ATRIO™
HEALTH PLANS

Formulario Completo 2026

Oregon

Condados de Clackamas, Douglas, Jackson, Josephine, Klamath, Lane, Marion, Multnomah, Polk, Washington y Yamhill

---

ATRIO Choice Rx (PPO)
ATRIO Prime Rx (PPO)
ATRIO Prime Rx (HMO)
ATRIO Support Rx (PPO C-SNP)

---

1 de enero de 2026 - 31 de diciembre de 2026

ATRIO™
HEALTH PLANS

ATRIO Choice Rx (PPO)
ATRIO Prime Rx (PPO)
ATRIO Prime Rx (HMO)
ATRIO Support Rx (PPO C-SNP)

Formulario 2026
(Lista de medicamentos cubiertos)

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

Presentación de archivo de formulario aprobado por HPMS 26334, número de versión 17

Este formulario fue actualizado el 10/30/2026.**Aviso importante sobre lo que paga por las vacunas:** Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información. **Aviso importante sobre lo que paga por la insulina (Parte D):** No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada insulina cubierta por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Para obtener información más reciente o si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de ATRIO Health Plans al **1-877-672-8620** (TTY 711), todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, o visite **atriohp.com/oregon/find-a-drug**. **Nota para los miembros actuales:** Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contenga los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de Medicamentos (Formulario) se refiere a "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a ATRIO Health Plans. Cuando se refiere a "plan" o "nuestro plan", se refiere a ATRIO Choice Rx (PPO), ATRIO Prime Rx (PPO), ATRIO Prime Rx (PPO) o ATRIO Support Rx (PPO C-SNP).

Este documento incluye la Lista de Medicamentos (formulario) de nuestro plan, vigente al 11/01/2026. Para obtener una Lista de Medicamentos actualizada, contáctenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de Medicamentos, aparece en la portada y la contraportada.

Por lo general, debe usar farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026 y ocasionalmente durante el año.

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con ATRIO Health Plans al **1-877-672-8620** (TTY 711), todos los días de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, o visite **atriohp.com**.

¿Qué es el formulario de Planes de Salud ATRIO?

En este documento, los términos "Lista de Medicamentos" y "Formulario" se utilizan con el mismo significado. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos, seleccionados por ATRIO Health Plans en consulta con un equipo de profesionales de la salud, que representa las terapias recetadas que se consideran necesarias para un programa de tratamiento de calidad. ATRIO Health Plans generalmente cubrirá los medicamentos incluidos en nuestro formulario siempre que sean médicamente necesarios, se surtan en una farmacia de la red de ATRIO Health Plans y se cumplan las demás normas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, consulte su *Evidencia de Cobertura*.

¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1 de enero, pero podríamos agregar o eliminar medicamentos del formulario durante el año, cambiarlos a diferentes niveles de costo compartido o añadir nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web: **https://atriohp.com/oregon/members/find-a-drug/**.

Changes that can affect you this year: In the below cases, you will be affected by coverage changes during the year:

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazamos con una nueva versión que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior, y con las mismas restricciones o menos. Al agregar una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero trasladarlo inmediatamente a un nivel diferente de costo compartido o agregar nuevas restricciones.

  Solo podemos realizar estos cambios inmediatos si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaban en el formulario (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que pueda ser sustituido por un producto biológico original en una farmacia sin una nueva receta).

  Si actualmente toma el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar un cambio inmediato, pero posteriormente le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado. Si realizamos dicho cambio, usted o su médico pueden solicitarnos una excepción y continuar cubriendo el medicamento modificado. Para obtener más información, consulte la sección "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de ATRIO Health Plans?".

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

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que se retira por razones de seguridad o eficacia, podemos retirarlo inmediatamente de nuestro formulario y notificarlo posteriormente a los miembros que lo toman.

- Otros cambios. Podemos realizar otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca actualmente en el formulario, agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, trasladarlo a un nivel diferente de costos compartidos, o ambas cosas. También podemos realizar cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, añadimos autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada, o trasladamos un medicamento a un nivel superior de costos compartidos, debemos notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigor. Alternativamente, cuando un miembro solicita un resurtido del medicamento, puede recibir un suministro para 30 días.
- Si realizamos estos otros cambios, usted o su médico pueden solicitarnos una excepción y continuar cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le enviemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción. También puede encontrar información en la sección "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de ATRIO Health Plans?".

Cambios que no le afectarán si actualmente toma el medicamento. Por lo general, si toma un medicamento de nuestro formulario de 2026 que estaba cubierto a principios de año, no lo suspenderemos ni reduciremos durante el año de cobertura de 2026, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán disponibles con el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para los miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá notificación directa sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del año siguiente, dichos cambios sí le afectarán, y es importante consultar el formulario del nuevo año de beneficios para conocer cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto está vigente al 11/01/2026. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por ATRIO Health Plans, contáctenos. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. ATRIO Health Plans actualizará los formularios mensualmente y proporcionará un documento con los cambios. Esta lista se publicará en **https://atriohp.com/oregon/members/find-a-drug/** o puede enviársela llamando al **1-877-672-8620** (TTY 711), todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

¿Cómo uso el Formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Condición médica

El formulario comienza en la página 3. Los medicamentos de este formulario se agrupan en categorías según el tipo de afección médica que tratan. Por ejemplo, los medicamentos para tratar una afección cardíaca se enumeran en la categoría "Agentes cardiovasculares". Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de la categoría en la que debe buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página I-1. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se enumeran en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información de cobertura. Diríjase a la página del Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los Planes de Salud ATRIO cubren tanto medicamentos de marca como genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA por contener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos son igual de eficaces y suelen ser más económicos que los de marca. Existen sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

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

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos tradicionales. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos tradicionales, en lugar de tener una forma genérica, existen alternativas llamadas biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden ser más económicos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los de marca.

Para obtener información sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1, “La ‘Lista de medicamentos’ indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos”.

¿Existen restricciones en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** ATRIO Health Plans exige que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de ATRIO Health Plans antes de surtir sus recetas. Si no la obtiene, es posible que ATRIO Health Plans no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, ATRIO Health Plans limita la cantidad que cubre. Por ejemplo, ATRIO Health Plans ofrece 30 por receta de simvastatina. Esto puede ser adicional a un suministro estándar para uno o tres meses.
- Terapia escalonada: En algunos casos, ATRIO Health Plans requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de cubrir otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su afección médica, ATRIO Health Plans podría no cubrir el medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, ATRIO Health Plans cubrirá el medicamento B.
- Revisión de la Parte B frente a la Parte D: algunos medicamentos están cubiertos como parte de su cobertura médica de la Parte B y otros están cubiertos por su cobertura de la Parte D.

Puede consultar el formulario que comienza en la página 03 para saber si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitarnos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las portadas y contraportadas.

Puede solicitar a ATRIO Health Plans una excepción a estas restricciones o límites, o una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección. Consulte la sección "¿Cómo solicito una excepción al formulario de ATRIO Health Plans?" en la página VI para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

Los medicamentos de venta libre (OTC) son medicamentos sin receta que normalmente no están cubiertos por un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare. ATRIO Health Plans paga ciertos medicamentos OTC. ATRIO Health Plans proporcionará estos medicamentos OTC sin costo para usted. El costo de estos medicamentos OTC para ATRIO Health Plans no se contará en su costo total de medicamentos de la Parte D.

Medicamentos de venta libre (OTC) cubiertos

ATRIO cubre una cantidad limitada de medicamentos de venta libre según el formulario del plan (que se muestra en la tabla a continuación). Necesitará una receta médica para presentar en la farmacia y así cubrir los medicamentos de venta libre del formulario.

Medicamentos de venta libre cubiertos

Nombre genérico	**Nombre de marca** **Sólo para referencia** *(ATRIO solo cubre genéricos* como OTC)	Forma de dosificación
Cetirizine	(Zyrtec)	Chewable Tablet, Solution, Tablet, Rapid Tablets
Cetirizine/Pseudoephedrine	(Zyrtec-D)	12 Hour Tablet
Fexofenadine	(Allegra)	12 Hour Tablet, 24 Hour Tablet, Tablet Rapids, Suspension
Fexofenadine/Pseudoephedrine	(Allegra-D)	12 Hour Tablet, 24 Hour Tablet
Ketotifen	(Zaditor)	Ophthalmic Drops
Levocetirizine	(Xyzal)	Tablet
Loratadine	(Claritin)	Solution, Tablet, Tablet Rapids, Chewable Tablet, Capsules
Loratadine/Pseudoephedrine	(Claritin-D)	12 Hour Tablet, 24 Hour Tablet
Nicotine	(Nicorelief, Nicoderm)	Patch, Gum, Lozenge
Olopatadine	(Pataday)	Ophthalmic Drops

Sin embargo, los Planes de Salud ATRIO ofrecen cobertura adicional para medicamentos de venta libre. Recibirá un descuento para cualquier artículo de venta libre que elija del catálogo. Puede consultar el catálogo en nuestro sitio web: **https://atriohp.com/2026-extra-benefits/.** También puede llamar al **1-855-263-6673** para obtener más información. La Administración Federal de Medicamentos (FDA) informa que los medicamentos de venta libre son seguros siempre que se tomen según las indicaciones. Algunos productos pueden ahorrarle dinero al ofrecer efectos terapéuticos similares.

Consulte con su profesional de la salud para determinar si esta es la opción adecuada para usted. Estos son solo algunos ejemplos de medicamentos de venta libre populares disponibles en el catálogo:

- Analgésicos, incluidos Tylenol (acetaminofén), ibuprofeno, parche de lidocaína y gel de diclofenaco.
- Medicamentos para la acidez estomacal, incluidos Tums, Pepcid AC y Prilosec (omeprazol)
- Antihistamínicos/descongestionantes para los síntomas de alergia o resfriado.
- Gotas para los ojos para lubricar o limp

Beneficio suplementario de medicamentos

Nombre genérico	Nombre de marca – Sólo para referencia (ATRIO solo cubre genéricos)	Limitaciones
Sildenafil	Viagra	Max 6 per 30 days

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

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para Miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si se entera de que ATRIO Health Plans no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares cubiertos por los Planes de Salud ATRIO. Cuando reciba la lista, muéstrela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar cubierto por los Planes de Salud ATRIO.
- Puede solicitar a los Planes de Salud ATRIO que hagan una excepción y cubran su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Planes de Salud ATRIO?

Puede solicitar a ATRIO Health Plans una excepción a nuestras normas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento tendrá una cobertura de costo compartido predeterminada y no podrá solicitarnos que lo proporcionemos a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede solicitarnos que eliminemos una restricción de cobertura, como la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, ATRIO Health Plans limita la cantidad que cubrimos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que eliminemos el límite y cubramos una cantidad mayor.
- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo (si este medicamento no está en el nivel de especialidad). Si se aprueba, esto reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.

Por lo general, ATRIO Health Plans solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento con menor costo compartido o la aplicación de la restricción no fueran tan efectivos para usted o le causaran efectos adversos.

Usted o su médico prescriptor deben contactarnos para solicitar una excepción de nivel o formulario, incluyendo una excepción a una restricción de cobertura. **Al solicitar una excepción, su médico prescriptor deberá explicar los motivos médicos por los que la necesita.** Generalmente, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración justificativa de su médico prescriptor. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si considera, y nosotros estamos de acuerdo, que su salud podría verse gravemente perjudicada si espera hasta 72 horas para recibir una decisión. Si estamos de acuerdo, o si su médico prescriptor solicita una decisión acelerada, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de recibir la declaración justificativa de su médico prescriptor.

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

Como miembro nuevo o actual de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O bien, podría estar tomando un medicamento que sí está en nuestro formulario, pero que tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con su médico sobre cómo solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubrimos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan la mejor opción para usted, durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan, podríamos cubrir su medicamento hasta un suministro máximo de 30 días.

Para cada medicamento que no esté en nuestro formulario o si su acceso a los mismos es limitado, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta es para menos días, le permitiremos resurtidos para un suministro máximo de 30 días. Después de su primer suministro de 30 días, no cubriremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan menos de 90 días.

Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya han pasado los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras busca una excepción al formulario.

Si lo admiten o lo dan de alta de un centro, cubriremos “recargas anticipadas” de medicamentos previamente cubiertos según sea necesario al momento de su admisión o alta del centro.

Para más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de sus planes de salud ATRIO, revise su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre los Planes de Salud ATRIO, contáctenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y la contraportada.

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

Formulario de planes de salud ATRIO

El formulario a continuación comienza en la página 1. Este formulario proporciona información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por los Planes de Salud ATRIO. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página I-1.

La primera columna del gráfico muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben en mayúsculas (p. ej., CRESTOR) y los genéricos en cursiva y minúsculas (p. ej., rosuvastatina).

La información en la columna "Requisitos/Límites" le indica si ATRIO Health Plans tiene requisitos especiales para la cobertura de su medicamento.

