM		3	QL (34 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM		3	QL (30 per 30 days)
loperamide oral capsule 2 mg	(Anti-Diarrheal (loperamide))	12	
lubiprostone oral capsule 24 mcg		12	QL (60 per 30 days)
lubiprostone oral capsule 8 mcg	(Amitiza)	12	QL (120 per 30 days)
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml		12	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	(Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		3	QL (30 per 30 days)
sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram	(Renvela)	12	
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	(Renvela)	12	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg		l2	
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 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	
VOWST ORAL CAPSULE 1 X 10EXP6 TO 3 X 10EXP7 CELL		5	PA; NM; NDS; QL (12 per 30 days)
XERMELO ORAL TABLET 250 MG		5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
Laxantes			
gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram	(peg 3350-electrolytes)	l2	
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	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Genitourinarios			
Agentes Genitourinarios, Varios			
alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg	(Uroxatral)	1	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	
darifenacin oral tablet extended release 24 hr 15 mg, 7.5 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		1	
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	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG		5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ISTURISA ORAL TABLET 5 MG		5	PA; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
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	
prednisolone oral solution 15 mg/5 ml		l2	
prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)		l2	
prednisone oral solution 5 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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	l2	
TARPEYO ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 4 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml (Kenalog)	l2	
Miméticos De Incretina		
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)
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)
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG	3	PA; QL (30 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)
WEGOVY ORAL TABLET 1.5 MG, 25 MG, 4 MG, 9 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML	3	PA; QL (3 per 28 days)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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, 200 mcg/ml	12	
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml (Sandostatin)	12	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	l2	
medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml	(Depo-Provera)	1	
medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml	(Depo-Provera)	l2	
medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Provera)	1	
megestrol 400 mg/10 ml susp cup outer 400 mg/10 ml (10 ml)		l2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
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	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	(Prometrium)	l2	
Agentes Inmunológicos			
Agentes Inmunológicos			
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS
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
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)
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)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG		5	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg	(Tecfidera)	12	PA; QL (14 per 7 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)	(Tecfidera)	12	PA
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg	(Tecfidera)	12	PA; QL (60 per 30 days)
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML		5	PA; NM; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
ENTYVIO INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG	5	PA; NM; NDS
ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 108 MG/0.68 ML	5	PA; NM; NDS
ENVARSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	4	PA BvD
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg (Zortress)	l2	PA BvD
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 1 mg (Zortress)	5	PA BvD; NM; NDS
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
fingolimod oral capsule 0.5 mg (Gilenya)	l2	PA; QL (30 per 30 days)
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
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.

01/01/2027

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) 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
infliximab intravenous recon soln 100 mg (Remicade)	5	PA; NM; NDS
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1.2 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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML		5	PA; NM; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML		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)	l2	PA BvD
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		5	PA NSO; NM; NDS
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)
OMLYCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 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.

01/01/2027

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
OTULFI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NM; NDS
OTULFI SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	3	PA
OTULFI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aauz) SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA
OTULFI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aauz) SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; NM; NDS
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
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA BvD
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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NM; NDS
SAPHNELO PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 120 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; QL (3.2 per 28 days)
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	12	PA BvD
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, 5 mg (Astagraf XL)	12	PA BvD
tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %	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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
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)
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
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
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML	5	PA; NM; NDS
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML	5	PA; NM; NDS
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	3	
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.01 % (Lumigan)	12	
bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %	12	QL (2.5 per 25 days)
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	
brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 % (Azopt)	12	
carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %	1	
dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %	12	
dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml (Cosopt)	1	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 % (Xalatan)	1	QL (2.5 per 25 days)
levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	l2	
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg	l2	
pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %	l2	
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)	l2	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 %	l2	
bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram	l2	
bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	l2	
ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %	l2	
ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %	l2	QL (7.5 per 7 days)
erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)	l2	QL (3.5 per 4 days)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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-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	
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%		12	
neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	(neomycin-bacitracin-poly-hc)	12	
neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	(neomycin-bacitracin-polymyxin)	12	
ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	(Ocuflox)	12	
ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %		12	
polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	(bacitracin-polymyxin b)	12	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	
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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %		l2	ST
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %		l2	QL (15 per 19 days)
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 %		3	QL (12 per 28 days)
mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation	(Allergy Nasal (mometasone))	l2	QL (34 per 30 days)
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %		l2	
prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	(Pred Forte)	l2	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)		l2	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %		3	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios			
atropine ophthalmic (eye) drops 1 %		l2	
azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)		l2	QL (60 per 30 days)
azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)	(Astepro Allergy)	l2	QL (30 per 25 days)
azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %		l2	
cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %		l2	
epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %		l2	
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)		l2	QL (30 per 28 days)
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)		l2	QL (15 per 10 days)
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %	(Eye Allergy Itch-Redness Rlf)	l2	
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	(Advanced Eye Relief (olopatad))	l2	
Agentes Simpaticomiméticos (Adrenérgicos)			
Agentes Simpaticomiméticos (Adrenérgicos)			
droxidopa oral capsule 100 mg, 300 mg	(Northera)	l2	PA; QL (180 per 30 days)
droxidopa oral capsule 200 mg	(Northera)	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml	(Auvi-Q)	l2	QL (4 per 30 days)
Agentes Terapeuticos Misceláneos			
Agentes Terapeuticos Misceláneos			
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	
dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg	(Ampyra)	l2	PA; QL (60 per 30 days)
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
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, 25 mg, 50 mg		1	
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg		l2	
mesna oral tablet 400 mg	(Mesnex)	l2	
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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ambrisentan oral tablet 10 mg	(Letairis)	l2	PA; QL (30 per 30 days)
ambrisentan oral tablet 5 mg	(Letairis)	5	PA; NM; NDS; QL (30 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)
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 potassium oral tablet 50 mg		l2	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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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-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	
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, 600 mg, 800 mg	(ibuprofen)	1	
ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml	(Children's Advil)	l2	
ibuprofen oral tablet 400 mg, 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	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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		l2	NM; NDS; QL (4500 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml		l2	NM; NDS; QL (4500 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg		l2	NM; NDS; QL (360 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg		l2	NM; NDS; 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; NDS; QL (4 per 28 days)
butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg		l2	PA-HRM; NM; NDS; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg		l2	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
endocet oral tablet 10-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	l2	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	l2	NM; NDS; QL (360 per 30 days)
endocet oral tablet 7.5-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	l2	NM; NDS; 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		l2	PA; NM; NDS; 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		l2	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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml		l2	NM; NDS; QL (2700 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg		l2	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg		l2	NM; NDS; QL (240 per 30 days)
hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Dilaudid)	l2	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
methadone oral solution 10 mg/5 ml		l2	NM; NDS; QL (600 per 30 days)
methadone oral solution 5 mg/5 ml		l2	NM; NDS; QL (1200 per 30 days)
methadone oral tablet 10 mg		l2	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
methadone oral tablet 5 mg		l2	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)		l2	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
morphine oral solution 10 mg/5 ml (2 mg/ml)		l2	NM; NDS; QL (700 per 30 days)
morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)		l2	NM; NDS; QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG		4	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG		4	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg		l2	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg	(MS Contin)	l2	NM; NDS; QL (90 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 60 mg	(MS Contin)	l2	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
oxycodone oral capsule 5 mg		l2	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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg		l2	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg	(Roxicodone)	l2	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
oxycodone oral tablet 20 mg		l2	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	(Endocet)	l2	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	(Endocet)	l2	NM; NDS; QL (360 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	(Endocet)	l2	NM; NDS; QL (240 per 30 days)
tramadol oral tablet 50 mg		1	NM; NDS; QL (240 per 30 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg		l2	NM; NDS; QL (300 per 30 days)
Anestésicos			
Anestesia Local			
dermacinrx lidocan 5% patch outer	(lidocaine)	l2	PA; QL (90 per 30 days)
glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %	(lidocaine hcl)	l2	QL (30 per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %	(Glydo)	l2	QL (30 per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %		l2	
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	(DermacinRx Lidocan)	l2	PA; QL (90 per 30 days)
lidocaine topical ointment 5 %		l2	PA; QL (240 per 30 days)
lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %		l2	PA; QL (30 per 30 days)
lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %	(lidocaine)	l2	PA; 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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	l2	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)
Antibacterianos			
Aminoglicósidos			
amikacin injection solution 500 mg/2 ml		l2	
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		l2	
gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml		l2	
neomycin oral tablet 500 mg		l2	
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		l2	
Antibacteriales, Misceláneos			
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	(Cleocin HCl)	l2	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	l2	
daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg		l2	PA BvD
fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram		l2	
linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml	(Zyvox)	l2	PA BvD
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	PA BvD
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg		l2	
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)
SIVEXTRO INTRAVENOUS RECON SOLN 200 MG		5	PA BvD; NM; NDS
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG		5	NM; NDS
trimethoprim oral tablet 100 mg		l2	
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 500 mg, 750 mg		l2	PA BvD
vancomycin oral capsule 125 mg	(Vancocin)	l2	QL (77 per 28 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.