NIVELES DE COMPARTICIÓN DE COSTOS

Planes del condado de Douglas

	ATRIO Choice Rx (PPO) *H6743-007*		ATRIO Prime Rx (PPO) *H6743-028*	
Deducible de medicamentos	**$300**		**$400**	
Drug Tiers	**suministro para 30 días**	**suministro para 90 días**	**suministro para 30 días**	**suministro para 90 días**
Nivel 1 Genérico preferido	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Nivel 2 Genérico	**$10**	**$20**	**$8**	**$16**
Nivel 3* Marca preferida	**$47**	**$94**	**$47**	**$94**
Nivel 4* Medicamentos no preferidos	**$100**	**$200**	**$100**	**$200**
Nivel 5* Medicamentos especiales	**29%**	**N/A**	**28%**	**N/A**
Nivel 6 Medicamentos Select Care	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**

**Se aplica el deducible de la Parte D*

Planes del condado de Klamath

	ATRIO Choice Rx (PPO) *H6743-001*		ATRIO Prime Rx (PPO) *H6743-030*	
Deducible de medicamentos	**$300**		**$0**	
Niveles de medicamentos	**suministro para 30 días**	**suministro para 90 días**	**suministro para 30 días**	**suministro para 90 días**
Nivel 1 Genérico preferido	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Nivel 2 Genérico	**$10**	**$20**	**$8**	**$16**
Nivel 3* Marca preferida	**$47**	**$94**	**$47**	**$94**
Nivel 4* Medicamentos no preferidos	**$100**	**$200**	**$100**	**$200**
Nivel 5* Medicamentos especiales	**28%**	**N/A**	**33%**	**N/A**
Nivel 6 Medicamentos Seleccionar Cuidado	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**

**Se aplica el deducible de la Parte D*

Este formulario fue actualizado el **10/30/2026**

Planes para los condados de Jackson y Josephine

	ATRIO Choice Rx (PPO) *H6743-025*		ATRIO Prime Rx (PPO) *H6743-026*	
Deducible de medicamentos	**$300**		**$0**	
Niveles de medicamentos	**suministro para 30 días**	**suministro para 90 días**	**suministro para 30 días**	**suministro para 90 días**
Nivel 1 Genérico preferido	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Nivel 2 Genérico	**$8**	**$16**	**$8**	**$16**
Nivel 3* Marca preferida	**$47**	**$94**	**$35**	**$70**
Nivel 4* Medicamentos no preferidos	**$100**	**$200**	**$60**	**$120**
Nivel 5* Medicamentos especiales	**29%**	**N/A**	**25%**	**N/A**
Nivel 6 Medicamentos Seleccionar Cuidado	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**

**Se aplica el deducible de la Parte D*

Este formulario fue actualizado el 10/30/2026

Planes de Marion y Polk

	ATRIO Choice Rx (PPO) *H7006-007*		ATRIO Support Rx (PPO C-SNP) *H7006-022*		ATRIO Prime Rx (HMO) *H5995-004*	
Deducible de medicamentos	**$200**		**$0**		**$350**	
Niveles de medicamentos	**suministro para 30 días**	**suministro para 90 días**	**suministro para 30 días**	**suministro para 90 días**	**suministro para 30 días**	**suministro para 90 días**
Nivel 1 Genérico preferido	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$5**	**$10**
Nivel 2 Genérico	**$8**	**$16**	**$8**	**$16**	**$20**	**$40**
Nivel 3* Marca preferida	**$47**	**$94**	**$47**	**$94**	**$47**	**$94**
Nivel 4* Medicamentos no preferidos	**$100**	**$200**	**$100**	**$200**	**$100**	**$200**
Nivel 5* Medicamentos especiales	**30%**	**N/A**	**33%**	**N/A**	**27%**	**N/A**
Nivel 6 Medicamentos Seleccionar Cuidado	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**

**Se aplica el deducible de la Parte D*

Planes para los condados de Clackamas, Lane, Multnomah, Washington y Yamhill

	ATRIO Choice Rx (PPO) *H7006-018*	
Deducible de medicamentos	**$400**	
Niveles de medicamentos	**suministro para 30 días**	**suministro para 90 días**
Nivel 1 Genérico preferido	**$0**	**$0**
Nivel 2 Genérico	**$0**	**$0**
Nivel 3* Marca preferida	**$47**	**$94**
Nivel 4* Medicamentos no preferidos	**$100**	**$200**
Nivel 5 Medicamentos especiales	**28%**	**Long-term N/A**
Nivel 6 Medicamentos Seleccionar Cuidado	**$0**	**$0**

**Se aplica el deducible de la Parte D*

¿Necesita ayuda para administrar los costos de sus medicamentos recetados en 2026?

A partir del 1 de enero de 2025, el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (M3P/MPPP) es un programa opcional que puede ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo en medicamentos al distribuirlos a lo largo del año calendario ***(aunque no le ahorrará dinero ni reducirá sus costos de medicamentos)***. Los miembros de ATRIO con mayor probabilidad de beneficiarse del programa recibirán más información por correo. L**a participación en el M3P es opcional.**

Para las recetas elegibles, paga $0 en la farmacia por los medicamentos cubiertos de la Parte D y ATRIO le facturará mensualmente. El monto facturado mensualmente se basará en sus costos mensuales de recetas, así como en el máximo anual de desembolso personal de $2,100, según una fórmula estandarizada creada por los CMS (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid). Una vez que pague $2,100, pasará a la fase de Cobertura Catastrófica y ATRIO cubrirá el 100% de sus costos de medicamentos recetados. Puede encontrar más información sobre la cobertura de recetas y ejemplos de cálculos mensuales en **atriohp.com.**

Las siguientes abreviaturas de restricciones de gestión de utilización se pueden encontrar en la columna titulada "Requisitos/Límites" en la lista de medicamentos que sigue.

COVERAGE ABBREVIATIONS

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
LA	Medicamento de acceso limitado	Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Servicio de atención al cliente al 1-877-672-8620 (TTY 711), todos los días de 8 a. m. a 8 p. m., hora loca
LIS	Subsidio para personas de bajos ingresos	Un programa de Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a los miembros a pagar sus medicamentos recetados.
NDS	Suministro de día no extendido	Este medicamento no está disponible para un suministro de 90 días.
NM	Sin pedidos por correo	Este medicamento no está disponible en farmacias con pedido por correo.
PA	Restricción de autorización previa	Usted (o su médico) deben obtener autorización previa de ATRIO Health Plans antes de obtener su receta para este medicamento. Sin aprobación previa, ATRIO Health Plans puede no cubrir este medicamento.
PA BvD	Restricción de autorización previa para la determinación de la Parte B frente a la Parte D	Este medicamento puede ser elegible para el pago bajo Medicare Parte B o Parte D. Usted (o su médico) deben obtener autorización previa de ATRIO Health Plans para determinar que este medicamento está cubierto por Medicare Parte D antes de obtener su receta para este medicamento. Sin aprobación previa, ATRIO Health Plans puede no cubrir este medicamento.
PA NSO	Restricción de autorización previa solo para nuevos comienzos	Si es un miembro nuevo o si no ha tomado este medicamento antes, usted (o su médico) debe obtener una autorización previa de ATRIO Health Plans antes de surtir su receta para este medicamento. Sin aprobación previa, ATRIO Health Plans puede no cubrir este medicamento.
QL	Restricción de límite de cantidad	ATRIO Health Plans limitan la cantidad de este medicamento que está cubierto por receta o dentro de un período de tiempo específico.
ST	Restricción de la terapia escalonada	Antes de que ATRIO Health Plans proporcione cobertura para este medicamento, primero debe probar otro(s) medicamento(s) para tratar su afección médica. Este medicamento solo puede estar cubierto si el otro(s) medicamento(s) no funciona(n) para usted..

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer 2
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias 23
Agentes Antiansiedad 24
Agentes Antidemencia 25
Agentes Antidiabetico 26
Agentes Antigota 32
Agentes Antimigraña 32
Agentes Antinausea 33
Agentes Antiparasitarios 34
Agentes Antiparkinson 35
Agentes Antipsicóticos 37
Agentes Calóricos 44
Agentes Cardiovasculares 45
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria 55
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica 56
Agentes De Trastorno De Sueño 57
Agentes Del Sistema Nervioso Central 58
Agentes Del Tracto Respiratorio 61
Agentes Dentales Y Orales 66
Agentes Dermatológicos 67
Agentes Gastrointestinales 71
Agentes Genitourinarios 74
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador 75
Agentes Inmunológicos 80
Agentes Oftálmicos 94
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta 95
Agentes Terapeuticos Misceláneos 99
Agentes Vasodilatadores 100
Analgésicos 101
Anestésicos 105
Antagonistas De Metales Pesados 106
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa) 106
Antibacterianos 106
Anticonceptivos 114
Anticonvulsivos 122
Antidepresivos 128
Antifúngicos 132
Antihistamínicos 134

Antimicobacteriales 134
Antivirales (Sitémico) 135
Cofactores Enzimáticos/Otros 142
Dispositivos 142
Preparaciones De Reemplazo 191
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen 192
Reemplazo/Modificadores De Enzima 196
Relajantes Musculares Esqueléticos 197
Vitaminas Y Minerales 197

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer			
Agentes Anti Cáncer			
abiraterone oral tablet 250 mg	(Zytiga)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
abiraterone oral tablet 500 mg	(Zytiga)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
abiraterone, submicronized oral tablet 125 mg	(Abiraterone Acet,Submicronized)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
abirtega oral tablet 250 mg	(Zytiga)	2	PA NSO; QL (120 per 30 days)
adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml	(Fluorouracil)	2	PA BvD
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)-180 MG (23)		5	PA NSO; NDS
anastrozole oral tablet 1 mg	(Arimidex)	1	
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML		5	PA NSO; NDS; QL (1.6 per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
AVMAPKI ORAL CAPSULE 0.8 MG		5	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG		5	PA NSO; NDS; QL (66 per 28 days)

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

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2026 Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg (Velcade)	4	PA NSO
bortezomib injection recon soln 3.5 mg (Velcade)	5	PA NSO; NDS
BORUZU INJECTION SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA NSO
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG (bosutinib)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 500 MG (bosutinib)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
bosutinib oral tablet 100 mg (Bosulif)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
bosutinib oral tablet 400 mg, 500 mg (Bosulif)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; 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; 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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2026 Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	(vandetanib)	5	PA NSO; 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; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)		5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG		5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		5	PA NSO; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg	(Cyclophosphamide)	5	PA BvD; NDS
cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml	(Cyclophosphamide)	5	PA BvD; NDS
cyclophosphamide intravenous solution 500 mg/ml	(Cyclophosphamide)	5	PA BvD; NDS
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	(Cyclophosphamide)	2	PA BvD; ST
cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg	(Cyclophosphamide)	3	PA BvD; ST
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML		5	PA NSO; NDS; QL (120 per 28 days)
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG		5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg	(Sprycel)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
dasatinib oral tablet 20 mg	(Sprycel)	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
DATROWAY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG		5	PA NSO; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg	(Tarceva)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
erlotinib oral tablet 150 mg	(Tarceva)	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG		4	
etoposide intravenous solution 20 mg/ml	(Avopef)	2	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	(flutamide)	5	NDS
everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg	(Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg	(Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 5 mg	(Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 7.5 mg	(Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg	(Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
exemestane oral tablet 25 mg	(Aromasin)	2	
FAKZYNJA ORAL TABLET 200 MG		5	PA NSO; NDS; QL (42 per 28 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG		5	PA BvD; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG		3	PA BvD
floxuridine injection recon soln 0.5 gram	(Floxuridine)	1	PA BvD

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ifosfamide intravenous recon soln 1 gram (Ifex)	2	
ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml (Ifex)	2	
imatinib oral tablet 100 mg (Gleevec)	2	PA NSO; QL (180 per 30 days)
imatinib oral tablet 400 mg (Gleevec)	2	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (216 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG, 10 MG	5	PA NSO; NDS
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NDS
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (280 per 28 days)
INLEXZO INTRAVESICAL IMPLANT 225 MG	5	PA BvD; NDS
INLURIYO ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; 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; NDS; QL (30 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS
JIDEYTRO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	5	PA NSO; NDS
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	4	PA BvD; ST
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
KEYTRUDA QLEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 395 MG-4,800 UNIT/2.4 ML, 790 MG-9,600 UNIT/4.8 ML	5	PA NSO; NDS

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5	PA NSO; 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; 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; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA NSO; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA NSO; NDS; QL (63 per 28 days)
KOMZIFTI ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (600 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 7.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (390 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
lapatinib oral tablet 250 mg (Tykerb)	5	PA NSO; NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; 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; NDS; QL (28 per 28 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)		5	PA NSO; NDS
letrozole oral tablet 2.5 mg	(Femara)	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		5	NDS
leuprolide acetate (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg	(Leuprolide Acetate)	4	PA NSO
leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml	(Leuprolide Acetate)	2	PA NSO
LIFYORLI ORAL CAPSULE 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X3), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X9), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X2), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X3), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X9)		5	PA NSO; NDS
lomustine oral capsule 10 mg	(Gleostine)	2	
lomustine oral capsule 100 mg, 40 mg	(Gleostine)	5	NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG		5	PA NSO; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG		5	PA NSO; NDS; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML)		5	PA NSO; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG		5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)

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

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2026 Identificación del Formulario: 26334.000

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2026 Identificación del Formulario: 26334.000

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG-5,000 UNIT/2.5 ML, 600 MG-10,000 UNIT/5 ML		5	PA NSO; NDS
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML		5	PA NSO; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG		5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg	(Abraxane)	5	PA BvD; NDS
pazopanib oral tablet 200 mg	(Votrient)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
pazopanib oral tablet 400 mg	(Votrient)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg	(Alimta)	5	NDS
pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml	(Alimta)	5	NDS
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML		5	NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)		5	PA NSO; 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; NDS; QL (56 per 28 days)
pomalidomide oral capsule 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Pomalyst)	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	(pomalidomide)	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG		5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RASONQUE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	5	PA NSO; NDS
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	5	PA NSO; NDS; QL (8 per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		5	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML		5	PA NSO; NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg	(Tamoxifen Citrate)	1	
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML		5	PA NSO; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML		5	PA NSO; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG		4	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG		5	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
toremifene oral tablet 60 mg	(Fareston)	5	NDS
torpenz oral tablet 10 mg	(Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	(Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG		4	PA NSO
tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg	(Tretinoin)	5	NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG		5	PA NSO; NDS; QL (64 per 28 days)
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML		5	PA NSO; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5	PA NSO; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5	PA NSO; LA; NDS
VEPPANU ORAL TABLET 100 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml (Vinorelbine Tartrate)	2	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
VIVIMUSTA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (bendamustine)	5	PA NSO; NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; 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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2026 Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	5	PA NSO; NDS
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 50 MG	5	PA NSO; 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; 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; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	5	PA NSO; 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; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	5	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5	PA NSO; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; 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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XTANDI ORAL TABLET 80 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)		5	PA NSO; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	(abiraterone, submicronized)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
yulithira oral tablet 10 mg, 7.5 mg	(Afinitor)	2	PA NSO; QL (60 per 30 days)
yulithira oral tablet 2.5 mg, 5 mg	(Afinitor)	2	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ZENBEXUS ORAL CAPSULE 0.75 MG, 1 MG		5	PA NSO; NDS
ZIIHERA INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG		5	PA NSO; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML		5	PA NSO; NDS
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG		4	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG		5	PA NSO; NDS
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML		5	PA NSO; NDS; QL (20 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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2026 Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	(Acamprosate Calcium)	2	
buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg	(Buprenorphine HCl)	2	
buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	(Suboxone)	2	
buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg	(Buprenorphine HCl/Naloxone HCl)	1	
bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg	(Bupropion HCl)	1	
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	(Disulfiram)	2	
KLOXXADO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION		3	QL (4 per 30 days)
naloxone injection solution 0.4 mg/ml	(Naloxone HCl)	1	
naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml	(Naloxone HCl)	2	
naloxone nasal spray,non-aerosol 4 mg/actuation	(Narcan)	2	QL (4 per 30 days)
naltrexone oral tablet 50 mg	(Naltrexone HCl)	2	
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)	2	QL (336 per 365 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)	(Chantix)	2	QL (336 per 365 days)
varenicline tartrate oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)	(Chantix)	2	
Agentes Antiansiedad			
Benzodiacepinas			
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	(Xanax)	1	NDS; QL (120 per 30 days)
alprazolam oral tablet 2 mg	(Xanax)	1	NDS; QL (150 per 30 days)
chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg	(Chlordiazepoxide HCl)	1	NDS; 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)
clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	(Clonazepam)	2	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg	(Clonazepam)	2	QL (300 per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg	(Clorazepate Dipotassium)	2	QL (180 per 30 days)
diazepam injection solution 5 mg/ml	(Diazepam)	1	QL (10 per 28 days)
diazepam injection syringe 5 mg/ml	(Diazepam)	2	
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml	(Diazepam)	2	QL (1200 per 30 days)
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)	(Diazepam)	2	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)	1	NDS; 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	(Lorazepam)	1	QL (2 per 30 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml	(Lorazepam)	1	NDS; QL (150 per 30 days)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Ativan)	1	NDS; QL (90 per 30 days)
lorazepam oral tablet 2 mg	(Ativan)	1	NDS; QL (150 per 30 days)
temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg	(Restoril)	1	NDS; QL (30 per 30 days)
temazepam oral capsule 22.5 mg	(Restoril)	2	NDS; QL (30 per 30 days)
temazepam oral capsule 7.5 mg	(Restoril)	2	NDS; 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)	2	QL (30 per 30 days)
donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg	(Donepezil HCl)	1	
donepezil oral tablet,disintegrating 5 mg	(Donepezil HCl)	1	QL (30 per 30 days)
ergoloid oral tablet 1 mg	(Ergoloid Mesylates)	2	
galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg	(Galantamine Hbr)	2	QL (30 per 30 days)
galantamine oral solution 4 mg/ml	(Galantamine Hbr)	2	QL (200 per 30 days)
galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	(Galantamine Hbr)	2	QL (60 per 30 days)
memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg	(Namenda XR)	2	ST; QL (30 per 30 days)
memantine oral solution 2 mg/ml	(Memantine HCl)	2	QL (300 per 30 days)
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg	(Namenda)	1	QL (60 per 30 days)
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	(Rivastigmine Tartrate)	2	
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour	(Exelon)	2	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antidiabetico			
Agentes Antidiabeticos, Varios			
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Precose)	2	
dapagliflozin oral tablet 10 mg, 5 mg	(Farxiga)	2	QL (30 per 30 days)
dapagliflozin-metformin oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 10-1,000 mg, 10-500 mg, 5-1,000 mg, 5-500 mg	(Xigduo XR)	2	
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		3	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG		3	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	(linagliptin-metformin)	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG		3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG		3	QL (30 per 30 days)
metformin oral solution 500 mg/5 ml	(Riomet)	2	QL (765 per 30 days)
metformin oral tablet 1,000 mg	(Metformin HCl)	6	QL (75 per 30 days)
metformin oral tablet 500 mg	(Metformin HCl)	6	QL (150 per 30 days)
metformin oral tablet 850 mg	(Metformin HCl)	6	QL (90 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	(Metformin HCl)	6	QL (120 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg	(Metformin HCl)	6	QL (60 per 30 days)
mifepristone oral tablet 300 mg	(Mifepristone)	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML		3	PA; QL (2 per 28 days)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg	(Nateglinide)	6	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC ORAL TABLET 1.5 MG, 4 MG, 9 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)		3	PA; QL (3 per 28 days)
pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	(Actos)	6	QL (30 per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg	(Actoplus Met)	6	QL (90 per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg	(Actoplus Met)	6	QL (90 per 30 days)
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Repaglinide)	6	QL (120 per 30 days)
repaglinide oral tablet 2 mg	(Repaglinide)	6	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin oral tablet 50-1,000 mg, 50-500 mg	(Janumet)	2	QL (60 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 100-1,000 mg	(Janumet XR)	2	QL (30 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 50-1,000 mg, 50-500 mg	(Janumet XR)	2	QL (60 per 30 days)
sitagliptin phosphate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Januvia)	2	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG		3	QL (60 per 30 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG		3	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG		3	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	(linagliptin)	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG		3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG		3	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML		3	PA; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG	(dapagliflozin-metformin)	3	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG		3	QL (60 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	(dapagliflozin-metformin)	3	QL (60 per 30 days)
Insulinas			
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (1.6 ML)		3	max $35 copay per month supply

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)
insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)	(Insulin Aspart Prot/Insuln Asp)	3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)	(Insulin Aspart Prot/Insuln Asp)	3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml	(Insulin Aspart)	3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)	(Insulin Aspart)	3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml	(Insulin Aspart)	3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
insulin glargine-yfgn subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)	(Semglee (Yfgn) Pen)	3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml	(Semglee (Yfgn))	3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml	(Humalog)	3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine)	3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine)	3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)		3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)		3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
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)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2026 Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	(insulin aspart u-100)	3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin aspart u-100)	3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML		3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	3	max $35 copay per month supply; QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	3	max $35 copay per month supply; QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas			
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg	(Glimepiride)	6	QL (30 per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg	(Glimepiride)	6	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg	(Glipizide)	6	QL (120 per 30 days)
glipizide oral tablet 2.5 mg	(Glipizide)	6	QL (90 per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg	(Glipizide)	6	QL (240 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg	(Glucotrol XL)	6	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg	(Glucotrol XL)	6	QL (30 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg	(Glipizide/Metformin HCl)	6	QL (240 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	(Glipizide/Metformin HCl)	6	QL (120 per 30 days)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg	(Glyburide,Micronized)	6	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Glyburide)	6	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg	(Glyburide/Metformin HCl)	6	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
Agentes Antigota			
Agentes Antigota, Otros			
allopurinol oral tablet 100 mg	(Zyloprim)	1	
allopurinol oral tablet 300 mg	(Zyloprim)	1	
colchicine oral capsule 0.6 mg	(Mitigare)	2	QL (60 per 30 days)
colchicine oral tablet 0.6 mg	(Colcrys)	2	QL (120 per 30 days)
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	(Uloric)	2	QL (30 per 30 days)
probenecid oral tablet 500 mg	(Probenecid)	2	
probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg	(Probenecid/Colchicine)	2	
Agentes Antimigraña			
Agentes Antimigraña			
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML		3	PA; QL (1 per 30 days)
dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)	(Migranal)	5	ST; NDS; 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	(Naratriptan HCl)	2	QL (18 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG		3	PA; QL (18 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)
rizatriptan oral tablet 10 mg	(Maxalt)	1	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet 5 mg	(Maxalt)	1	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg	(Maxalt Mlt)	1	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 5 mg	(Maxalt Mlt)	1	QL (18 per 30 days)
sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject outer, suv	(Imitrex)	2	QL (4 per 28 days)
sumatriptan 6 mg/0.5 ml autoinj suv	(Imitrex)	4	QL (4 per 28 days)
sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation	(Imitrex)	2	QL (12 per 30 days)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg	(Imitrex)	1	QL (9 per 30 days)
sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg	(Imitrex)	1	QL (18 per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml	(Imitrex)	4	QL (4 per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml	(Imitrex)	2	QL (4 per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml	(Sumatriptan Succinate)	2	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	(Emend)	2	PA BvD; QL (2 per 28 days)
aprepitant oral capsule 40 mg	(Emend)	2	PA BvD; QL (1 per 28 days)
aprepitant oral capsule 80 mg	(Emend)	2	PA BvD; QL (4 per 28 days)
aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)	(Emend)	2	PA BvD

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
compro rectal suppository 25 mg	(Compazine)	2	
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Marinol)	2	PA; QL (60 per 30 days)
meclizine oral tablet 12.5 mg	(Antivert)	1	
meclizine oral tablet 25 mg	(Antivert)	1	
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	(Ondansetron HCl)	1	PA BvD
ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg	(Ondansetron)	1	PA BvD
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)	(Prochlorperazine Edisylate)	1	
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	(Compazine)	1	
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	(Compazine)	2	
promethazine injection solution 25 mg/ml	(Promethazine HCl)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	(Promethazine HCl)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
promethazine rectal suppository 25 mg	(Promethazine HCl)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg	(Promethazine HCl)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days	(Transderm-Scop)	2	PA-HRM; QL (10 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
Agentes Antiparasitarios			
Agentes Antiparasitarios			
albendazole oral tablet 200 mg	(Albendazole)	2	
atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml	(Mepron)	2	
atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg	(Malarone)	2	
atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg	(Malarone)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg	(Chloroquine Phosphate)	2	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		4	
hydroxychloroquine oral tablet 100 mg	(Plaquenil)	2	QL (180 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	(Plaquenil)	2	QL (90 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 300 mg	(Plaquenil)	2	QL (60 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 400 mg	(Plaquenil)	2	QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
ivermectin oral tablet 3 mg	(Stromectol)	2	
ivermectin oral tablet 6 mg	(Stromectol)	2	
mefloquine oral tablet 250 mg	(Mefloquine HCl)	2	
nitazoxanide oral tablet 500 mg	(Nitazoxanide)	5	NDS; QL (60 per 30 days)
pentamidine inhalation recon soln 300 mg	(Nebupent)	2	PA BvD
pentamidine injection recon soln 300 mg	(Nebupent)	2	
praziquantel oral tablet 600 mg	(Biltricide)	2	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)		4	
pyrimethamine oral tablet 25 mg	(Daraprim)	5	PA; NDS
quinine sulfate oral capsule 324 mg	(Qualaquin)	2	PA
tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	(Tinidazole)	2	
Agentes Antiparkinson			
Agentes Antiparkinson			
amantadine hcl oral capsule 100 mg	(Amantadine HCl)	2	
amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml	(Amantadine HCl)	1	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
amantadine hcl oral tablet 100 mg	(Amantadine HCl)	2	
benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	(Benztropine Mesylate)	1	
bromocriptine oral tablet 2.5 mg	(Parlodel)	2	
cabergoline oral tablet 0.5 mg	(Cabergoline)	2	
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg	(Dhivy)	1	
carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg	(Dhivy)	1	
carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg	(Dhivy)	1	
carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	(Carbidopa/Levodopa)	2	
carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	(Carbidopa/Levodopa)	2	
entacapone oral tablet 200 mg	(Comtan)	2	
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML		5	PA; 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	(Pramipexole Di-HCl)	1	
rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Azilect)	2	
ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	(Ropinirole HCl)	1	
ropinirole oral tablet extended release 24 hr 2 mg, 4 mg	(Ropinirole HCl)	2	
selegiline hcl oral capsule 5 mg	(Selegiline HCl)	2	
selegiline hcl oral tablet 5 mg	(Selegiline HCl)	2	
trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg	(Trihexyphenidyl HCl)	1	
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML		5	PA; NDS; QL (560 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antipsicóticos			
Agentes Antipsicóticos			
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML		5	NDS; QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML		5	NDS; QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG		5	NDS; QL (2 per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG		5	NDS; QL (2 per 28 days)
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	(Aripiprazole)	2	
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	(Abilify)	2	
aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg	(Aripiprazole)	2	ST; QL (90 per 30 days)
aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg	(Aripiprazole)	2	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML		5	NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML		5	NDS; QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML		5	NDS; QL (1.6 per 14 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	NDS; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	NDS; QL (3.2 per 14 days)
asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg (Saphris)	2	QL (60 per 30 days)
BYSANTI ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; 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; NDS; QL (30 per 30 days)
chlorpromazine injection solution 25 mg/ml (Chlorpromazine HCl)	2	
chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml (Chlorpromazine HCl)	2	
chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Chlorpromazine HCl)	2	
clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Clozaril)	2	
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg (Clozapine)	2	ST; QL (90 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg (Clozapine)	2	ST; QL (180 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg (Clozapine)	2	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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG		5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG		5	ST; NDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML		5	NDS; QL (0.75 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML		5	NDS; QL (1 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML		5	NDS; QL (1.5 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 351 MG/2.25 ML		5	NDS; QL (2.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML		5	NDS; QL (0.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML		5	NDS; QL (0.5 per 21 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		5	ST; 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	(Fluphenazine Decanoate)	2	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	(Fluphenazine HCl)	2	
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	(Fluphenazine HCl)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2026 Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml	(Fluphenazine HCl)	2	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Fluphenazine HCl)	2	
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	(Haloperidol Decanoate)	2	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	(Haloperidol Lactate)	1	
haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml	(Haloperidol Lactate)	2	
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	(Haloperidol Lactate)	1	
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	(Haloperidol)	2	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML		5	NDS; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML		5	NDS; QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML		5	NDS; QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML		5	NDS; QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML		5	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	NDS; QL (0.5 per 21 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2026 Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML		5	NDS; QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML		5	NDS; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML		5	NDS; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML		5	NDS; QL (2.63 per 70 days)
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	(Loxapine Succinate)	2	
lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	(Latuda)	2	
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG		5	NDS; QL (30 per 30 days)
molindone oral tablet 10 mg	(Molindone HCl)	2	QL (240 per 30 days)
molindone oral tablet 25 mg	(Molindone HCl)	2	QL (270 per 30 days)
molindone oral tablet 5 mg	(Molindone HCl)	5	NDS; QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
olanzapine intramuscular recon soln 10 mg	(Zyprexa)	2	QL (30 per 30 days)
olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg	(Zyprexa)	2	
olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	(Zyprexa Zydis)	2	
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG		5	ST; NDS

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg	(Invega)	2	QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg	(Invega)	2	QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg	(Invega)	2	QL (60 per 30 days)
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Perphenazine)	2	
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG		5	NDS; QL (1 per 30 days)
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg	(Pimozide)	2	
quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	(Seroquel)	1	
quetiapine oral tablet 150 mg	(Seroquel)	1	
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	(Seroquel XR)	2	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	NDS; QL (30 per 30 days)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml	(Risperdal Consta)	2	QL (2 per 28 days)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 25 mg/2 ml	(Risperdal Consta)	2	QL (2 per 28 days)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml	(Risperdal Consta)	5	NDS; QL (2 per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	(Risperdal)	2	
risperidone oral tablet 0.25 mg	(Risperdal)	1	
risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Risperdal)	1	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Risperidone)	2	
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	(risperidone microspheres)	5	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; NDS; QL (30 per 30 days)
thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Thioridazine HCl)	2	
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	(Thiothixene)	2	
trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	(Trifluoperazine HCl)	2	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML		5	NDS; QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML		5	NDS; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML		5	NDS; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML		5	NDS; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML		5	NDS; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML		5	NDS; QL (0.14 per 28 days)