01/01/2027

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	3	PA; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram	12	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS
cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	12	PA BvD
ertapenem injection recon soln 1 gram	12	
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg	12	PA BvD
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg (Primaxin IV)	12	PA BvD
meropenem intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg	12	PA BvD
Cefalosporinas		
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg	12	
cefadroxil oral capsule 500 mg	12	
cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml	12	
cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg	12	
cefazolin intravenous recon soln 10 gram	12	
cefdinir oral capsule 300 mg	12	
cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	12	
cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram	12	
cefixime oral capsule 400 mg	12	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cefixime oral tablet 400 mg	l2	
cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg	l2	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	l2	
ceftaroline fosamil intravenous recon soln 400 mg, 600 mg (Teflaro)	5	PA BvD; NM; NDS
ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram (Tazicef)	l2	
ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg	l2	
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg	l2	
cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg	l2	
cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram	l2	PA BvD
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	1	
cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	l2	
tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram (ceftazidime)	l2	
Macrólidos		
azithromycin intravenous recon soln 500 mg	l2	
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	l2	
azithromycin oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (Zithromax)	l2	
azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg	1	
azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg (Zithromax)	1	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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		l2	
amoxicillin oral suspension for reconstitution 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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg		l2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg	(Augmentin)	l2	
ampicillin oral capsule 500 mg		l2	
ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg		l2	
ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram	(Unasyn)	l2	
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		l2	
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		l2	
penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit	(Pfizerpen-G)	l2	
penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml		l2	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg		1	
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Quinolonas			
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg	(Cipro)	l2	
ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg		l2	
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml		l2	PA BvD
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml		l2	PA BvD
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg		l2	
moxifloxacin 400 mg/250 ml bag suv, p/f, inner		l2	PA BvD
moxifloxacin oral tablet 400 mg		l2	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml		l2	PA BvD
Sulfonamidas			
sulfadiazine oral tablet 500 mg		5	NM; NDS
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			
doxy-100 intravenous recon soln 100 mg	(doxycycline hyclate)	l2	PA BvD
doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg	(Doxy-100)	l2	PA BvD
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg		l2	
doxycycline hyclate oral capsule 50 mg	(Morgidox)	l2	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg		l2	
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg	(Mondoxyne NL)	l2	
doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg		l2	
doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml		l2	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg	(Avidoxy)	l2	
doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg		l2	
minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg		l2	
tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg		l2	
tigecycline intravenous recon soln 50 mg	(Tygacil)	l2	PA BvD
Anticonceptivos			
Anticonceptivos			
afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	l2	
alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		l2	
amethia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
apri oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
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)	1	
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)	1	
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)	1	
blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
camila oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	
camrese lo oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
camrese oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	
daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
deblitane oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
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	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg	(Lo-Zumandimine (28))	1	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg	(Ocella)	1	
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))	1	
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)	1	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
errin oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
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)	1	
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)	1	
hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
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))	1	
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))	1	
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	
jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	1	
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)	1	
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
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)	1	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG		4	
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	(Camrese Lo)	1	QL (91 per 84 days)
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg	(Rivelsa)	1	QL (91 per 84 days)
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(Amethia)	1	QL (91 per 84 days)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	1	
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)	1	
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	(Aviane)	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg	(Altavera (28))	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)	(Amethyst (28))	l2	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(Setlakin)	1	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	
lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	l2	
lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
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)	1	
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)	1	
meleya oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
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)	1	
microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
mili oral tablet 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
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	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
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	(Deblitane)	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Blisovi Fe 1/20 (28))	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Blisovi Fe 1.5/30 (28))	1	
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)	1	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Tri-Sprintec (28))	1	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg	(Mili)	1	
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg		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)	1	
nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		1	
orquidea oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	l2	
portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	l2	
rivelsa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
rosyrah oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)
sharobel oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	
simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	l2	
simpesse oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
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)	1	
sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
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)	1	
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)	1	
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)	1	
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	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(norelgestromin-ethin.estradiol)	l2	QL (3 per 28 days)
zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(norelgestromin-ethin.estradiol)	l2	QL (3 per 28 days)
zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	l2	
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)	l2	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)
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg	(Carbatrol)	l2	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml	(Tegretol)	l2	
carbamazepine oral tablet 200 mg	(Tegretol)	l2	
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg	(Tegretol XR)	l2	
carbamazepine oral tablet,chewable 100 mg, 200 mg		l2	
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	(Onfi)	l2	QL (480 per 30 days)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	(Onfi)	l2	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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg		l2	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG		4	
divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg	(Depakote Sprinkles)	l2	
divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg	(Depakote ER)	l2	
divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg	(Depakote)	l2	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA NSO; NM; NDS
epitol oral tablet 200 mg	(carbamazepine)	l2	
eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg	(Aptiom)	l2	ST; QL (30 per 30 days)
eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg	(Aptiom)	l2	ST; QL (60 per 30 days)
ethosuximide oral capsule 250 mg	(Zarontin)	l2	
ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml	(Zarontin)	l2	
felbamate oral suspension 600 mg/5 ml		l2	
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	(Felbatol)	l2	
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)	l2	
gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg	(Neurontin)	1	QL (360 per 30 days)
gabapentin oral capsule 400 mg	(Neurontin)	1	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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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, 500 mg	(Spritam)	4	ST
methsuximide oral capsule 300 mg	(Celontin)	l2	
NAYZILAM NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)		4	PA NSO; QL (10 per 30 days)
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, 2 mg, 8 mg	(Fycompa)	l2	ST; QL (30 per 30 days)
perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg	(Fycompa)	l2	ST; 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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
rufinamide oral suspension 40 mg/ml	(Banzel)	5	NM; NDS
rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg	(Banzel)	l2	
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 750 MG		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	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG		4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg		l2	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	PA NSO; NM; NDS; QL (10 per 30 days)
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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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		5	NM; NDS
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	
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg		l2	
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		l2	
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg	(Wellbutrin XL)	l2	
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg	(Wellbutrin SR)	1	
citalopram oral solution 10 mg/5 ml		l2	
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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg (Anafranil)	l2	
desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	l2	
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg (Pristiq)	l2	QL (30 per 30 days)
doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	l2	
doxepin oral concentrate 10 mg/ml	l2	
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	l2	QL (120 per 30 days)
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; 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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	1	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg (Remeron)	1	
mirtazapine oral tablet 45 mg	1	
mirtazapine oral tablet 7.5 mg	l2	
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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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		4	QL (30 per 30 days)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg	(Effexor XR)	l2	QL (30 per 30 days)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg	(Effexor XR)	l2	QL (90 per 30 days)
venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg		l2	
vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Viibryd)	l2	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		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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg	(AmBisome)	5	PA BvD; NM; NDS
ciclopirox topical cream 0.77 %	(Ciclodan)	l2	QL (180 per 30 days)
ciclopirox topical solution 8 %	(Ciclodan)	l2	QL (19.8 per 30 days)
ciclopirox topical suspension 0.77 %	(Loprox (as olamine))	l2	QL (180 per 30 days)
clotrimazole mucous membrane troche 10 mg		l2	
clotrimazole topical cream 1 %	(Antifungal (clotrimazole))	l2	
clotrimazole topical solution 1 %	(Athlete's Foot (clotrimazole))	l2	
clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %		l2	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
econazole nitrate topical cream 1 %		l2	QL (170 per 30 days)
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml		l2	
fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml		l2	
fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml	(Diflucan)	l2	
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg		l2	
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	(Ancobon)	5	NM; NDS
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml		l2	
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg		l2	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg		l2	
itraconazole oral capsule 100 mg	(Sporanox)	l2	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ketoconazole oral tablet 200 mg		l2	
ketoconazole topical cream 2 %		l2	QL (180 per 30 days)
ketoconazole topical shampoo 2 %		l2	QL (360 per 30 days)
micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg		l2	
miconazole-3 vaginal suppository 200 mg		l2	
nyamyc topical powder 100,000 unit/gram	(nystatin)	l2	QL (60 per 30 days)
nystatin oral suspension 100,000 unit/ml		l2	
nystatin oral tablet 500,000 unit		l2	
nystatin topical cream 100,000 unit/gram		l2	QL (60 per 30 days)
nystatin topical ointment 100,000 unit/gram		l2	QL (60 per 30 days)
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		l2	PA
terbinafine hcl oral tablet 250 mg		1	
voriconazole intravenous recon soln 200 mg	(Vfend IV)	l2	PA BvD
voriconazole intravenous solution 10 mg/ml		l2	PA BvD
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	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antihistamínicos			
Antihistamínicos			
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg		1	
levocetirizine oral tablet 5 mg	(24HR Allergy Relief)	1	
Antimicobacteriales			
Antimicobacteriales			
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg		12	
ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg		12	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg		1	
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG		4	QL (30 per 30 days)
pyrazinamide oral tablet 500 mg		12	
rifabutin oral capsule 150 mg		12	
rifampin intravenous recon soln 600 mg	(Rifadin)	12	
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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, 800 mg (Prezista)	12	
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 600-300-300 mg	(Symfi)	5	NM; NDS
emtricitabine oral capsule 200 mg	(Emtriva)	l2	
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg	(Truvada)	l2	
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)	l2	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	NM; NDS
fosamprenavir oral tablet 700 mg		l2	
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)	l2	
lamivudine oral tablet 100 mg		l2	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg	(Epivir)	12	
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg		12	
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml	(Kaletra)	12	QL (480 per 30 days)
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg	(Kaletra)	12	QL (300 per 30 days)
lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg	(Kaletra)	12	QL (120 per 30 days)
maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg	(Selzentry)	5	NM; NDS
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	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG		5	NM; NDS
rilpivirine hcl oral tablet 25 mg	(Edurant)	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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	l2	
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	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NM; NDS
stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	l2	
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
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NM; NDS
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg (Viread)	l2	
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	
TYBOST ORAL TABLET 150 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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG		5	NM; NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)		5	NM; NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	NM; NDS
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)
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)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)		12	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)		12	QL (11 per 28 days)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	12	QL (30 per 5 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	PA; NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
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)
Nucleósidos Y Nucleótidos		
acyclovir oral capsule 200 mg	12	
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml	12	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	12	
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	12	PA BvD
adefovir oral tablet 10 mg	12	
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Baraclude)	12	
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg	12	
ribavirin oral capsule 200 mg	12	
ribavirin oral tablet 200 mg	12	
valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg (Valtrex)	12	
valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml (Valcyte)	5	NM; NDS
valganciclovir oral tablet 450 mg	12	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	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.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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
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