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %		4	PA BvD
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution	(Dextrose 5 % in Water)	2	
dextrose 5%-water iv soln single use		2	
Agentes Cardiovasculares			
Agentes Alfa-Adrenérgicos			
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	(Clonidine HCl)	1	
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr	(Catapres-Tts 1)	2	
clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr	(Catapres-Tts 1)	2	
clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr	(Catapres-Tts 1)	2	
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Cardura)	1	
droxidopa oral capsule 100 mg	(Northera)	2	PA; QL (180 per 30 days)
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	(Northera)	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg	(Guanfacine HCl)	2	
midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Midodrine HCl)	2	
prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	(Prazosin HCl)	2	
Agentes Antiarritmicos			
amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg	(Amiodarone HCl)	2	
amiodarone oral tablet 400 mg	(Amiodarone HCl)	2	
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	(Tikosyn)	2	
flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	(Flecainide Acetate)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		3	
pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	(Amiodarone HCl)	2	
propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg	(Rythmol SR)	2	
propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg	(Propafenone HCl)	2	
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg	(Quinidine Sulfate)	2	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos			
acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg	(Acebutolol HCl)	1	
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Tenormin)	1	
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg	(Tenoretic 50)	1	
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Bisoprolol Fumarate)	1	
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	(Bisoprolol/Hydrochlorothiazide)	1	
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	(Labetalol HCl)	1	
metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Toprol XL)	1	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 50-25 mg	(Metoprolol/Hydrochlorothiazide)	2	
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg	(Lopressor)	1	
metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg	(Lopressor)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	(Bystolic)	2	
propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	(Inderal LA)	2	
propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	(Propranolol HCl)	1	
sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	(Betapace)	1	
sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	(Betapace)	1	
sotalol oral tablet 240 mg	(Betapace)	1	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	(Timolol Maleate)	2	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio			
cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	(Cardizem CD)	1	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg	(Cardizem CD)	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg	(Cardizem CD)	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 300 mg	(Cardizem CD)	1	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 240 mg	(Cartia XT)	1	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg	(Cardizem CD)	1	
diltiazem hcl oral tablet 90 mg	(Cardizem CD)	1	
dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	(Cardizem CD)	1	
taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	(Tiazac)	1	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	(Cardizem CD)	1	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg	(Verapamil HCl)	2	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg	(Verapamil HCl)	4	
verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	(Verapamil HCl)	1	
verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	(Verapamil HCl)	1	
Agentes Cardiovasculares, Varios			
ATTRUBY ORAL TABLET 356 MG		5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG		5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML		4	QL (600 per 30 days)
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	(Lanoxin)	1	
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml	(Epipen 2-Pak)	3	QL (4 per 30 days)
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml	(Epipen 2-Pak)	2	QL (4 per 30 days)
epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml	(Epipen 2-Pak)	3	QL (4 per 30 days)
epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml	(Epipen 2-Pak)	2	QL (4 per 30 days)
hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Hydralazine HCl)	1	
icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	(Firazyr)	5	PA; NDS; QL (18 per 30 days)
ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg	(Corlanor)	3	QL (60 per 30 days)
metyrosine oral capsule 250 mg	(Demser)	5	PA; NDS

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg	(Ranolazine)	2	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	PA; QL (30 per 30 days)
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG		5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii			
candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	(Atacand)	6	
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg	(Atacand HCT)	6	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	(sacubitril-valsartan)	3	QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLET 15-16 MG, 6-6 MG		3	QL (240 per 30 days)
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg	(Avapro)	6	
irbesartan oral tablet 75 mg	(Avapro)	6	
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	(Avalide)	6	
losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Cozaar)	6	
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg	(Hyzaar)	6	
olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg	(Benicar)	6	
olmesartan-amlodipin-hcthiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg	(Tribenzor)	6	
olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	(Benicar HCT)	6	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg	(Entresto)	2	QL (60 per 30 days)
telmisartan oral tablet 20 mg	(Micardis)	6	
telmisartan oral tablet 40 mg, 80 mg	(Micardis)	6	
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg	(Micardis HCT)	6	
valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg	(Diovan)	6	
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	(Diovan HCT)	6	
Dihidropiridinas			
amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Norvasc)	1	
amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg	(Lotrel)	6	
amlodipine-benazepril oral capsule 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	(Lotrel)	6	
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	(Azor)	6	
amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	(Exforge)	6	
amlodipine-valsartan-hcthiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg	(Exforge HCT)	2	
felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Felodipine)	1	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg	(Procardia XL)	1	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 90 mg	(Procardia XL)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg	(Nifedipine)	1	
Dislipidémicos			
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg	(Caduet)	6	
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	(Caduet)	6	QL (30 per 30 days)
amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg	(Caduet)	6	
atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Lipitor)	6	
cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram	(Questran)	2	
cholestyramine light oral powder in packet 4 gram	(Cholestyramine)	2	
colesevelam oral powder in packet 3.75 gram	(Welchol)	2	
colesevelam oral tablet 625 mg	(Welchol)	2	
colestipol oral packet 5 gram	(Colestid)	2	
colestipol oral tablet 1 gram	(Colestid)	2	
ezetimibe oral tablet 10 mg	(Zetia)	1	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg	(Vytorin)	6	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg	(Vytorin)	6	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg	(Vytorin)	6	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg	(Vytorin)	6	QL (30 per 30 days)
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg	(Fenofibrate,Micronized)	2	
fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg	(Tricor)	1	
fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg	(Fenoglide)	1	

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg	(Zemplar)	2	
paricalcitol oral capsule 4 mcg	(Zemplar)	2	
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG		5	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)	(Forteo)	5	PA; NDS; QL (2.24 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)		5	PA; 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)	2	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)	2	QL (30 per 30 days)
eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg	(Lunesta)	2	QL (30 per 30 days)
modafinil oral tablet 100 mg	(Provigil)	2	PA; QL (30 per 30 days)
modafinil oral tablet 200 mg	(Provigil)	2	PA; QL (60 per 30 days)
sodium oxybate oral solution 500 mg/ml	(Xyrem)	5	PA; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg	(Zaleplon)	1	QL (30 per 30 days)
zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg	(Ambien)	1	QL (30 per 30 days)

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 (Strattera)	2	QL (60 per 30 days)
atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg (Strattera)	2	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	5	PA; 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; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; NDS; QL (15 per 30 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cladribine 10 mg x 10 tab pk outer	(Mavenclad)	5	PA; NDS
cladribine(multiple sclerosis) oral tablet 10 mg (10 pack), 10 mg (4 pack), 10 mg (5 pack), 10 mg (6 pack), 10 mg (7 pack), 10 mg (8 pack), 10 mg (9 pack)	(Mavenclad)	5	PA; NDS
dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg	(Ampyra)	2	PA; QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg	(Adderall XR)	2	QL (30 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg	(Adderall XR)	2	QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	(Adderall)	2	QL (60 per 30 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg	(Tecfidera)	2	PA; QL (14 per 7 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)	(Tecfidera)	2	PA
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg	(Tecfidera)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
fingolimod oral capsule 0.5 mg	(Gilenya)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml	(Copaxone)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml	(Copaxone)	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml	(Copaxone)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml	(Copaxone)	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
JASCAYD ORAL TABLET 18 MG, 9 MG	5	PA; 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; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
nintedanib oral capsule 100 mg, 150 mg (Ofev)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	5	PA; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
pirfenidone oral capsule 267 mg (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 267 mg (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 534 mg (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 801 mg (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML	5	PA BvD; NDS
roflumilast oral tablet 250 mcg (Daliresp)	2	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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
roflumilast oral tablet 500 mcg	(Daliresp)	2	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; 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; 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; NDS; QL (1 per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML		5	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG		5	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML		5	PA; NDS
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados			
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	(fluticasone propion-salmeterol)	3	QL (12 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	(fluticasone furoate)	3	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	(fluticasone furoate-vilanterol)	3	QL (60 per 30 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE		3	QL (60 per 30 days)
breyna inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	(Symbicort)	2	QL (30.9 per 30 days)
budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml	(Pulmicort)	2	PA BvD; QL (120 per 30 days)
budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	(Symbicort)	2	QL (30.6 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation	(Flovent Hfa)	2	QL (12 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation	(Flovent Hfa)	2	QL (24 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation	(Flovent Hfa)	2	QL (21.2 per 30 days)
fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose	(Advair Diskus)	1	QL (60 per 30 days)
wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose	(Advair Diskus)	1	QL (60 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	(Accolate)	2	
Broncodilatadores			
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION		3	QL (32.1 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation	(Ventolin Hfa)	2	QL (17 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)	(Ventolin Hfa)	2	QL (13.4 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)	(Ventolin Hfa)	2	QL (36 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml	(Albuterol Sulfate)	1	PA BvD
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	(umeclidinium-vilanterol)	3	QL (60 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE 160-18-4.8 MCG 160-18-4.8 MCG/ACTUATION		3	QL (23.6 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG 160-9-4.8 MCG/ACTUATION		3	QL (23.6 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-18-4.8 MCG/ACTUATION, 160-9-4.8 MCG/ACTUATION		3	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION		3	QL (8 per 30 days)
ipratropium bromide inhalation hfa aerosol inhaler 17 mcg/actuation	(Atrovent Hfa)	2	QL (25.8 per 28 days)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	(Ipratropium Bromide)	1	PA BvD
ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml	(Ipratropium/Albuterol Sulfate)	1	PA BvD; QL (540 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2026 Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 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	(Theophylline Anhydrous)	2	
theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg	(Theophylline Anhydrous)	2	
theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg	(Theophylline Anhydrous)	2	
tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg	(Spiriva Handihaler)	2	QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG		3	QL (60 per 30 days)
Agentes Dentales Y Orales			
Agentes Dentales Y Orales			
cevimeline oral capsule 30 mg	(Evoxac)	2	
chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %	(Chlorhexidine Gluconate)	1	
denta 5000 plus dental cream 1.1 %	(Fluoride (Sodium))	1	
dentagel dental gel 1.1 %	(Fluoride (Sodium))	1	
fluoride (sodium) dental gel 1.1 %	(Fluoride (Sodium))	1	
fluoride (sodium) dental solution 0.2 %	(Prevident)	1	
periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %	(Chlorhexidine Gluconate)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2026 Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	(Salagen)	2	
sf 5000 plus dental cream 1.1 %	(Fluoride (Sodium))	1	
sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %	(Prevident 5000 Sensitive)	1	
triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %	(Kourzeq)	2	
Agentes Dermatológicos			
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos			
ala-cort topical cream 1 %	(Hydrocortisone)	1	
betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %	(Betamethasone Dipropionate)	2	
betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %	(Betamethasone Dipropionate)	2	
betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %	(Betamethasone Dipropionate)	2	
betamethasone valerate topical cream 0.1 %	(Betamethasone Valerate)	2	
betamethasone valerate topical lotion 0.1 %	(Betamethasone Valerate)	2	
betamethasone valerate topical ointment 0.1 %	(Betamethasone Valerate)	1	
betamethasone, augmented topical cream 0.05 %	(Betamethasone/Propylene Glyc)	1	
betamethasone, augmented topical gel 0.05 %	(Betamethasone Dipropionate)	2	
betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %	(Betamethasone/Propylene Glyc)	2	
betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %	(Diprolene)	2	
clobetasol scalp solution 0.05 %	(Clobetasol Propionate)	2	
clobetasol topical cream 0.05 %	(Clobetasol Propionate)	2	
clobetasol topical gel 0.05 %	(Clobetasol Propionate)	2	
clobetasol topical lotion 0.05 %	(Clobetasol Propionate)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
clobetasol topical ointment 0.05 %	(Temovate)	2	
clobetasol topical shampoo 0.05 %	(Clobex)	2	
clobetasol-emollient topical cream 0.05 %	(Clobetasol Propionate/Emoll)	2	
clobetasol-emollient topical foam 0.05 %	(Olux-E)	2	
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %		3	
fluocinolone topical cream 0.01 %	(Synalar)	2	
fluocinolone topical cream 0.025 %	(Synalar)	2	
fluocinolone topical ointment 0.025 %	(Synalar)	2	
fluocinonide topical cream 0.05 %	(Vanos)	2	
fluocinonide topical gel 0.05 %	(Fluocinonide)	2	
fluocinonide topical ointment 0.05 %	(Fluocinonide)	2	
fluocinonide topical solution 0.05 %	(Fluocinonide)	2	
fluticasone propionate topical cream 0.05 %	(Fluticasone Propionate)	1	
halobetasol propionate topical cream 0.05 %	(Halobetasol Propionate)	2	
halobetasol propionate topical ointment 0.05 %	(Halobetasol Propionate)	2	
hydrocortisone 2.5% cream	(Hydrocortisone)	1	
hydrocortisone topical cream 1 %	(Hydrocortisone)	1	
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %	(Hydrocortisone)	1	
hydrocortisone topical lotion 2.5 %	(Scalacort)	1	
hydrocortisone topical ointment 1 %	(Hydrocortisone)	1	
hydrocortisone topical ointment 2.5 %	(Hydrocortisone)	1	
hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %	(Hydrocortisone Valerate)	2	
mometasone topical cream 0.1 %	(Mometasone Furoate)	1	
mometasone topical ointment 0.1 %	(Mometasone Furoate)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
mometasone topical solution 0.1 %	(Mometasone Furoate)	1	
pimecrolimus topical cream 1 %	(Elidel)	2	QL (100 per 30 days)
procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(Anusol-HC)	1	
proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(Anusol-HC)	1	
proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(Anusol-HC)	1	
tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %	(Tacrolimus)	2	QL (100 per 30 days)
triamcinol ac (pf) in 0.9%nacl injection suspension 40 mg/ml		1	
triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %	(Triamcinolone Acetonide)	1	
triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %	(Triamcinolone Acetonide)	1	
triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %	(Triamcinolone Acetonide)	2	
triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	(Triamcinolone Acetonide)	1	
Agentes Dermatológicos, Otros			
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg	(Acitretin)	2	
acyclovir topical ointment 5 %	(Zovirax)	2	QL (30 per 30 days)
ammonium lactate topical cream 12 %	(Ammonium Lactate)	1	
ammonium lactate topical lotion 12 %	(Ammonium Lactate)	1	
calcipotriene scalp solution 0.005 %	(Calcipotriene)	2	QL (120 per 30 days)
calcipotriene topical cream 0.005 %	(Calcipotriene)	2	QL (120 per 30 days)
calcipotriene topical ointment 0.005 %	(Calcipotriene)	2	QL (120 per 30 days)
fluorouracil topical cream 5 %	(Carac)	2	
fluorouracil topical solution 2 %, 5 %	(Fluorouracil)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
imiquimod topical cream in packet 5 %	(Imiquimod)	2	QL (24 per 30 days)
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %		5	ST; NDS; QL (5 per 5 days)
methoxsalen oral capsule,liqd-filled,rapid rel 10 mg	(Methoxsalen)	5	NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %		5	NDS; QL (60 per 28 days)
podofilox topical solution 0.5 %	(Podofilox)	2	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM		4	QL (180 per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %		5	PA NSO; NDS
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	(Absorica)	2	
Antibacterianos Dermatológicos			
clindamycin phosphate topical solution 1 %	(Cleocin T)	1	QL (180 per 30 days)
clindamycin phosphate topical swab 1 %	(Clindacin P)	1	
clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %	(Clindamycin Phos/Benzoyl Perox)	2	
erythromycin with ethanol topical solution 2 %	(Erythromycin Base In Ethanol)	2	
gentamicin topical cream 0.1 %	(Gentamicin Sulfate)	2	QL (90 per 30 days)
gentamicin topical ointment 0.1 %	(Gentamicin Sulfate)	2	QL (120 per 30 days)
metronidazole topical cream 0.75 %	(Metronidazole)	2	
metronidazole topical gel 0.75 %	(Rosadan)	2	
metronidazole topical gel 1 %		2	
mupirocin topical ointment 2 %	(Centany)	1	QL (220 per 30 days)
rosadan topical cream 0.75 %	(Metronidazole)	2	
selenium sulfide topical lotion 2.5 %	(Selenium Sulfide)	1	
silver sulfadiazine topical cream 1 %	(Silvadene)	1	
ssd topical cream 1 %	(Silvadene)	4	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Escabicidas Y Pediculicidas			
malathion topical lotion 0.5 %	(Ovide)	2	
permethrin topical cream 5 %	(Elimite)	2	QL (60 per 30 days)
Retinoides Dermatológicos			
adapalene topical cream 0.1 %	(Differin)	2	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %		4	PA
tazarotene topical cream 0.1 %	(Tazorac)	2	
tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	(Retin-A)	2	PA
Agentes Gastrointestinales			
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos			
amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg	(Lansoprazole/Amoxicil n/Clarith)	2	
cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml	(Cimetidine HCl)	2	
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg	(Nexium)	2	
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg	(Nexium)	2	
esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg	(Nexium)	2	ST; QL (30 per 30 days)
esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg	(Nexium)	2	ST; QL (60 per 30 days)
famotidine oral tablet 20 mg	(Pepcid)	1	
famotidine oral tablet 40 mg	(Pepcid)	1	
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg	(Prevacid)	1	QL (30 per 30 days)
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg	(Prevacid)	1	QL (60 per 30 days)
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	(Cytotec)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Omeprazole)	1	
pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg	(Protonix)	1	
rabeprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg	(Aciphex)	1	
sucralfate oral tablet 1 gram	(Carafate)	1	
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		4	PA
Agentes Gastrointestinales, Otros			
carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg	(Carglumic Acid)	5	PA; NDS
constulose oral solution 10 gram/15 ml	(Lactulose)	1	
cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml	(Gastrocrom)	2	
dicyclomine oral capsule 10 mg	(Dicyclomine HCl)	1	
dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml	(Dicyclomine HCl)	2	
dicyclomine oral tablet 20 mg	(Dicyclomine HCl)	1	
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	(Lomotil)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
enulose oral solution 10 gram/15 ml	(Lactulose)	1	
generlac oral solution 10 gram/15 ml	(Lactulose)	1	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg	(Robinul)	2	
glycopyrrolate oral tablet 2 mg	(Robinul)	2	
kionex oral suspension 15 gram/60 ml	(Sodium Polystyrene Sulfonate)	2	
lactulose oral solution 10 gram/15 ml	(Lactulose)	1	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		3	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM		3	
loperamide oral capsule 2 mg	(Loperamide HCl)	1	
lubiprostone oral capsule 24 mcg	(Amitiza)	2	QL (60 per 30 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lubiprostone oral capsule 8 mcg	(Amitiza)	2	QL (120 per 30 days)
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml		1	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	(Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		3	QL (30 per 30 days)
sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram	(Sodium Polystyrene Sulfonate)	2	
sodium polystyrene sulfonate oral suspension 15 gram/60 ml	(Sodium Polystyrene Sulfonate)	2	
sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml	(Sodium Polystyrene Sulfon/Sorb)	2	
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG		3	QL (30 per 30 days)
ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg	(Reltone)	5	NDS
ursodiol oral capsule 300 mg	(Reltone)	2	
ursodiol oral tablet 250 mg	(Urso)	2	
ursodiol oral tablet 500 mg	(Urso)	2	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM		3	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG		5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
Enlaces De Fosfato			
calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg	(Calcium Acetate)	2	
calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg	(Calcium Acetate)	2	
sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram	(Renvela)	2	
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	(Renvela)	2	
sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg	(Sevelamer HCl)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Laxantes			
gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram	(Golytely)	1	
gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	(Golytely)	1	
gavilyte-n oral recon soln 420 gram	(Sodium Chloride/Nahco3/Kcl/Peg)	1	
peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	(Golytely)	1	
peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram	(Sodium Chloride/Nahco3/Kcl/Peg)	1	
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram	(Suprep)	2	
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)	(Suprep)	2	
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)	1	
finasteride oral tablet 5 mg	(Proscar)	1	
tamsulosin oral capsule 0.4 mg	(Flomax)	1	
terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	(Terazosin HCl)	1	
Antiespasmódicos, Urinario			
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	(Bethanechol Chloride)	2	
fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg	(Toviaz)	2	
flavoxate oral tablet 100 mg	(Flavoxate HCl)	2	
mirabegron oral tablet extended release 24 hr 25 mg, 50 mg	(Myrbetriq)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml	(Oxybutynin Chloride)	2	
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	(Oxybutynin Chloride)	1	
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg	(Oxybutynin Chloride)	1	
solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg	(Vesicare)	1	
tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg	(Detrol LA)	2	
tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg	(Detrol)	2	
trospium oral tablet 20 mg	(Trospium Chloride)	2	
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	(Cytomel)	2	
liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	(Cytomel)	2	
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	(Methimazole)	1	
propylthiouracil oral tablet 50 mg	(Propylthiouracil)	2	
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA; NDS
Andrógenos			
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	(Danazol)	2	
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml	(Depo-Testosterone)	1	PA
testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)	(Depo-Testosterone)	1	PA