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Parasimpaticomiméticos (Agentes Colinérgicos)			
Parasimpaticomiméticos (Agentes Colinérgicos)			
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	(Mestinon)	l2	
Preparaciones De Reemplazo			
Preparaciones De Reemplazo			
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 %)		l2	
magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)		l2	
potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml		l2	
potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq		l2	
potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml		l2	
potassium chloride oral tablet extended release 10 meq	(Klor-Con 10)	l2	
potassium chloride oral tablet extended release 15 meq, 20 meq		l2	
potassium chloride oral tablet extended release 8 meq	(Klor-Con 8)	l2	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq	(Klor-Con M10)	l2	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq	(Klor-Con M15)	l2	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq	(Klor-Con M20)	l2	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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)	12	
anagrelide oral capsule 1 mg	12	
tranexamic acid oral tablet 650 mg	12	
Anticoagulantes		
dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg (Pradaxa)	12	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)

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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)	l2	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	
warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg		1	
Inhibidores De Agregación De Plaquetas			
aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg		l2	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg		12	
clopidogrel oral tablet 75 mg	(Plavix)	1	
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			
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)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG		5	PA; NM; NDS
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.

01/01/2027

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
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
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; LA; NDS

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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		l2	
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg		1	
dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg		l2	
dantrolene oral capsule 25 mg	(Dantrium)	l2	
methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg		l2	
tizanidine oral tablet 2 mg		l2	
tizanidine oral tablet 4 mg	(Zanaflex)	l2	
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	
cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution		1	EX
ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)	(ergocalciferol (vitamin d2))	1	EX

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
folic acid oral tablet 1 mg		1	EX
folivane-ob capsule 85-1 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 oral tablet 90-1-50 mg		1	
mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg		1	
obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg		1	
pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg		1	
pnv-omega softgel 28-1-300 mg		1	
pnv-select tablet 27-1 mg		1	
pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg		1	
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	

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

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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-ob+dha combo pack 65-1-250 mg	1	
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.

01/01/2027

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

01/01/2027

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS 135
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 135
abacavir 128
abacavir-lamivudine 128
ABELCET 125
abigale 69
abigale lo 69
ABILIFY ASIMTUFII 33
ABILIFY MAINTENA 33
abiraterone 3
abirtega 3
ABRYSVO (PF) 82
acamprosate 20
acarbose 23
acebutolol 41
acetaminophen-codeine 97
acetazolamide 88
acetazolamide sodium 88
acetic acid 89
acetylcysteine 54
acitretin 61
ACTHIB (PF) 82
ACTIMMUNE 74
acyclovir 62, 134
acyclovir sodium 134
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 82
adalimumab-aaty 74
adalimumab-aaty(cf) ai crohns .. 74
adefovir 134
ADEMPAS 94
adrucil 3
ADVAIR HFA 56
ADVOCATE PEN NEEDLE 135, 136
ADVOCATE SYRINGES 135
afirmelle 107
AIMOVIG AUTOINJECTOR ... 28
AIRSUPRA 56
AKEEGA 3
ala-cort 59
albendazole 31
albuterol sulfate 56
ALCOHOL PADS 136
ALCOHOL PREP PADS 157
ALCOHOL SWABS 153
ALCOHOL WIPES 163
ALECENSA 3
alendronate 50
alfuzosin 67
aliskiren 49
allopurinol 28
alosetron 64
alprazolam 21
altavera (28) 107
ALTRENO 61
ALUNBRIG 3
alyacen 1/35 (28) 107
alyacen 7/7/7 (28) 107
alyq 94
amantadine hcl 32
ambrisentan 95
amethia 107
amethyst (28) 107
amikacin 100
amiloride 47
amiloride-hydrochlorothiazide ... 47
amiodarone 40
amitriptyline 122
amlodipine 42
amlodipine-atorvastatin 45
amlodipine-benazepril 42
amlodipine-olmesartan 42
amlodipine-valsartan 43
amlodipine-valsartan-hcthiazid .. 43
ammonium lactate 61
amoxapine 122
amoxicillin 104
amoxicillin-pot clavulanate 104, 105
amphotericin b 125
amphotericin b liposome 126
ampicillin 105
ampicillin sodium 105
ampicillin-sulbactam 105
anagrelide 183
anastrozole 3
ANORO ELLIPTA 56
aprepitant 30
apri 107
APTIVUS 128
AQINJECT PEN NEEDLE 136
ARCALYST 74
AREXVY (PF) 82
ARIKAYCE 100
aripiprazole 33
ARISTADA 34
ARISTADA INITIO 34
armodafinil 51
ARNUITY ELLIPTA 55
asenapine maleate 34
ashlyna 108
aspirin-dipyridamole 184
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL 136
ASSURE ID DUO-SHIELD 136
ASSURE ID INSULIN SAFETY 136
ASSURE ID PEN NEEDLE 136
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE 136
atazanavir 129
atenolol 41
atenolol-chlorthalidone 41
atomoxetine 52
atorvastatin 45

atovaquone 31
atovaquone-proguanil 31
atropine 93
aubra eq 108
AUGTYRO 3
aurovela 1.5/30 (21) 108
aurovela 1/20 (21) 108
aurovela 24 fe 108
aurovela fe 1.5/30 (28) 108
aurovela fe 1-20 (28) 108
AUSTEDO 52
AUSTEDO XR 52
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 52
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE 136
AUVELITY 122
aviane 108
AVMAPKI 3
AVMAPKI-FAKZYNJA 3
AVONEX 74
ayuna 108
AYVAKIT 3
azacitidine 3
azathioprine 74
azathioprine sodium 74
azelastine 93
azithromycin 103
aztreonam 102
azurette (28) 108
bacitracin 89
bacitracin-polymyxin b 89
baclofen 187
bal-care dha 187
bal-care dha essential 187
balsalazide 64
BALVERSA 3, 4
BAQSIMI 94
BCG VACCINE, LIVE (PF) 83
BD ALCOHOL SWABS 137
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 136
BD ECLIPSE LUER-LOK 136
BD INSULIN SYRINGE 137
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 137
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 137
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 137
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 137
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 138
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 138
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 138
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 138
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 138
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 138
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 138
BELSOMRA 51
benazepril 48
benazepril-hydrochlorothiazide 48, 49
bendamustine 4
BENLYSTA 74
benzonatate 183
benztropine 32
BEQALZI 4
BEQALZI STARTER PACK 4
BESREMI 4
BESREMI PEN 4
betaine 94
betamethasone dipropionate 59
betamethasone valerate 59
betamethasone, augmented 59
BETASERON 74
betaxolol 88
bethanechol chloride 67
bexarotene 4
BEXSERO 83
bicalutamide 4
BICILLIN L-A 105
BIKTARVY 129
bimatoprost 88
bismuth subcit k-metronidz-tcn 64
bisoprolol fumarate 41
bisoprolol-hydrochlorothiazide 41
bleomycin 4
blisovi 24 fe 108
blisovi fe 1.5/30 (28) 108
blisovi fe 1/20 (28) 108
BOOSTRIX TDAP 83
BORDERED GAUZE 138
bortezomib 4
BOSULIF 4
bosutinib 4
BRAFTOVI 5
BREO ELLIPTA 56
breyna 57
BREZTRI AEROSPHERE 57
brimonidine 88
brimonidine-timolol 88
brinzolamide 88
brivaracetam 117
bromfenac 91
bromocriptine 32
BRONCHITOL 54
BRUKINSA 5
budesonide 55, 64
bumetanide 47
buprenorphine 97
buprenorphine hcl 20
buprenorphine-naloxone 21
bupropion hcl 122
bupropion hcl (smoking deter) 21
buspirone 94
butalbital-acetaminop-caf-cod 97
butalbital-acetaminophen-caff 97
BYSANTI 34

BYSANTI TITRATION PACK A 34
BYSANTI TITRATION PACK B 34
BYSANTI TITRATION PACK C 34
CABENUVA 129
cabergoline 32
CABOMETYX 5
cabotegravir 129
calcipotriene 61
calcitonin (salmon) 50
calcitriol 50
calcium acetate(phosphat bind) ..64
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 5
CAMCEVI (6 MONTH) 5
camila 108
camrese 108
camrese lo 108
candesartan 44
candesartan-hydrochlorothiazid 44
CAPLYTA 34
CAPRELSA 5
captopril 49
carbamazepine 117
carbidopa-levodopa 32
CAREFINE PEN NEEDLE 138
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 139
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 139
CARETOUCH PEN NEEDLE . 139
carglumic acid 64
carteolol 88
cartia xt 43
carvedilol 41
CAYSTON 102
cefaclor 102
cefadroxil 102
cefazolin 102
cefdinir 102
cefepime 102
cefixime 102, 103
cefoxitin 102
cefpodoxime 103
cefprozil 103
ceftaroline fosamil 103
ceftazidime 103
ceftriaxone 103
cefuroxime axetil 103
cefuroxime sodium 103
celecoxib 95
cephalexin 103
cevimeline 58
chateal eq (28) 109
chlordiazepoxide hcl 21
chlorhexidine gluconate 58
chloroquine phosphate 31
chlorpromazine 34
chlorthalidone 47
cholestyramine (with sugar) 45
cholestyramine light 46
ciclopirox 126
cilostazol 185
CIMDUO 129
cimetidine hcl 63
cinacalcet 50
ciprofloxacin hcl 89, 106
ciprofloxacin in 5 % dextrose ... 106
ciprofloxacin-dexamethasone 89
citalopram 122
clarithromycin 104
CLICKFINE PEN NEEDLE 139
clindamycin hcl 100
clindamycin phosphate 62, 101
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 39
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 39
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 39
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 40
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 40
clobazam 117
clobetasol 59
clobetasol-emollient 59
clomipramine 123
clonazepam 21, 22
clonidine 40
clonidine hcl 40
clopidogrel 185
clorazepate dipotassium 22
clotrimazole 126
clotrimazole-betamethasone 126
clozapine 35
c-nate dha 187
COARTEM 31
COBENFY 35
COBENFY STARTER PACK ... 35
colchicine 28
colesevelam 46
colestipol 46
colistin (colistimethate na) 101
COMBIVENT RESPIMAT 57
COMETRIQ 5
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 140, 141, 142
COMFORT EZ PEN NEEDLES 140, 141
COMFORT EZ PLUS PEN NEEDLE 141
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL 141
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 142
compro 30
conjugated estrogens 69
constulose 64
COPIKTRA 5
CORTROPHIN GEL 72
COSENTYX 75
COSENTYX (2 SYRINGES) 74
COSENTYX PEN (2 PENS) 75

COSENTYX UNOREADY PEN 75
COTELLIC 5
CREON 186
CRESEMBA 126
cromolyn 54, 65, 93
cryselle (28) 109
CURITY ALCOHOL SWABS 142
CURITY GAUZE 142
cyanocobalamin (vitamin b-12) 187
cyclobenzaprine 187
cyclophosphamide 5, 6
cyclosporine 75, 91
cyclosporine modified 75
cyred eq 109
d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr . 40
d5 % and 0.9 % sodium chloride 40
d5 %-0.45 % sodium chloride 40
dabigatran etexilate 183
dalfampridine 94
danazol 68
dantrolene 187
DANZITEN 6
dapagliflozin 23
dapagliflozin-metformin 23
dapsone 128
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 83
daptomycin 101
darifenacin 67
darunavir 129
dasatinib 6
dasetta 1/35 (28) 109
dasetta 7/7/7 (28) 109
DAURISMO 6
daysee 109
deblitane 109
decitabine 6
deferasirox 100
DELSTRIGO 129
DENGVAXIA (PF) 83
DEPO-SUBQ PROVERA 104 ... 73
DERMACEA 143
DERMACEA NON-WOVEN .. 143
dermacinrx lidocan 99
DESCOVY 129
desipramine 123
desmopressin 72
desog-e.estradiol/e.estradiol 109
desvenlafaxine succinate 123
dexamethasone 70
dexamethasone sodium phosphate 70, 91
dextroamphetamine-amphetamine 52, 53
dextrose 5 % in water (d5w) 40
DIACOMIT 117, 118
diazepam 22, 118
diazepam intensol 22
diazoxide 28
diclofenac potassium 95
diclofenac sodium 59, 60, 91, 96
diclofenac-misoprostol 96
dicloxacillin 105
dicyclomine 65
didanosine 129
difluprednate 91
digoxin 44
dihydroergotamine 29
DILANTIN 118
diltiazem hcl 43
dilt-xr 43
dimethyl fumarate 75
diphenoxylate-atropine 65
dipyridamole 185
disulfiram 21
divalproex 118
dofetilide 40
dolishale 109
donepezil 22, 23
dorzolamide 88
dorzolamide-timolol 88
dotti 69
DOVATO 129
doxazosin 41
doxepin 51, 123
doxorubicin, peg-liposomal 6
doxy-100 106
doxycycline hyclate 106, 107
doxycycline monohydrate 107
DRIZALMA SPRINKLE 123
dronabinol 30
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) 143, 144
DROPLET INSULIN SYRINGE 143, 144, 145
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 145
DROPLET PEN NEEDLE 145, 146
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS 146
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 146
DROPSAFE PEN NEEDLE 146
drospirenone-ethinyl estradiol . 109
droxidopa 93
duloxetine 123
DUPIXENT PEN 75
DUPIXENT SYRINGE 75
dutasteride 67
EASY COMFORT ALCOHOL PAD 147
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 146, 147, 148
EASY COMFORT PEN NEEDLES 147, 148
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 146
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 148
EASY GLIDE PEN NEEDLE .. 148
EASY TOUCH 150, 151
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS 149