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml	(Testosterone Enanthate)	2	PA; QL (5 per 28 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)	(Vogelxo)	2	PA; QL (300 per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)	(Vogelxo)	2	PA; QL (150 per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram)	(Testosterone)	2	PA; QL (300 per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (50 mg/5 gram)	(Testosterone)	2	PA; QL (300 per 30 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos			
abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg	(Activella)	1	
abigale oral tablet 1-0.5 mg	(Activella)	2	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)	2	
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	(Minivelle)	2	QL (8 per 28 days)
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	(Vagifem)	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	(Minivelle)	2	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)	2	QL (4 per 28 days)
estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)	(Estrace)	2	
estradiol vaginal tablet 10 mcg	(Vagifem)	2	QL (18 per 28 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg	(Activella)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg	(Activella)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
mimvey oral tablet 1-0.5 mg	(Activella)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM		3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)		3	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG		3	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
raloxifene oral tablet 60 mg	(Evista)	2	
yuvafem vaginal tablet 10 mcg	(Vagifem)	2	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides			
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml	(Dexamethasone)	1	
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg	(Dexamethasone)	1	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml	(Dexamethasone Sodium Phosphate)	1	
fludrocortisone oral tablet 0.1 mg	(Fludrocortisone Acetate)	1	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	(Cortef)	1	
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml	(Depo-Medrol)	2	
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	(Medrol)	1	
methylprednisolone oral tablet 32 mg	(Medrol)	1	
methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg	(Medrol)	1	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)	(Pediapred)	1	PA BvD
prednisolone oral solution 15 mg/5 ml	(Pediapred)	1	PA BvD
prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)	(Pediapred)	2	PA BvD
prednisone oral solution 5 mg/5 ml	(Prednisone)	2	PA BvD
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	(Prednisone)	1	PA BvD
prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)	(Prednisone)	1	
triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml	(Kenalog-40)	1	
Pituitario			
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML		5	PA; NDS; QL (35 per 28 days)
desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)	(Desmopressin (Nonrefrigerated))	2	
desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)	(Desmopressin (Nonrefrigerated))	2	
desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg	(DDAVP)	2	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML		5	PA; NDS
lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml	(Somatuline Depot)	5	PA NSO; NDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG		5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG		5	PA NSO; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG		5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG		5	PA; 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; NDS
octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml	(Octreotide Acetate)	5	NDS
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml	(Octreotide Acetate)	2	
octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml	(Octreotide Acetate)	2	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG		5	PA NSO; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG		5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG		5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG		5	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)		5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	(lanreotide)	5	PA NSO; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	(lanreotide)	5	PA NSO; NDS; QL (0.3 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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG		5	PA; 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)	2	
medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml	(Depo-Provera)	1	
medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml	(Depo-Provera)	1	
medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Provera)	1	
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)	(Megestrol Acetate)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	(Norethindrone Acetate)	2	
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	(Prometrium)	2	
Agentes Inmunológicos			
Agentes Inmunológicos			
adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml	(Yuflyma(Cf) Autoinjector)	5	PA; NDS
adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 80 mg/0.8 ml	(Yuflyma(Cf) Autoinjector)	5	PA; NDS
adalimumab-aaty subcutaneous syringe kit 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml	(Adalimumab-Aaty)	5	PA; NDS
adalimumab-aaty(cf) ai crohns subcutaneous auto-injector, kit 80 mg/0.8 ml	(Yuflyma(Cf) Autoinjector)	5	PA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG		5	PA; NDS

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	(Neoral)	2	PA BvD
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	(Sandimmune)	2	PA BvD
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	(adalimumab-adbm)	5	PA; NDS
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	(adalimumab-adbm)	5	PA; NDS
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	(adalimumab-adbm)	5	PA; NDS
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	(adalimumab-adbm)	5	PA; NDS
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML		5	PA; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML		5	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)		5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML		5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)		5	PA; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)		5	PA; NDS

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg (Zortress)	2	PA BvD
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg (Zortress)	5	PA BvD; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	5	PA BvD; NDS
gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg (Neoral)	2	PA BvD
gengraf oral solution 100 mg/ml (Neoral)	2	PA BvD
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HADLIMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	5	PA; NDS
HADLIMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	5	PA; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; 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; NDS; Only NDCs starting with 00074

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML		5	PA; 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; NDS; Only NDCs starting with 00074
infliximab intravenous recon soln 100 mg	(Remicade)	5	PA; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML		5	PA; NDS
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	(Arava)	2	
mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg	(Cellcept)	2	PA BvD
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	(Cellcept)	2	PA BvD
mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml	(Cellcept)	5	PA BvD; NDS
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	(Cellcept)	2	PA BvD
mycophenolate sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg	(Myfortic)	2	PA BvD
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML, 50 MG/ML		5	PA NSO; NDS
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG		5	PA BvD; NDS
OMLYCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML		5	PA; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG		5	PA; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML		5	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	5	PA; NDS
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; NDS
OTEZLA XR INITIATION ORAL TABLET AND TABLET ER DOSE PACK 10-20-30-75 MG	5	PA; NDS
OTEZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 75 MG	5	PA; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML (tacrolimus)	4	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA BvD
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	4	ST
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NDS; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NDS
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	3	PA

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	(ustekinumab-aekn)	3	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	(ustekinumab-aekn)	5	PA; NDS
sirolimus oral solution 1 mg/ml	(Rapamune)	2	PA BvD
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	(Rapamune)	2	PA BvD
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML		5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML		5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 55 MG/0.37 ML		5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)		5	PA; NDS
tacrolimus intravenous solution 5 mg/ml	(Tacrolimus)	2	PA BvD
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	(Prograf)	2	PA BvD
tacrolimus oral capsule,extended release 24hr 0.5 mg, 1 mg	(Astagraf XL)	2	PA BvD
tacrolimus oral capsule,extended release 24hr 5 mg	(Astagraf XL)	5	PA BvD; NDS
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG		5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
tofacitinib oral solution 1 mg/ml	(Xeljanz)	5	PA; NDS
tofacitinib oral tablet 10 mg, 5 mg	(Xeljanz)	5	PA; NDS
tofacitinib oral tablet extended release 24 hr 11 mg, 22 mg	(Xeljanz XR)	5	PA; NDS
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)		5	PA; NDS