EASY TOUCH AUTORETRACT SYRINGE...149
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN..... 150
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE.....149
EASY TOUCH INS SYR (HALF UNIT).....148
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR..... 148, 149
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE.....148, 149, 150, 151
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN..... 150
EASY TOUCH PEN NEEDLE 150
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE.....151, 152
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN.....150
EASY TOUCH UNI-SLIP..... 151
EASYLIFE ALCOHOL PADS 151
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE.....151, 152
EASYLIFE INSULIN SYRINGE.....152
EASYLIFE SAFETY PEN NEEDLE.....152
econazole nitrate.....126
EDURANT PED.....129
efavirenz.....129
efavirenz-emtricitabin-tenofov..129
efavirenz-lamivu-tenofov disop 129, 130
ELIGARD.....6
ELIGARD (3 MONTH)..... 6
ELIGARD (4 MONTH)..... 6
ELIGARD (6 MONTH)..... 6
elinest.....109
ELIQUIS.....183
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START.....183
ELIQUIS SPRINKLE.....184
eltrombopag olamine.....185
eluryng.....109
EMBRACE PEN NEEDLE 152, 153
EMGALITY PEN.....29
EMGALITY SYRINGE.....29
EMSAM..... 123
emtricitabine.....130
emtricitabine-tenofovir (tdf)..... 130
emtricita-rilpivirine-tenof df.....130
EMTRIVA.....130
emzahh.....109
enalapril maleate.....49
enalapril-hydrochlorothiazide....49
ENBREL.....75, 76
ENBREL MINI.....75
ENBREL SURECLICK..... 76
endocet.....97
ENGERIX-B (PF).....83
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF).83
enilloring..... 109
enoxaparin.....184
enpresse..... 109
ENSACOVE.....6
enskyce.....109
entacapone.....32
entecavir..... 134
ENTYVIO..... 76
ENTYVIO PEN.....76
enulose.....65
ENVARSUS XR..... 76
EPCLUSA..... 133
EPIDIOLEX..... 118
epinastine.....93
epinephrine.....93, 94
epitol.....118
eplerenone..... 49
ergocalciferol (vitamin d2).....187
ergoloid.....23
ERIVEDGE..... 6
ERLEADA.....7
erlotinib..... 7
errin..... 110
ertapenem..... 102
erythromycin.....89, 104
erythromycin ethylsuccinate.....104
erythromycin with ethanol.....62
escitalopram oxalate.....123
eslicarbazepine..... 118
esomeprazole magnesium.....63
estarylla..... 110
estradiol.....69
estradiol-norethindrone acet..... 69
eszopiclone.....51
ethambutol..... 128
ethosuximide..... 118
ethynodiol diac-eth estradiol.... 110
etodolac..... 96
etonogestrel-ethinyl estradiol...110
etoposide.....7
etravirine..... 130
EUCRISA..... 60
EULEXIN.....7
everolimus (antineoplastic)..... 7
everolimus (immunosuppressive).....76
EVOTAZ..... 130
EXEL INSULIN.....153
exemestane.....7
EXTENCILLINE.....105
EXXUA..... 123
EYSUVIS..... 91
ezetimibe..... 46
ezetimibe-simvastatin.....46
falmina (28)..... 110
famciclovir.....134
famotidine..... 63
FANAPT.....35
FANAPT TITRATION PACK A..... 35
FANAPT TITRATION PACK B..... 35
FANAPT TITRATION PACK C..... 35

FARXIGA 23
FASENRA 76
FASENRA PEN 76
febuxostat 28
feirza 110
felbamate 118
felodipine 43
fenofibrate 46
fenofibrate micronized 46
fenofibrate nanocrystallized 46
fentanyl 97
fentanyl citrate 97
fesoterodine 67
FETZIMA 124
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 25
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 25
FIASP U-100 INSULIN 25
fidaxomicin 104
FILSPARI 94
finasteride 67
fingolimod 76
FINTEPLA 118
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 7
flavoxate 67
flecainide 41
floxuridine 7
fluconazole 126
fluconazole in nacl (iso-osm) 126
flucytosine 126
fludrocortisone 70
flunisolide 91
fluocinolone 60
fluocinolone acetonide oil 92
fluocinonide 60
fluorometholone 92
fluorouracil 7, 61
fluoxetine 124
fluphenazine decanoate 35
fluphenazine hcl 35
flurbiprofen 96
flurbiprofen sodium 92
fluticasone furoate-vilanterol 57
fluticasone propionate 55, 56, 60, 92
fluticasone propion-salmeterol 57
fluvastatin 46
fluvoxamine 124
folic acid 188
folivane-ob 188
fondaparinux 184
fosamprenavir 130
fosfomycin tromethamine 101
fosinopril 49
fosinopril-hydrochlorothiazide 49
fosphenytoin 118
FOTIVDA 8
FRUZAQLA 8
fulvestrant 8
furosemide 47, 48
gabapentin 118
galantamine 23
gallifrey 73
GAMUNEX-C 76
GARDASIL 9 (PF) 83
GAUZE BANDAGE 163
GAUZE PAD 153
gavilyte-c 66
gavilyte-g 66
gavilyte-n 66
GAVRETO 8
gefitinib 8
gemfibrozil 46
generlac 65
gengraf 76
gentamicin 62, 90, 100
gentamicin sulfate (ped) (pf) 100
GENVOYA 130
GILOTRIF 8
glatiramer 76
glatopa 76
glimepiride 27
glipizide 27, 28
glipizide-metformin 28
glutamine (sickle cell) 94
glyburide 28
glyburide micronized 28
glyburide-metformin 28
glycopyrrolate 65
glydo 99
GLYXAMBI 24
GOMEKLI 8
griseofulvin microsize 126
griseofulvin ultramicrosize 126
guanfacine 40, 53
GVOKE 94
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 94
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 94
HADLIMA 77
HADLIMA PUSHTOUCH 77
HADLIMA(CF) 77
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 77
HAEGARDA 185
hailey 24 fe 110
hailey fe 1.5/30 (28) 110
hailey fe 1/20 (28) 110
halobetasol propionate 60
haloette 110
haloperidol 36
haloperidol decanoate 36
haloperidol lactate 36
HAVRIX (PF) 83, 84
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 154
HEALTHWISE PEN NEEDLE 154
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 154
heather 110
heparin (porcine) 184
HEPLISAV-B (PF) 84
HERCEPTIN HYLECTA 8
HERNEXEOS 8
HIBERIX (PF) 84

HUMIRA 77
HUMIRA PEN 77
HUMIRA(CF) 77
HUMIRA(CF) PEN 77
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 77
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 77
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 77
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN 26
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 26
hydralazine 50
hydrochlorothiazide 48
hydrocodone-acetaminophen 98
hydrocortisone 60, 64, 70
hydrocortisone valerate 60
hydrocortisone-acetic acid 90
hydromorphone 98
hydroxychloroquine 31
hydroxyurea 8
hydroxyzine hcl 128
hydroxyzine pamoate 94
HYRNUO 8
ibandronate 50
IBRANCE 8
IBTROZI 8
ibu 96
ibuprofen 96
icatibant 44
iclevia 110
ICLUSIG 8
icosapent ethyl 46
IDHIFA 9
IDVYNSO 130
ifosfamide 9
ILEVRO 92
imatinib 9
IMBRUVICA 9
imipenem-cilastatin 102
imipramine hcl 124
imiquimod 61
IMKELDI 9
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 84
IMPAVIDO 31
incassia 110
INCONTROL ALCOHOL PADS 154
INCONTROL PEN NEEDLE 154, 155
INCRELEX 72
indapamide 48
indomethacin 96
INFANRIX (DTAP) (PF) 84
infliximab 77
INGREZZA 53
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 53
INGREZZA SPRINKLE 53
INLEXZO 9
INLURIYO 9
INLYTA 9
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE 155
INPEN (FOR HUMALOG) GREY 155
INPEN (FOR HUMALOG) PINK 155
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE 155
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY 155
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK 155
INQOVI 9
INREBIC 9
insulin glargine-yfgn 26
insulin lispro 26
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK 155
INSULIN SYRINGE MICROFINE 137
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 .. 153, 155, 156, 157, 163, 164, 168
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE 157
INSUPEN PEN NEEDLE 157
INTELENCE 130
introvale 110
INVEGA HAFYERA 36
INVEGA SUSTENNA 36
INVEGA TRINZA 36, 37
INVELTYS 92
IPOL 84
ipratropium bromide 57, 93
ipratropium-albuterol 57
irbesartan 44
irbesartan-hydrochlorothiazide .. 44
ISENTRESS 130
ISENTRESS HD 130
isibloom 110
isoniazid 128
isosorbide dinitrate 50
isosorbide mononitrate 50
ISTURISA 70
ITOVEBI 9
itraconazole 126
IV PREP WIPES 157
ivabradine 44
ivermectin 31
IWILFIN 10
IXIARO (PF) 84
jaimiess 110
JAKAFI 10
JAKAFI XR 10
jantoven 184
JARDIANCE 24
JASCAYD 54
javygtor 186
JAYPIRCA 10
jencycla 111