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NDS
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	5	PA; NDS
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	5	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	5	PA; NDS
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5	PA; 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; NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NDS
ustekinumab-aauz subcutaneous syringe 45 mg/0.5 ml, 90 mg/ml (Ustekinumab-Aauz)	3	PA
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; 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; NDS
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	5	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	5	PA; NDS
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab-aaty)	5	PA; 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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Oftálmicos			
Agentes Antiglaucoma			
acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg	(Acetazolamide)	2	
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	(Acetazolamide)	2	
acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg	(Acetazolamide Sodium)	1	
betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Betaxolol HCl)	2	
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %	(Alphagan P)	2	
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	(Alphagan P)	2	
brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %	(Combigan)	2	
brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	(Azopt)	2	
carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %	(Carteolol HCl)	1	
dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %	(Dorzolamide HCl)	1	
dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml	(Cosopt)	1	
latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %	(Xalatan)	1	QL (2.5 per 25 days)
levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Levobunolol HCl)	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	(bimatoprost)	3	QL (2.5 per 25 days)
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg	(Methazolamide)	2	
pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %	(Vuity)	2	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %		3	QL (2.5 per 25 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 %	(Timolol Maleate)	1	
timolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Betimol)	1	
travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %	(Travatan Z)	2	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 %	(Acetic Acid)	1	
bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram	(Bacitracin)	2	
bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	(Bacitracin/Polymyxin B Sulfate)	1	
ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %	(Ciprofloxacin HCl)	1	
ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %	(Ciprofloxacin HCl/Dexameth)	2	QL (7.5 per 7 days)
erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)	(Erythromycin Base)	1	QL (3.5 per 4 days)
gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	(Gentamicin Sulfate)	1	
hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %	(Hydrocortisone/Acetic Acid)	2	
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Vigamox)	2	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %		4	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	(Neomycin/Bacit/P-Myx/Hydrocort)	2	
neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	(Neomycin/Bacitracin/Polymyxinb)	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %	(Maxitrol)	1	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %	(Maxitrol)	1	
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml	(Neomycin/Polymyxn B/Gramicidin)	2	
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	(Neomycin/Polymyxin B/Hydrocort)	2	
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	(Neomycin/Polymyxin B/Hydrocort)	2	
neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	(Neomycin/Bacit/P-Myx/Hydrocort)	2	
neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	(Neomycin/Bacitracin/Polymyxinb)	2	
ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	(Ocuflox)	1	
ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %	(Ocuflox)	2	
polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	(Bacitracin/Polymyxin B Sulfate)	1	
polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml	(Polymyxin B Sulf/Trimethoprim)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2026 Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %	(Sulfacetamide Sodium)	2	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %	(Sulfacetamide Sodium)	2	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)	(Sulfacetamide/Prednisolone Sp)	1	
tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	(Tobramycin)	1	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %	(Tobramycin/Dexamethasone)	2	
tobramycin-lotepred ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.5 %	(Zylet)	2	
trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %	(Trifluridine)	2	
XDEMVY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %		5	PA; 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)	2	
cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %	(Restasis)	2	QL (60 per 30 days)
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %	(Dexamethasone Sodium Phosphate)	2	
diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %	(Diclofenac Sodium)	1	
difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %	(Durezol)	2	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %		3	QL (8.3 per 14 days)
flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)	(Flunisolide)	2	QL (50 per 25 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %	(Dermotic)	2	
fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %	(FML)	2	
flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %	(Flurbiprofen Sodium)	2	
fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation	(Fluticasone Propionate)	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)	1	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)	2	QL (10 per 14 days)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %	(Alrex)	2	ST
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %	(Alrex)	2	QL (15 per 19 days)
mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation	(Mometasone Furoate)	2	QL (34 per 30 days)
prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	(Pred Forte)	4	
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %		3	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios			
atropine ophthalmic (eye) drops 1 %		2	
azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)	(Azelastine HCl)	1	QL (60 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2026 Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)	(Azelastine HCl)	1	QL (30 per 25 days)
azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %	(Azelastine HCl)	1	
cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %	(Cromolyn Sodium)	1	
epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %	(Epinastine HCl)	2	
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)	(Ipratropium Bromide)	2	QL (30 per 28 days)
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)	(Ipratropium Bromide)	2	QL (15 per 10 days)
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 %		3	QL (12 per 28 days)
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %	(Olopatadine HCl)	1	
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	(Olopatadine HCl)	1	
Agentes Terapeuticos Misceláneos			
Agentes Terapeuticos Misceláneos			
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML		5	PA; NDS
BAQSIMI NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION		3	
betaine oral powder 1 gram/scoop	(Cystadane)	5	PA; NDS
buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	(Buspirone HCl)	1	
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	(Proglycem)	5	NDS
glucagon emergency kit (human) injection recon soln 1 mg	(Glucagen)	3	
glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram	(Glutamine)	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	(Vistaril)	1	
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg	(Leucovorin Calcium)	2	
mesna oral tablet 400 mg	(Mesnex)	5	NDS
nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)	(Rectiv)	2	QL (30 per 30 days)
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	(Mestinon)	2	
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG		5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		3	QL (30 per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG		4	PA; QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE 1 X 10EXP6 TO 3 X 10EXP7 CELL		5	PA; NDS; QL (12 per 30 days)
Agentes Vasodilatadores			
Agentes Vasodilatadores			
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
alyq oral tablet 20 mg	(Cialis)	2	PA; QL (60 per 30 days)
bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg	(Tracleer)	5	PA; LA; 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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
macitentan oral tablet 10 mg	(Opsumit)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg	(Viagra)	2	PA; QL (360 per 30 days)
sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Viagra)	2	EX; CB (6 EA per 30 days)
tadalafil oral tablet 2.5 mg	(Cialis)	2	PA; QL (30 per 30 days)
tadalafil oral tablet 5 mg	(Cialis)	2	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; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 100 MCG		5	PA; NDS; QL (480 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 150 MCG		5	PA; NDS; QL (300 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG		5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)		5	PA; NDS
YUTREPIA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 106 MCG, 26.5 MCG, 53 MCG, 79.5 MCG		5	PA; NDS
Analgésicos			
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos			
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg	(Celebrex)	1	QL (60 per 30 days)
diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %	(Flector)	4	PA; QL (60 per 30 days)
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	(Diclofenac Potassium)	2	QL (120 per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg	(Diclofenac Sodium)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 25 mg	(Diclofenac Sodium)	1	
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 50 mg	(Diclofenac Sodium)	1	QL (120 per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 75 mg	(Diclofenac Sodium)	1	QL (60 per 30 days)
diclofenac sodium topical drops 1.5 %	(Diclofenac Sodium)	2	QL (300 per 30 days)
diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)	(Diclofenac Sodium)	5	PA; NDS; QL (224 per 28 days)
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg	(Arthrotec 50)	2	
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 75-200 mg-mcg	(Arthrotec 50)	2	
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg	(Etodolac)	2	
etodolac oral tablet 400 mg	(Lodine)	2	
etodolac oral tablet 500 mg	(Lodine)	2	
flurbiprofen oral tablet 100 mg	(Flurbiprofen)	1	
ibu oral tablet 400 mg	(Ibuprofen)	1	QL (240 per 30 days)
ibu oral tablet 600 mg, 800 mg	(Ibuprofen)	1	
ibuprofen oral tablet 400 mg	(Ibuprofen)	1	QL (240 per 30 days)
ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg	(Ibuprofen)	1	
indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg	(Indomethacin)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
ketorolac oral tablet 10 mg	(Ketorolac Tromethamine)	1	PA-HRM; QL (20 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg	(Meloxicam)	1	
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg	(Nabumetone)	1	
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg	(Naproxen)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
naproxen oral tablet 500 mg	(Naproxen)	1	
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg	(Naproxen)	1	
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg	(Sulindac)	1	
Analgésicos, Varios			
acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5 ml cup inner 300 mg-30 mg /12.5 ml	(Acetaminophen with Codeine)	1	NDS; QL (4500 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml	(Acetaminophen with Codeine)	1	NDS; QL (4500 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg	(Acetaminophen with Codeine)	1	NDS; QL (360 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	(Acetaminophen with Codeine)	1	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)	2	NDS; QL (4 per 28 days)
butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg	(Fioricet with Codeine)	2	PA-HRM; NDS; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg	(Esgic)	2	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg	(Esgic)	2	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg	(Esgic)	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
endocet oral tablet 10-325 mg	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	NDS; QL (360 per 30 days)
endocet oral tablet 7.5-325 mg	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	NDS; QL (240 per 30 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	(Fentanyl Citrate)	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg	(Fentanyl Citrate)	2	PA; 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	(Fentanyl)	2	NDS; QL (10 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml	(Hydrocodone/Acetaminophen)	2	NDS; QL (2700 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg	(Hydrocodone/Acetaminophen)	1	NDS; QL (180 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	(Hydrocodone/Acetaminophen)	1	NDS; QL (240 per 30 days)
hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Dilaudid)	1	NDS; QL (180 per 30 days)
methadone oral tablet 10 mg	(Diskets)	1	NDS; QL (120 per 30 days)
methadone oral tablet 5 mg	(Diskets)	1	NDS; QL (180 per 30 days)
morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)	(Morphine Sulfate)	1	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
morphine oral solution 10 mg/5 ml (2 mg/ml)	(Morphine Sulfate)	1	NDS; QL (700 per 30 days)
morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	(Morphine Sulfate)	1	NDS; QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG		4	NDS; QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG		4	NDS; QL (120 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg	(MS Contin)	2	NDS; QL (60 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg	(MS Contin)	2	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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2026 Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
morphine oral tablet extended release 60 mg	(MS Contin)	2	NDS; QL (60 per 30 days)
oxycodone oral capsule 5 mg	(Oxycodone HCl)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg	(Roxicodone)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg	(Roxicodone)	2	NDS; QL (120 per 30 days)
oxycodone oral tablet 20 mg	(Roxicodone)	2	NDS; QL (120 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	NDS; QL (360 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	NDS; QL (240 per 30 days)
tramadol oral tablet 50 mg	(Tramadol HCl)	1	NDS; QL (240 per 30 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	(Tramadol HCl/Acetaminophen)	1	NDS; QL (300 per 30 days)
Anestésicos			
Anestesia Local			
dermacinrx lidocan 5% patch outer	(Lidoderm)	2	PA; QL (90 per 30 days)
glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %	(Lidocaine HCl)	1	QL (30 per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %	(Lidocaine HCl)	1	QL (30 per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %	(Lidocaine HCl)	1	
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	(Lidoderm)	2	PA; QL (90 per 30 days)
lidocaine topical ointment 5 %	(Lidocaine)	2	PA; QL (240 per 30 days)
lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %	(Lidocaine/Prilocaine)	1	PA; QL (30 per 30 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %	(Lidoderm)	2	PA; QL (90 per 30 days)
tridacaine iii topical adhesive patch,medicated 5 %	(Lidoderm)	2	PA; QL (90 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %		3	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados			
Antagonistas De Metales Pesados			
deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg	(Jadenu Sprinkle)	5	PA; NDS
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg	(Jadenu)	2	PA
penicillamine oral tablet 250 mg	(Depen)	5	PA; NDS
trientine oral capsule 250 mg	(Syprine)	5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)			
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)			
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	(Cleocin)	2	
metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)	(Vandazole)	2	
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %	(Terconazole)	2	
terconazole vaginal suppository 80 mg	(Terconazole)	2	
Antibacterianos			
Aminoglicósidos			
amikacin injection solution 500 mg/2 ml	(Amikacin Sulfate)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML		5	PA; NDS; QL (235.2 per 28 days)
gentamicin injection solution 40 mg/ml	(Gentamicin Sulfate)	1	
gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml	(Gentamicin Sulfate/PF)	2	
neomycin oral tablet 500 mg	(Neomycin Sulfate)	2	
streptomycin intramuscular recon soln 1 gram	(Streptomycin Sulfate)	5	NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG		5	NDS; QL (224 per 28 days)
tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml	(Tobi)	5	PA BvD; NDS
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml	(Tobramycin Sulfate)	2	
Antibacteriales, Misceláneos			
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	(Cleocin HCl)	1	
clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml)	(Cleocin Phosphate)	2	
clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml	(Cleocin Phosphate)	2	
colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg	(Coly-Mycin M Parenteral)	5	NDS
daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg	(Cubicin Rf)	5	NDS
fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram	(Monurol)	2	
linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml	(Zyvox)	2	
linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	(Zyvox)	5	NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
linezolid oral tablet 600 mg	(Zyvox)	2	
methenamine hippurate oral tablet 1 gram	(Hiprex)	2	
metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml	(Metronidazole/Sodium Chloride)	1	
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	(Metronidazole)	1	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg	(Macrodantin/Macrobid)	1	QL (120 per 30 days)
nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg	(Macrobid)	1	QL (60 per 30 days)
trimethoprim oral tablet 100 mg	(Trimethoprim)	1	
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 1.25 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg	(Vancomycin HCl)	2	
vancomycin intravenous recon soln 750 mg		2	
vancomycin oral capsule 125 mg	(Vancocin HCl)	2	QL (56 per 14 days)
vancomycin oral capsule 250 mg	(Vancocin HCl)	2	QL (112 per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		3	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG		5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos			
aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram	(Azactam)	2	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML		5	PA; LA; NDS
ertapenem injection recon soln 1 gram	(Ertapenem Sodium)	2	
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg	(Primaxin)	2	
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg	(Primaxin)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg	(Meropenem)	2	
meropenem intravenous recon soln 2 gram	(Meropenem)	4	
Cefalosporinas			
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg	(Cefaclor)	2	
cefadroxil oral capsule 500 mg	(Cefadroxil)	1	
cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml	(Cefadroxil)	2	
cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg	(Cefazolin Sodium)	2	
cefazolin intravenous recon soln 10 gram	(Cefazolin Sodium)	2	
cefdinir oral capsule 300 mg	(Cefdinir)	1	
cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	(Cefdinir)	2	
cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram	(Cefepime HCl)	2	
cefixime oral capsule 400 mg	(Suprax)	2	
cefixime oral tablet 400 mg	(Cefixime)	2	
cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	(Cefoxitin Sodium)	2	
cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg	(Cefpodoxime Proxetil)	2	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	(Cefprozil)	2	
ceftaroline fosamil intravenous recon soln 400 mg, 600 mg	(Teflaro)	5	NDS
ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram	(Ceftazidime)	2	
ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg	(Ceftriaxone Sodium)	2	