JENTADUETO 24
JENTADUETO XR 24
JIDEYTRO 10
jolessa 111
juleber 111
JULUCA 130
junel 1.5/30 (21) 111
junel 1/20 (21) 111
junel fe 1.5/30 (28) 111
junel fe 1/20 (28) 111
junel fe 24 111
JYLAMVO 10
JYNNEOS (PF) 84
KALETRA 130
KALYDECO 54
kariva (28) 111
kelnor 1/35 (28) 111
kelnor 1/50 (28) 111
KERENDIA 50
KESIMPTA PEN 77
ketoconazole 127
ketorolac 92, 96
KEVZARA 78
KEYTRUDA 10
KEYTRUDA QLEX 10
KINERET 78
KINRIX (PF) 84
kionex 65
KISQALI 10, 11
KISQALI FEMARA CO-PACK 10
KLISYRI (250 MG) 61
klor-con m10 182
klor-con m15 182
klor-con m20 182
KLOXXADO 21
KOMZIFTI 11
KOSELUGO 11
KRAZATI 11
kurvelo (28) 111
KYLEENA 111
l norgest/e.estradiol-e.estrad 111
labetalol 41
lacosamide 119
lactulose 65
lamivudine 130, 131
lamivudine-zidovudine 131
lamotrigine 119
lanreotide 72
lansoprazole 63
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 26
LANTUS U-100 INSULIN 26
lapatinib 11
larin 1.5/30 (21) 112
larin 1/20 (21) 112
larin 24 fe 112
larin fe 1.5/30 (28) 112
larin fe 1/20 (28) 112
latanoprost 89
LAZCLUZE 11
leflunomide 78
lenalidomide 11
LENTOCILIN S (WITH LIDOCAINE) 105
LENVIMA 11
LEQEMBI IQLIK 23
lessina 112
letrozole 11
leucovorin calcium 94
LEUKERAN 11
LEUKINE 185
leuprolide 11
leuprolide acetate (3 month) 11
levetiracetam 119
levobunolol 89
levocetirizine 128
levofloxacin 106
levofloxacin in d5w 106
levonest (28) 112
levonorgest-eth.estradiol-iron 112
levonorgestrel-ethinyl estrad 112
levonorg-eth estrad triphasic 112
levora-28 112
levothyroxine 68
lidocaine 99
lidocaine hcl 99
lidocaine-prilocaine 99
lidocan iii 99
LIFYORLI 12
LILETTA 112
linezolid 101
linezolid in dextrose 5% 101
LINZESS 65
liomny 68
liothyronine 68
LISCO 157
lisinopril 49
lisinopril-hydrochlorothiazide 49
lithium carbonate 53
lithium citrate 53
LIVTENCITY 133
lojaimiess 112
LOKELMA 65
lomustine 12
LONSURF 12
loperamide 65
lopinavir-ritonavir 131
lorazepam 22
lorazepam intensol 22
LORBRENA 12
losartan 44
losartan-hydrochlorothiazide 45
LOTEMAX 92
LOTEMAX SM 92
loteprednol etabonate 92
lovastatin 46
low-ogestrel (28) 113
loxapine succinate 37
lo-zumandimine (28) 113
lubiprostone 65
luizza 113
LUMAKRAS 12
LUNSUMIO VELO 12
LUPRON DEPOT 13, 72

LUPRON DEPOT (3 MONTH) 12, 72
LUPRON DEPOT (4 MONTH) . 12
LUPRON DEPOT (6 MONTH) . 12
LUPRON DEPOT-PED 72
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 72
lurasidone 37
lutera (28) 113
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) 13
LYBALVI 37
lyleq 113
LYNPARZA 13
LYSODREN 13
LYTGOBI 13
lyza 113
macitentan 95
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG 157
MAGELLAN SYRINGE 157
magnesium sulfate 182
malathion 63
maraviroc 131
marlissa (28) 113
marnatal-f 188
MARPLAN 124
MATULANE 13
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 157
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 158
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 158
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 158
meclizine 30
medroxyprogesterone 73
mefloquine 31
megestrol 13, 73
MEKINIST 13
MEKTOVI 13
meleya 113
meloxicam 96
memantine 23
MENQUADFI (PF) 84
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 84
mercaptopurine 13
meropenem 102
mesalamine 64
mesna 94
metformin 24
methadone 98
methazolamide 89
methenamine hippurate 101
methimazole 68
methocarbamol 187
methotrexate sodium 13, 14
methotrexate sodium (pf) 13
methoxsalen 61
methsuximide 119
methylphenidate hcl 53
methylprednisolone 70
methylprednisolone acetate 70
metoclopramide hcl 65
metolazone 48
metoprolol succinate 42
metoprolol tartrate 42
metronidazole 62, 63, 101
metronidazole in nacl (iso-os) .. 101
metyrosine 44
micafungin 127
miconazole-3 127
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 158
MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE 158
microgestin 1.5/30 (21) 113
microgestin 1/20 (21) 113
microgestin fe 1.5/30 (28) 113
microgestin fe 1/20 (28) 113
midodrine 40
MIEBO (PF) 92
mifepristone 24
mili 113
mimvey 69
MINI ULTRA-THIN II 158
minocycline 107
minoxidil 50
MIRENA 113
mirtazapine 124
misoprostol 63
mitoxantrone 14
MIUDELLA 113
M-M-R II (PF) 84
m-natal plus 188
modafinil 51
MODEYSO 14
moexipril 49
molindone 37
mometasone 60, 92
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING 159
MONOJECT INSULIN SYRINGE 158, 159, 160
MONOJECT SYRINGE 158
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 175
mono-linyah 113
montelukast 56
morphine 98
MORPHINE 98
morphine concentrate 98
MOUNJARO 71
MOVANTIK 65
moxifloxacin 90, 106
moxifloxacin-sod.ace,sul-water 106
moxifloxacin-sod.chloride(iso) . 106
MRESVIA (PF) 84
MULTAQ 41
mupirocin 63
mycophenolate mofetil 78
mycophenolate mofetil (hcl) 78
mycophenolate sodium 78
mynatal 188

mynatal advance 188
mynate 90 plus 188
MYRBETRIQ 67
nabumetone 96
nafcillin 105
naloxone 21
naltrexone 21
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 160
NANO PEN NEEDLE 160
naproxen 96, 97
naratriptan 29
NATACYN 90
nateglinide 24
NAYZILAM 119
nebivolol 42
nefazodone 124
neomycin 100
neomycin-bacitracin-poly-hc 90
neomycin-bacitracin-polymyxin . 90
neomycin-polymyxin b-dexameth 90, 92
neomycin-polymyxin-gramicidin 90
neomycin-polymyxin-hc 90
neo-polycin 90
neo-polycin hc 90
NERLYNX 14
nevirapine 131
NEXLETOL 46
NEXLIZET 46
NEXPLANON 113
niacin 46
NICOTROL NS 21
nifedipine 43
nikki (28) 114
NIKTIMVO 78
nilotinib hcl 14
nilutamide 14
NINLARO 14
nintedanib 54
nitazoxanide 31
nitisinone 186
nitrofurantoin macrocrystal 101
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 101
nitroglycerin 44, 50, 61
NIVESTYM 185
NORDITROPIN FLEXPRO 72
norelgestromin-ethin.estradiol . 114
norethindrone (contraceptive) .. 114
norethindrone acetate 73
norethindrone-e.estradiol-iron . 114
norgestimate-ethinyl estradiol .. 114
nortrel 0.5/35 (28) 114
nortrel 1/35 (21) 114
nortrel 1/35 (28) 114
nortrel 7/7/7 (28) 114
nortriptyline 124
NORVIR 131
NOVOFINE 32 160
NOVOFINE AUTOCOVER 160
NOVOFINE PLUS 160
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 26
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 26
NOVOLIN N FLEXPEN 26
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 26
NOVOLIN R FLEXPEN 26
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 27
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 27
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN 27
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 27
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 27
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 27
NUBEQA 14
NUCALA 78
NUPLAZID 37
NURTEC ODT 29
nyamyc 127
nylia 1/35 (28) 114
nylia 7/7/7 (28) 114
nystatin 127
nystatin-triamcinolone 127
nystop 127
NYVEPRIA 185
obstetrix dha 188
octreotide acetate 72
ODEFSEY 131
ODOMZO 14
OFEV 54
ofloxacin 90
OGIVRI 14
OGSIVEO 14
OJEMDA 14
OJJAARA 14
olanzapine 37
olmesartan 45
olmesartan-amlodipin-hcthiazid . 45
olmesartan-hydrochlorothiazide 45
olopatadine 93
omega-3 acid ethyl esters 46
omeprazole 63
OMLYCLO 78
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS) 160
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) 160
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) 160
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS) 160
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) 160
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) 160
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) 160

OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) ... 160
ONAPGO ... 32
ondansetron ... 30
ondansetron hcl ... 30
ONUREG ... 14
OPDIVO ... 15
OPDIVO QVANTIG ... 15
OPIPZA ... 37
ORFADIN ... 186
ORGOVYX ... 72
ORILISSA ... 73
ORKAMBI ... 54
orquidea ... 114
ORSERDU ... 15
oseltamivir ... 133
OSENVELT ... 50
OTEZLA ... 78
OTEZLA STARTER ... 79
OTEZLA XR ... 79
OTEZLA XR INITIATION ... 79
OTULFI ... 79
oxcarbazepine ... 119
oxybutynin chloride ... 67
oxycodone ... 98, 99
oxycodone-acetaminophen ... 99
OZEMPIC ... 71
pacerone ... 41
paclitaxel protein-bound ... 15
paliperidone ... 37
PANRETIN ... 62
pantoprazole ... 63
paricalcitol ... 51
paroxetine hcl ... 124
PAXLOVID ... 133, 134
pazopanib ... 15
PEDIARIX (PF) ... 85
PEDVAX HIB (PF) ... 85
peg 3350-electrolytes ... 66
PEGASYS ... 134
peg-electrolyte soln ... 66
PEMAZYRE ... 15
pemetrexed disodium ... 15
PEN NEEDLE ... 161
PEN NEEDLE, DIABETIC 142, 153, 154, 158, 160, 161, 163, 164
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY ... 164
PENBRAYA (PF) ... 85
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) ... 85
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) ... 85
penicillamine ... 100
penicillin g potassium ... 105
penicillin v potassium ... 105
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) ... 85
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF) ... 85
PENMENVY MENB COMPONENT (PF) ... 85
PENTACEL (PF) ... 85
pentamidine ... 31
PENTIPS PEN NEEDLE ... 161
pentoxifylline ... 185
perampanel ... 119
perindopril erbumine ... 49
periogard ... 58
permethrin ... 63
perphenazine ... 38
perphenazine-amitriptyline ... 125
phenelzine ... 125
phenobarbital ... 119
phenytek ... 120
phenytoin ... 120
phenytoin sodium ... 120
phenytoin sodium extended ... 120
PIFELTRO ... 131
pilocarpine hcl ... 58, 89
pimozide ... 38
pimtrea (28) ... 115
pioglitazone ... 24
pioglitazone-metformin ... 24
PIP PEN NEEDLE ... 161
piperacillin-tazobactam ... 105
PIQRAY ... 15
pirfenidone ... 54
pitavastatin calcium ... 47
PLEGRIDY ... 79
pnv-dha + docusate ... 188
pnv-omega ... 188
pnv-select ... 188
podofilox ... 62
polycin ... 90
polymyxin b sulf-trimethoprim ... 91
pomalidomide ... 15
POMALYST ... 15
portia 28 ... 115
posaconazole ... 127
potassium chloride ... 182
potassium citrate ... 183
pr natal 400 ... 188
pr natal 400 ec ... 188
pr natal 430 ... 188
pr natal 430 ec ... 188
pramipexole ... 32
prasugrel hcl ... 185
pravastatin ... 47
praziquantel ... 31
prazosin ... 41
prednisolone ... 70
prednisolone acetate ... 92
prednisolone sodium phosphate ... 70
prednisone ... 70, 71
pregabalin ... 120
PREMARIN ... 69
PREMPHASE ... 69
PREMPRO ... 70
prenaissance ... 188
prenaissance plus ... 188
prenatabs fa ... 188
prenatal 19 ... 188
prenatal 19 (with docusate) ... 188
prenatal plus ... 188

prenatal vitamin plus low iron . 189
prenatal-u 189
PRETOMANID 128
prevalite 47
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 162
PREVYMIS 134
PREZCOBIX 131
PREZISTA 131
PRIMAQUINE 31
primidone 120
PRIORIX (PF) 85
PRO COMFORT ALCOHOL PADS 162
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 162
PRO COMFORT PEN NEEDLE 162
probenecid 28
probenecid-colchicine 28
prochlorperazine 30
prochlorperazine edisylate 30
prochlorperazine maleate 30
PRO-COMFORT ALCOHOL PADS 162
procto-med hc 60
proctosol hc 61
proctozone-hc 61
PRODIGY INSULIN SYRINGE 162
progesterone micronized 74
PROGRAF 79
PROLASTIN-C 54
promethazine 30
propafenone 41
propranolol 42
propylthiouracil 68
PROQUAD (PF) 86
PROSOL 20 % 40
protriptyline 125
PULMOZYME 54
PURE COMFORT ALCOHOL PADS 163
PURE COMFORT PEN NEEDLE 163
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 163
pyrazinamide 128
pyridostigmine bromide 182
pyrimethamine 32
QINLOCK 15
QUADRACEL (PF) 86
quetiapine 38
quinapril 49
quinapril-hydrochlorothiazide ... 49
quinidine sulfate 41
quinine sulfate 32
QULIPTA 29
RABAVERT (PF) 86
rabeprazole 63
RALDESY 125
raloxifene 70
ramipril 49
ranolazine 44
rasagiline 32
RASONQUE 16
RAYALDEE 51
reclipsen (28) 115
RECOMBIVAX HB (PF) 86
RELENZA DISKHALER 134
repaglinide 24
REPATHA PUSHTRONEX 47
REPATHA SURECLICK 47
REPATHA SYRINGE 47
RETACRIT 186
RETEVMO 16
REVCOVI 186
REVUFORJ 16
REXULTI 38
REYATAZ 131
REZDIFFRA 68
REZLIDHIA 16
REZUROCK 79
RHOPRESSA 89
ribavirin 134
rifabutin 128
rifampin 128
rifapentine 128
rilpivirine 132
rilpivirine hcl 131
riluzole 53
RINVOQ 80
RINVOQ LQ 79
risperidone 38
risperidone microspheres 38
ritonavir 132
rivaroxaban 184
rivastigmine 23
rivastigmine tartrate 23
rivelsa 115
rizatriptan 29
ROCKLATAN 89
roflumilast 54, 55
ROMVIMZA 16
ropinirole 32, 33
rosadan 63
rosuvastatin 47
rosyrah 115
ROTARIX 86
ROTATEQ VACCINE 86
ROZLYTREK 16
RUBRACA 16
rufinamide 120
RUKOBIA 132
RYBELSUS 71
RYBREVANT 16
RYBREVANT FASPRO 16
RYDAPT 16
RYKINDO 38
sacubitril-valsartan 45
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 164
SAFETY PEN NEEDLE 164
SANTYL 62
SAPHNELO PEN 80

sapropterin 186
SCEMBLIX 16, 17
scopolamine base 30
SECUADO 38
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 164, 165
SECURESAFE PEN NEEDLE 164
SELARSDI 80
select-ob 189
select-ob (folic acid) 189
selegiline hcl 33
selenium sulfide 62
SELZENTRY 132
se-natal 19 chewable 189
SEREVENT DISKUS 57
SEROSTIM 73
sertraline 125
setlakin 115
sevelamer carbonate 65
sevelamer hcl 66
sharobel 115
SHINGRIX (PF) 86
SIGNIFOR 73
sildenafil 95
sildenafil (pulm.hypertension) 95
silver sulfadiazine 62
SIMBRINZA 89
simliya (28) 115
simpesse 115
SIMPLI PEN NEEDLE 153
simvastatin 47
sirolimus 80
SIRTURO 128
sitagliptin phos-metformin 24, 25
sitagliptin phosphate 25
SIVEXTRO 101
SKY SAFETY PEN NEEDLE . 165
SKYLA 115
SKYRIZI 80
sodium chloride 0.45 % 183
sodium chloride 0.9 % 183
sodium oxybate 51
sodium polystyrene sulfonate 66
sodium,potassium,mag sulfates .. 66
solifenacin 67
SOLIQUA 100/33 27
SOLTAMOX 17
SOMATULINE DEPOT 73
SOMAVERT 73
sorafenib 17
sotalol 42
sotalol af 42
SPIRIVA RESPIMAT 57, 58
spironolactone 48
spironolacton-hydrochlorothiaz . 48
sprintec (28) 115
SPRITAM 120
sps (with sorbitol) 66
sronyx 115
ssd 62
stavudine 132
STERILE PADS 153
STIOLTO RESPIMAT 58
STIVARGA 17
STOBOCLO 51
STRENSIQ 186
streptomycin 100
STRIBILD 132
STRIVERDI RESPIMAT 58
SUBVENITE 120
subvenite 120
sucralfate 63
sulfacetamide sodium 91
sulfacetamide-prednisolone 92
sulfadiazine 106
sulfamethoxazole-trimethoprim 106
sulfasalazine 64
sulindac 97
sumatriptan 29
sumatriptan succinate 29, 30
sunitinib malate 17
SUNLENCA 132
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS 165
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 165
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 165, 166
SURE COMFORT PEN NEEDLE 165, 166
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 165
SURE-FINE PEN NEEDLES .. 166
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 166
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS 166
SYMPAZAN 120
SYMTUZA 132
SYNJARDY 25
SYNJARDY XR 25
SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY 164
TABLOID 17
TABRECTA 17
tacrolimus 80
tadalafil 95
TAFINLAR 17
TAGRISSO 17
TALICIA 63
TALZENNA 17
tamoxifen 17
tamsulosin 67
tarina 24 fe 115
tarina fe 1-20 eq (28) 115
taron-c dha 189
taron-prex prenatal-dha 189
TARPEYO 71
TAVNEOS 81
tazarotene 62
tazicef 103
taztia xt 43
TDVAX 86
TECHLITE INSULIN SYRINGE 167

TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) 167
TECHLITE PEN NEEDLE 167, 168
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE 168
telmisartan 45
telmisartan-hydrochlorothiazid 45
temazepam 22
TENIVAC (PF) 86, 87
tenofovir disoproxil fumarate 132
TEPMETKO 17
terazosin 67
terbinafine hcl 127
terconazole 62
teriparatide 51
TERUMO INSULIN SYRINGE 168
testosterone 68
testosterone cypionate 68
testosterone enanthate 68
tetrabenazine 53
tetracycline 107
THALOMID 81
theophylline 58
THINPRO INSULIN SYRINGE 168, 169
thioridazine 39
thiothixene 39
tiadylt er 43
tiagabine 120
TIBSOVO 17
ticagrelor 185
TICE BCG 17
TICOVAC 87
tigecycline 107
tilia fe 115
timolol 89
timolol maleate 42, 89
tinidazole 32
tiotropium bromide 58
TIVICAY 132
TIVICAY PD 132
tizanidine 187
TOBI PODHALER 100
tobramycin 91
tobramycin in 0.225 % nacl 100
tobramycin sulfate 100
tobramycin-dexamethasone 91
tobramycin-lotepred 91
tofacitinib 81
tolterodine 67
tolvaptan (polycys kidney dis) 48
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 169
topiramate 121
toremifene 17
torpenz 17, 18
torsemide 48
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 27
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 27
TRADJENTA 25
tramadol 99
tramadol-acetaminophen 99
trandolapril 49
tranexamic acid 183
tranylcypromine 125
travoprost 89
trazodone 125
TRECATOR 128
TRELEGY ELLIPTA 58
TREMFYA 81
TREMFYA ONE-PRESS 81
TREMFYA PEN 81
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) 81
tretinoin 62
tretinoin (antineoplastic) 18
triamcinolone acetonide 58, 61, 71
triamterene-hydrochlorothiazid 48
trientine 100
tri-estarylla 115
trifluoperazine 39
trifluridine 91
trihexyphenidyl 33
TRIJARDY XR 25
TRIKAFTA 55
tri-legest fe 116
tri-linyah 116
tri-lo-estarylla 116
tri-lo-marzia 116
tri-lo-mili 116
tri-lo-sprintec 116
trimethoprim 101
tri-mili 116
trimipramine 125
TRINTELLIX 125
tri-nymyo 116
tri-sprintec (28) 116
TRIUMEQ 132
TRIUMEQ PD 132
trivora (28) 116
tri-vylibra 116
tri-vylibra lo 116
trospium 67
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS 169
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 169
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 169, 170
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS 170
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 169, 170
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG 169, 170
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 169
TRUE-COMFORT PRO PEN NEEDLE 171
TRUEPLUS INSULIN 171, 172
TRUEPLUS PEN NEEDLE 171
TRULANCE 66

TRULICITY 71
TRUMENBA 87
TRUQAP 18
TRYNGOLZA 47
TUKYSA 18
TURALIO 18
turqoz (28) 116
TWINRIX (PF) 87
tyblume 116
TYBOST 132
TYENNE 81
TYENNE AUTOINJECTOR 81
TYMLOS 51
TYPHIM VI 87
UBRELVY 30
UDENYCA ONBODY 186
ULTICARE 172, 173
ULTICARE INSULIN SYRINGE 172
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) 172
ULTICARE PEN NEEDLE 172
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 173
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR 173, 174
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 173
ULTILET ALCOHOL SWAB . 174
ULTILET INSULIN SYRINGE 156, 174
ULTILET PEN NEEDLE 174
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) 153, 172
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 153, 174, 175
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) 175
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 175, 176
ULTRA FLO PEN NEEDLE ... 175
ULTRA THIN PEN NEEDLE . 176
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 176
ULTRACARE PEN NEEDLE 176, 177
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) 177
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 177
ULTRA-FINE PEN NEEDLE .. 177
ULTRA-FINE SAFETY INSULIN SYRN 177
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR 177, 178
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 178
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES 178
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 178
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 178
UNIFINE PENTIPS 178, 179
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW 179
UNIFINE PENTIPS PLUS 179, 181
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW 179
UNIFINE PROTECT 179
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 179
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 180
UPTRAVI 95
ursodiol 66
valacyclovir 134
VALCHLOR 62
valganciclovir 134
valproate sodium 121
valproic acid 121
valproic acid (as sodium salt) .. 121
valsartan 45
valsartan-hydrochlorothiazide ... 45
VALTOCO 121
valtya 116
vancomycin 101
VANFLYTA 18
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 180
VANISHPOINT SYRINGE 180
VAQTA (PF) 87
varenicline tartrate 21
VARIVAX (PF) 87
VAXCHORA VACCINE 87
VELSIPITY 82
VELTASSA 66
VEMLIDY 134
VENCLEXTA 18
VENCLEXTA STARTING PACK 18
venlafaxine 125
VEOZAH 53
VEPPANU 18
verapamil 44
VERIFINE INSULIN SYRINGE 180, 181
VERIFINE PEN NEEDLE 180, 181
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 181
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP 181
VERQUVO 50
VERSACLOZ 39
VERSALON 181
VERZENIO 18
vienva 116
vigabatrin 121
vigadrone 121
vigpoder 121
vilazodone 125
VIMKUNYA (PF) 87
vinorelbine 18
viorele (28) 116
VIRACEPT 133

VIREAD 133
vitafol-ob+dha 189
VITRAKVI 18, 19
VIVOTIF 88
VIZIMPRO 19
volnea (28) 116
VONJO 19
VOQUEZNA 64
VORANIGO 19
voriconazole 127
VOSEVI 133
VOWST 66
vp-ch-pnv 189
VRAYLAR 39
VUMERITY 82
VYALEV 33
vylibra 117
VYNDAMAX 44
VYZULTA 89
warfarin 184
WEBCOL 181
WEGOVY 71
WELIREG 19
WINREVAIR 55
wixela inhub 58
XALKORI 19
xarah fe 117
XATMEP 19
XCOPRI 121
XCOPRI MAINTENANCE PACK 121
XCOPRI TITRATION PACK 122
XDEMVY 91
XERMELO 66
XIFAXAN 102
XIIDRA 93
XOLAIR 55
XOSPATA 19
XPOVIO 19
XTANDI 20
xulane 117
XULTOPHY 100/3.6 27
YESINTEK 82
YF-VAX (PF) 88
YONSA 20
yulithira 20
YUTREPIA 95
yuvafem 70
zafemy 117
zafirlukast 56
zaleplon 51
zatean-pn dha 189
zatean-pn plus 189
ZEJULA 20
ZELBORAF 20
zenatane 62
ZENBEXUS 20
ZENPEP 187
zidovudine 133
zingiber 189
ziprasidone hcl 39
ziprasidone mesylate 39
ZIRABEV 20
ZIRGAN 91
ZOLINZA 20
zolpidem 51
ZONISADE 122
zonisamide 122
zovia 1-35 (28) 117
ZTALMY 122
ZURZUVAE 125
ZYDELIG 20
ZYKADIA 20
ZYMFENTRA 82
ZYPREXA RELPREVV 39