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	(Ery-Tab)	2	
fidaxomicin oral tablet 200 mg	(Dificid)	5	NDS; QL (20 per 10 days)
Penicilinas			
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg	(Amoxicillin)	1	
amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml	(Amoxicillin)	1	
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg	(Amoxicillin)	1	
amoxicillin oral tablet,chewable 125 mg, 250 mg	(Amoxicillin)	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml	(Augmentin)	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml	(Augmentin)	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml	(Augmentin)	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg	(Augmentin)	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg	(Augmentin)	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet,chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg	(Amoxicillin/Potassium Clav)	2	
ampicillin oral capsule 500 mg	(Ampicillin Trihydrate)	1	
ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg	(Ampicillin Sodium)	2	
ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram	(Unasyn)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	(Dicloxacillin Sodium)	2	
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	(Nafcillin Sodium)	2	
penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit	(Penicillin G Potassium)	2	
penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	(Penicillin V Potassium)	1	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	(Penicillin V Potassium)	1	
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 4.5 gram, 40.5 gram	(Piperacillin Sodium/Tazobactam)	2	
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 3.375 gram		2	
Quinolonas			
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg	(Cipro)	1	
ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg	(Cipro)	1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	(Ciprofloxacin In 5 % Dextrose)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml	(Levofloxacin In Dextrose 5 %)	2	
levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml	(Levofloxacin)	2	
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	(Levofloxacin)	1	
moxifloxacin 400 mg/250 ml bag suv, p/f, inner	(Moxifloxacin/Sod.Ace, Sul/Water)	2	
moxifloxacin oral tablet 400 mg	(Moxifloxacin HCl)	2	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml	(Moxifloxacin/Sod.Ace, Sul/Water)	2	
Sulfonamidas			
sulfadiazine oral tablet 500 mg	(Sulfadiazine)	2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml	(Sulfamethoxazole/Trimethoprim)	2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg	(Bactrim)	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg	(Bactrim)	1	
Tetraciclinas			
demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg	(Demeclocycline HCl)	2	
doxy-100 intravenous recon soln 100 mg	(Doxycycline Hyclate)	2	
doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg	(Doxycycline Hyclate)	2	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg	(Morgidox)	1	
doxycycline hyclate oral capsule 50 mg	(Morgidox)	1	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg	(Doryx)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg	(Doxycycline Monohydrate)	1	
doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg	(Doxycycline Monohydrate)	1	
doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml	(Doxycycline Monohydrate)	2	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg	(Avidoxy)	2	
doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg	(Avidoxy)	2	
minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	(Minocycline HCl)	1	
tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg	(Tetracycline HCl)	2	
tigecycline intravenous recon soln 50 mg	(Tygacil)	2	
Anticonceptivos			
Anticonceptivos			
afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ortho-Novum)	1	
alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	(Ortho-Novum)	1	
amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
apri oral tablet 0.15-0.03 mg	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(Loestrin)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(Loestrin)	1	
aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Loestrin Fe)	1	
aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Desog-E.Estradiol/E.Estradiol)	2	
blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Loestrin Fe)	1	
blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
camila oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	1	
chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(Norgestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ortho-Novum)	1	
dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	(Ortho-Novum)	1	
deblitane oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	1	
desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Desog-E.Estradiol/E.Estradiol)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2026 Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	2	
elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(Norgestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(Nuvaring)	2	QL (1 per 28 days)
emzahh oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	1	
enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(Nuvaring)	2	QL (1 per 28 days)
enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
errin oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	1	
estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ethynodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg	(Ethynodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(Nuvaring)	2	QL (1 per 28 days)
falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
feirza oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Loestrin Fe)	1	
hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(Nuvaring)	2	QL (1 per 28 days)
heather oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	1	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	QL (91 per 84 days)
incassia oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	1	
introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	QL (91 per 84 days)
isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
jencycla oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	1	
jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	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	(Loestrin)	1	
junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(Loestrin)	1	
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Loestrin Fe)	1	
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Desog-E.Estradiol/E.Estradiol)	1	
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ethynodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg	(Ethynodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG		4	
larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(Loestrin)	1	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(Loestrin)	1	
larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Loestrin Fe)	1	
larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
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	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	QL (91 per 84 days)
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG		3	
low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(Norgestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
luizza oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	(Loestrin)	1	
lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lyleq oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	1	
lyza oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	1	
marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
meleya oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	1	
microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(Loestrin)	2	
microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(Loestrin)	1	
microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
mili oral tablet 0.25-0.035 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	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	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG		3	
norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(Norelgestromin/Ethin.Estradiol)	2	QL (3 per 28 days)
norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(Loestrin Fe)	1	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)	(Ortho-Novum)	1	
nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ortho-Novum)	1	
nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	(Ortho-Novum)	1	
nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ortho-Novum)	1	
nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	(Ortho-Novum)	1	
orquidea oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	2	
pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Desog-E.Estradiol/E.Estradiol)	2	
portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	QL (91 per 84 days)
sharobel oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	1	
simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Desog-E.Estradiol/E.Estradiol)	2	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG		4	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Loestrin Fe)	1	
tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(Loestrin Fe)	1	
tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(Loestrin Fe)	1	
tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(Norgestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
tyblume oral tablet,chewable 0.1 mg-20 mcg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	4	
valtya oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg	(Ethynodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Desog-E.Estradiol/E.Estradiol)	2	
volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Desog-E.Estradiol/E.Estradiol)	1	
vylibra oral tablet 0.25-0.035 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(Loestrin Fe)	1	
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(Norelgestromin/Ethin.Estradiol)	2	QL (3 per 28 days)
zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(Norelgestromin/Ethin.Estradiol)	2	QL (3 per 28 days)
zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ethynodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
Anticonvulsivos			
Anticonvulsivos			
brivaracetam intravenous solution 50 mg/5 ml	(Briviact)	5	NDS; QL (80 per 30 days)
brivaracetam oral solution 10 mg/ml	(Briviact)	2	QL (600 per 30 days)
brivaracetam oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Briviact)	5	NDS; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	(brivaracetam)	5	NDS; QL (80 per 30 days)
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg	(Equetro)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml	(Tegretol)	2	
carbamazepine oral tablet 200 mg	(Tegretol)	2	
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg	(Tegretol XR)	2	
carbamazepine oral tablet,chewable 100 mg, 200 mg	(Carbamazepine)	2	
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	(Onfi)	2	QL (480 per 30 days)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	(Onfi)	2	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG		5	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG		5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG		5	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG		5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 5-7.5-10 mg	(Diastat)	2	
diazepam rectal kit 2.5 mg	(Diastat)	4	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG		4	
divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg	(Depakote Sprinkle)	2	
divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg	(Depakote ER)	2	
divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg	(Depakote)	2	
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,000 MG		5	ST; NDS; QL (90 per 30 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,500 MG		5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA NSO; NDS
epitol oral tablet 200 mg	(Tegretol)	2	
eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg	(Aptiom)	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg	(Aptiom)	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
ethosuximide oral capsule 250 mg	(Zarontin)	2	
ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml	(Zarontin)	2	
felbamate oral suspension 600 mg/5 ml	(Felbatol)	2	
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	(Felbatol)	2	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML		5	PA NSO; NDS
fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml	(Cerebyx)	2	
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)	2	QL (2160 per 30 days)
gabapentin oral tablet 600 mg	(Neurontin)	1	QL (180 per 30 days)
gabapentin oral tablet 800 mg	(Neurontin)	1	QL (120 per 30 days)
lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml	(Vimpat)	2	QL (200 per 5 days)
lacosamide oral solution 10 mg/ml	(Vimpat)	2	QL (1200 per 30 days)
lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	(Vimpat)	2	QL (60 per 30 days)
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	(Lamictal)	1	
lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg	(Lamictal)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Lamictal Odt)	2	
levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml	(Keppra)	2	
levetiracetam oral solution 100 mg/ml	(Keppra)	2	
levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	(Keppra)	2	
levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg	(Keppra XR)	2	
levetiracetam oral tablet for suspension 250 mg	(Levetiracetam)	2	ST
levetiracetam oral tablet for suspension 500 mg	(Levetiracetam)	4	ST
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG		4	QL (10 per 30 days)
methsuximide oral capsule 300 mg	(Celontin)	2	
NAYZILAM NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)		4	QL (10 per 30 days)
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)	(Trileptal)	2	
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	(Trileptal)	2	
perampanel oral suspension 0.5 mg/ml	(Fycompa)	5	ST; NDS; QL (720 per 30 days)
perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg	(Fycompa)	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
perampanel oral tablet 2 mg	(Fycompa)	2	ST; QL (30 per 30 days)
perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg	(Fycompa)	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	(Phenobarbital)	2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg	(Phenobarbital)	2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
phenytek oral capsule 200 mg, 300 mg	(Dilantin)	2	
phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml	(Dilantin-125)	1	
phenytoin oral tablet,chewable 50 mg	(Dilantin)	1	
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg	(Dilantin)	2	
phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg	(Dilantin)	2	
phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml	(Phenytoin Sodium)	1	
phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml	(Phenytoin Sodium)	1	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Lyrica)	2	QL (90 per 30 days)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	(Lyrica)	2	QL (60 per 30 days)
pregabalin oral solution 20 mg/ml	(Lyrica)	2	QL (900 per 30 days)
primidone oral tablet 125 mg	(Mysoline)	2	
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	(Mysoline)	1	
rufinamide oral suspension 40 mg/ml	(Banzel)	5	ST; NDS
rufinamide oral tablet 200 mg	(Banzel)	2	ST
rufinamide oral tablet 400 mg	(Banzel)	5	ST; NDS
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG		5	PA BvD; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 750 MG		4	ST
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG	(levetiracetam)	4	ST
SUBVENITE ORAL SUSPENSION 10 MG/ML		4	PA NSO

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	(Lamictal)	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg	(Tiagabine HCl)	2	
topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg	(Topamax)	2	
topiramate oral capsule, sprinkle 50 mg	(Topamax)	2	
topiramate oral solution 25 mg/ml	(Eprontia)	2	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)	(Valproic Acid (As Sodium Salt))	2	
valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml	(Valproic Acid (As Sodium Salt))	2	
valproic acid oral capsule 250 mg	(Valproic Acid)	2	
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	NDS; QL (10 per 30 days)
vigabatrin oral powder in packet 500 mg	(Sabril)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
vigabatrin oral tablet 500 mg	(Sabril)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
vigadrone oral powder in packet 500 mg	(Sabril)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
vigadrone oral tablet 500 mg	(Sabril)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
vigpoder oral powder in packet 500 mg	(Sabril)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)		5	NDS; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		5	NDS; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		5	NDS; QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)		4	
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)		5	NDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML		4	
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg	(Zonegran)	1	
zonisamide oral capsule 50 mg	(Zonegran)	1	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	PA NSO; NDS; QL (1080 per 30 days)
Antidepresivos			
Antidepresivos			
amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Amitriptyline HCl)	1	
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg	(Amoxapine)	2	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG		5	NDS
AUVELITY ORAL TABLET,IR ER BIPHASIC,DOSEPACK 30 MG-105 MG /45 MG-105 MG		5	NDS
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg	(Bupropion HCl)	1	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg	(Forfivo XL)	1	
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg	(Wellbutrin SR)	1	
citalopram oral solution 10 mg/5 ml	(Citalopram Hydrobromide)	2	
citalopram oral tablet 10 mg	(Celexa)	1	QL (120 per 30 days)
citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg	(Celexa)	1	QL (30 per 30 days)
clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Anafranil)	2	
desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Norpramin)	2	
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Pristiq)	2	QL (30 per 30 days)
doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Doxepin HCl)	2	
doxepin oral concentrate 10 mg/ml	(Doxepin HCl)	1	
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	(Cymbalta)	1	QL (120 per 30 days)
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg	(Cymbalta)	1	QL (90 per 30 days)
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 60 mg	(Cymbalta)	1	QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR		5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml	(Escitalopram Oxalate)	2	

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml	(Paroxetine HCl)	2	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, 37.5 mg	(Paxil CR)	2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 25 mg	(Paxil CR)	2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg	(Perphenazine/Amitriptyline HCl)	2	
phenelzine oral tablet 15 mg	(Nardil)	2	
protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg	(Protriptyline HCl)	2	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	PA NSO; NDS; QL (1200 per 30 days)
sertraline oral concentrate 20 mg/ml	(Zoloft)	2	
sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Zoloft)	1	
SPRAVATO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)		5	PA NSO; NDS
tranylcypromine oral tablet 10 mg	(Parnate)	2	
trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg	(Trazodone HCl)	1	
trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Trimipramine Maleate)	2	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		3	QL (30 per 30 days)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg	(Effexor XR)	1	QL (30 per 30 days)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg	(Effexor XR)	1	QL (90 per 30 days)
venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	(Venlafaxine HCl)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Viibryd)	2	QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG		5	PA NSO; NDS; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG		5	PA NSO; NDS; QL (14 per 14 days)
Antifúngicos			
Antifúngicos			
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML		4	PA BvD
amphotericin b injection recon soln 50 mg	(Amphotericin B)	2	PA BvD
amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg	(Ambisome)	5	PA BvD; NDS
ciclopirox topical cream 0.77 %	(Loprox)	1	QL (180 per 30 days)
ciclopirox topical solution 8 %	(Ciclodan)	1	QL (19.8 per 30 days)
ciclopirox topical suspension 0.77 %	(Loprox)	2	QL (180 per 30 days)
clotrimazole mucous membrane troche 10 mg	(Clotrimazole)	2	
clotrimazole topical cream 1 %	(Clotrimazole)	1	
clotrimazole topical solution 1 %	(Clotrimazole)	2	
clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %	(Clotrimazole/Betamethasone Dip)	1	QL (90 per 30 days)
CRESEMBA INTRAVENOUS RECON SOLN 372 MG		5	NDS
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG		5	PA; NDS
econazole nitrate topical cream 1 %	(Econazole Nitrate)	2	QL (170 per 30 days)
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	(Fluconazole In Nacl,Iso-Osm)	2	
fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml	(Diflucan)	2	
fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml	(Diflucan)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2026 Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	(Diflucan)	1	
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	(Ancobon)	5	NDS
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml	(Griseofulvin, Microsize)	2	
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg	(Griseofulvin, Microsize)	2	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 165 mg, 250 mg	(Griseofulvin Ultramicrosize)	2	
itraconazole oral capsule 100 mg	(Sporanox)	2	
ketoconazole oral tablet 200 mg	(Ketoconazole)	1	
ketoconazole topical cream 2 %	(Ketoconazole)	2	QL (180 per 30 days)
ketoconazole topical shampoo 2 %	(Ketoconazole)	1	QL (360 per 30 days)
micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg	(Mycamine)	2	
miconazole-3 vaginal suppository 200 mg	(Miconazole Nitrate)	2	
nyamyc topical powder 100,000 unit/gram	(Nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
nystatin oral suspension 100,000 unit/ml	(Nystatin)	1	
nystatin oral tablet 500,000 unit	(Nystatin)	2	
nystatin topical cream 100,000 unit/gram	(Nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
nystatin topical ointment 100,000 unit/gram	(Nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
nystatin topical powder 100,000 unit/gram	(Nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%	(Nystatin/Triamcinolone Acet)	2	
nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%	(Nystatin/Triamcinolone Acet)	1	
nystop topical powder 100,000 unit/gram	(Nystatin)	1	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
posaconazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 100 mg	(Noxafil)	5	PA; NDS
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	(Terbinafine HCl)	1	
voriconazole intravenous recon soln 200 mg	(Vfend IV)	5	PA BvD; NDS
voriconazole intravenous solution 10 mg/ml	(Vfend IV)	5	PA BvD; NDS
voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)	(Vfend)	5	PA; NDS
voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg	(Vfend)	2	
Antihistamínicos			
Antihistamínicos			
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	(Hydroxyzine HCl)	1	
levocetirizine oral tablet 5 mg	(Levocetirizine Dihydrochloride)	1	
Antimicobacteriales			
Antimicobacteriales			
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg	(Dapsone)	2	
ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg	(Myambutol)	2	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg	(Isoniazid)	1	
pyrazinamide oral tablet 500 mg	(Pyrazinamide)	2	
rifabutin oral capsule 150 mg	(Mycobutin)	2	
rifampin intravenous recon soln 600 mg	(Rifadin)	2	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	(Rifampin)	2	
rifapentine oral tablet 150 mg	(Priftin)	2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG		5	PA; NDS

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	2	
abacavir oral tablet 300 mg	(Ziagen)	2	
abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg	(Epzicom)	2	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		5	NDS
atazanavir oral capsule 150 mg	(Reyataz)	2	
atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg	(Reyataz)	2	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG		5	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	NDS
cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)	(Cabotegravir)	5	NDS; QL (24 per 365 days)
cabotegravir intramuscular suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)	(Cabotegravir)	5	NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		5	NDS
darunavir oral tablet 600 mg	(Prezista)	2	
darunavir oral tablet 800 mg	(Prezista)	5	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		5	NDS

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG		5	NDS
didanosine oral capsule,delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg	(Didanosine)	2	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG		5	NDS
EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 MG		5	NDS
efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg	(Efavirenz)	2	
efavirenz oral tablet 600 mg	(Efavirenz)	2	
efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg	(Atripla)	2	
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg	(Symfi)	5	NDS
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 600-300-300 mg	(Symfi)	5	NDS
emtricitabine oral capsule 200 mg	(Emtriva)	2	
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 167-250 mg, 200-300 mg	(Truvada)	2	
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 133-200 mg	(Truvada)	5	NDS
emtricita-rilpivirine-tenof df oral tablet 200-25-300 mg	(Complera)	5	NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		4	
etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg	(Intelence)	5	NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	NDS
fosamprenavir oral tablet 700 mg	(Lexiva)	5	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG		5	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		5	NDS

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NDS
stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg (Stavudine)	2	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK), 300 MG (5-TABLET PACK)	5	NDS
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	5	PA BvD; NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NDS
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg (Viread)	2	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	5	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	4	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	5	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	5	NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	5	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5	NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	NDS
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG		4	
zidovudine oral capsule 100 mg	(Retrovir)	2	
zidovudine oral syrup 10 mg/ml	(Retrovir)	2	
zidovudine oral tablet 300 mg	(Zidovudine)	2	
Antivirales Hcv			
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG		5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG		5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG		5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG	(sofosbuvir-velpatasvir)	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG		5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG		5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG		5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG	(ledipasvir-sofosbuvir)	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG		5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios			
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG		5	PA; NDS
oseltamivir oral capsule 30 mg	(Tamiflu)	2	QL (84 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg	(Tamiflu)	2	QL (48 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 75 mg	(Tamiflu)	2	QL (42 per 180 days)
oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml	(Tamiflu)	2	QL (540 per 180 days)

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
valganciclovir oral tablet 450 mg	(Valcyte)	2	
Cofactores Enzimáticos/Otros			
Cofactores Enzimáticos/Otros			
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG		5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
Dispositivos			
Dispositivos			
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AUTOKEEPER SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
AUTOKEEPER SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
BD INS SYR UF 0.3 ML 12.7MMX30G 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	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)	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G HRI 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G HRI 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"		1	PA; ST

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY,MEDIUM	(alcohol swabs)	1	PA; ST
CURITY GAUZE PADS 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "		1	PA; ST
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "		1	PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "		1	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 29G 12.7MM(1/2) OUTER 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 30G 12.7MM(1/2) OUTER 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS 0.3 ML 30G 8MM(1/2) OUTER 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 6MM(1/2) OUTER 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 8MM(1/2) OUTER 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 29G 12.7MM OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30G 12.7MM OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 30G 8MM OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 6MM OUTER 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 8MM OUTER 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 29G 12.7MM OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 8MM OUTER 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 6MM OUTER 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"		2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 10MM 29 GAUGE X 3/8"		2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2026 Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	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"		1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"		1	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH AUTORET 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.3 ML 30G 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 1 ML 27G 1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML	(insulin syringe needleless)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML	(insulin syringe needleless)	1	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)	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 8MM 33 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
EASYLIFE INS SYR 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASYLIFE INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASYLIFE INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASYLIFE SAFTY PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
EASYLIFE SAFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
EASYLIFE SYR 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EXEL U100 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EXEL U100 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
FT STERILE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"		2	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)	2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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"		1	PA; ST
INSULIN 1/2 ML SYRINGE 1/2 ML 29	(Ultilet Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN 1/2 ML SYRINGE 1/2 ML 30 GAUGE		1	PA; ST
INSULIN 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 30	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	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))	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (RX) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(Easy Touch Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Sure Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Easy Touch Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(BD Eclipse Luer-Lok)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Easy Touch Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE,THIN II (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE	(Ultilet Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(Monoject Syringe)	1	PA; ST
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 6MM (RX) 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
IV ANTISEPTIC WIPES	(alcohol swabs)	1	PA; ST
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "		1	PA; ST
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE		1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(CareFine Pen Needle)	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(Comfort EZ Pen Needles)	2	PA; ST
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable))	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NANO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
NOVOFINE AUTOCOVER 30G NEEDLE 30 GAUGE X 1/3"		2	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"		2	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)	2	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16"	(CareFine Pen Needle)	2	PA; ST
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PEN NEEDLE 31G X 1/4" HRI 31 GAUGE X 1/4"	(1st Tier Unifine Pentips)	2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(Advocate Pen Needle)	2	PA; ST
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	(1st Tier Unifine Pentips Plus)	2	PA; ST
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PEN NEEDLES 5MM 31G 31GX5MM,STRL,MINI (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	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)	2	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	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)	1	PA; ST
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	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)	2	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	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"		2	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(Comfort Touch Pen Needle)	2	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"		2	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	(True-Comfort Pro Pen Needle)	2	PA; ST
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
RELION PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(1st Tier Unifine Pentips)	2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELION SYRING 0.3 ML 31GX5/16" INNER 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
RELION SYRING 0.5 ML 31GX5/16" INNER (OTC) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(Comfort EZ PRO Safety Pen Ndl)	2	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
SECURESAFE PEN NEEDLE 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	PA; ST
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	(insulin syringe-needle u-100)	1	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)	1	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)	1	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)	1	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	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)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	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)	1	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)	1	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	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)	1	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"		2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	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)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(Thinpro Insulin Syringe)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	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)	1	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)	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"		1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 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)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"		1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"		1	PA; ST
TOPFINE INSULN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	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)	1	PA; ST
ULTICARE INS 0.3 ML 31GX1/4" 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE INS 0.5 ML 31GX1/4" 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

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

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2026 Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"		1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"		1	PA; ST
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB	(alcohol swabs)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 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)	1	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)	1	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)	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE		2	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	PA; ST
UNIFINE ULTR PEN NDL 34G 3.5MM 34 GAUGE X 9/64"		2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VANISHPOINT INS 0.5 ML 30G 8MM OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"		2	PA; ST
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml	(Potassium Chloride)	2	
potassium chloride oral tablet extended release 10 meq	(Klor-Con 8)	1	
potassium chloride oral tablet extended release 15 meq	(Klor-Con 8)	2	
potassium chloride oral tablet extended release 20 meq	(Klor-Con 8)	1	
potassium chloride oral tablet extended release 8 meq	(Klor-Con 8)	1	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq	(Potassium Chloride)	1	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq	(Potassium Chloride)	1	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq	(Potassium Chloride)	1	
potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)	(Urocit-K)	2	
potassium citrate oral tablet extended release 15 meq	(Urocit-K)	2	
potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)	(Urocit-K)	2	
sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %	(Sodium Chloride 0.45 %)	2	
sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution		2	
sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use		2	
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen			
Agentes Hematológicos, Varios			
anagrelide oral capsule 0.5 mg	(Agrylin)	2	
anagrelide oral capsule 1 mg	(Agrylin)	2	
tranexamic acid oral tablet 650 mg	(Tranexamic Acid)	2	

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	(Warfarin Sodium)	1	
rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml	(Xarelto)	2	QL (600 per 30 days)
rivaroxaban oral tablet 2.5 mg	(Xarelto)	2	QL (60 per 30 days)
warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	(Warfarin Sodium)	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)		3	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	(rivaroxaban)	3	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	(rivaroxaban)	3	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG	(rivaroxaban)	3	QL (60 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	(rivaroxaban)	3	ST; QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas			
aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg	(Aspirin/Dipyridamole)	2	
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg	(Cilostazol)	1	
clopidogrel oral tablet 75 mg	(Plavix)	1	
dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Dipyridamole)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg	(Pentoxifylline)	1	
prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	(Effient)	2	
ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg	(Brilinta)	2	
Modificadores De Formación De Sangre			
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG		5	PA; 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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2026 Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg (Promacta)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
eltrombopag olamine oral powder in packet 25 mg (Promacta)	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg (Promacta)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
eltrombopag olamine oral tablet 25 mg (Promacta)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg (Promacta)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	5	PA; NDS; QL (20 per 30 days)
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
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; NDS

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

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
mynatal oral tablet 90-1-50 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
newgen tablet 32-1,000 mg-mcg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pnv-omega softgel 28-1-300 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
prenatabs fa tablet 29-1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
prenatal-u capsule 106.5-1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
taron-c dha capsule 35-1-200 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2026 Identificación del Formulario: 26334.000

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2026 Identificación del Formulario: 26334.000

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS 142
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 142
abacavir 135
abacavir-lamivudine 135
ABELCET 132
abigale 76
abigale lo 76
ABILIFY ASIMTUFII 37
ABILIFY MAINTENA 37
abiraterone 2
abiraterone, submicronized 2
abirtega 2
ABRYSVO (PF) 88
acamprosate 23
acarbose 26
acebutolol 46
acetaminophen-codeine 103
acetazolamide 94
acetazolamide sodium 94
acetic acid 95
acetylcysteine 61
acitretin 69
ACTHIB (PF) 88
ACTIMMUNE 99
acyclovir 69, 141
acyclovir sodium 141
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 88
adalimumab-aaty 80
adalimumab-aaty(cf) ai crohns .. 80
adapalene 71
adefovir 141
ADEMPAS 100
adrucil 2
ADVAIR HFA 63
ADVOCATE PEN NEEDLE ... 143
ADVOCATE SYRINGES 142, 143
afirmelle 114
AIMOVIG AUTOINJECTOR ... 32
AIRSUPRA 64
AKEEGA 2
ala-cort 67
albendazole 34
albuterol sulfate 64, 65
ALCOHOL PADS 143
ALCOHOL PREP PADS 165
ALCOHOL SWABS 161
ALCOHOL WIPES 172
ALECENSA 2
alendronate 56
alfuzosin 74
aliskiren 55
allopurinol 32
alosetron 55
alprazolam 24
altavera (28) 114
ALTRENO 71
ALUNBRIG 2
ALVAIZ 194
alyacen 1/35 (28) 114
alyacen 7/7/7 (28) 114
ALYFTREK 61
alyq 100
amantadine hcl 35, 36
amethyst (28) 114
amikacin 106
amiloride 53
amiloride-hydrochlorothiazide ... 53
amiodarone 45
amitriptyline 128
amlodipine 50
amlodipine-atorvastatin 51
amlodipine-benazepril 50
amlodipine-olmesartan 50
amlodipine-valsartan 50
amlodipine-valsartan-hcthiazid .. 50
ammonium lactate 69
amoxapine 128
amoxicil-clarithromy-lansopraz . 71
amoxicillin 111
amoxicillin-pot clavulanate 111
amphotericin b 132
amphotericin b liposome 132
ampicillin 111
ampicillin sodium 111
ampicillin-sulbactam 111
anagrelide 192
anastrozole 2
ANKTIVA 2
ANORO ELLIPTA 65
aprepitant 33
apri 114
APTIVUS 135
AQINJECT PEN NEEDLE 143
ARCALYST 80
AREXVY (PF) 88
ARIKAYCE 107
aripiprazole 37
ARISTADA 37, 38
ARISTADA INITIO 37
armodafinil 57
ARNUITY ELLIPTA 63
asenapine maleate 38
aspirin-dipyridamole 194
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL 143
ASSURE ID DUO-SHIELD 143
ASSURE ID INSULIN SAFETY 143
ASSURE ID PEN NEEDLE 143
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE 143
atazanavir 135
atenolol 46
atenolol-chlorthalidone 46
atomoxetine 58

atorvastatin 51
atovaquone 34
atovaquone-proguanil 34
atropine 98
ATTRUBY 48
aubra eq 114
AUGTYRO 2
aurovela 1.5/30 (21) 114
aurovela 1/20 (21) 115
aurovela 24 fe 115
aurovela fe 1.5/30 (28) 115
aurovela fe 1-20 (28) 115
AUSTEDO 58
AUSTEDO XR 58
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 58
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE 144
AUVELITY 128
aviane 115
AVMAPKI 2
AVMAPKI-FAKZYNJA 2
AVONEX 58
AXTLE 3
ayuna 115
AYVAKIT 3
azacitidine 3
azathioprine 81
azathioprine sodium 81
azelastine 98, 99
azithromycin 110
aztreonam 108
azurette (28) 115
bacitracin 95
bacitracin-polymyxin b 95
baclofen 197
bal-care dha 197
bal-care dha essential 197
balsalazide 55
BALVERSA 3
BAQSIMI 99
BCG VACCINE, LIVE (PF) 88
BD ALCOHOL SWABS 145
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 144
BD ECLIPSE LUER-LOK 144
BD INSULIN SYRINGE 144
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 144
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 144
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 144, 145
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 144
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 145
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 145
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 145
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 145
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 145
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 145
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 145
BELSOMRA 57
benazepril 54
benazepril-hydrochlorothiazide 54
bendamustine 3
BENDAMUSTINE 3
BENDEKA 3
BENLYSTA 81
benztropine 36
BEQALZI 3
BEQALZI STARTER PACK 3
BESREMI 81
BESREMI PEN 3
betaine 99
betamethasone dipropionate 67
betamethasone valerate 67
betamethasone, augmented 67
BETASERON 58
betaxolol 94
bethanechol chloride 74
bexarotene 3
BEXSERO 88
bicalutamide 3
BICILLIN L-A 112
BIKTARVY 135
bisoprolol fumarate 46
bisoprolol-hydrochlorothiazide 46
BIZENGRI 3
bleomycin 3
blisovi 24 fe 115
blisovi fe 1.5/30 (28) 115
blisovi fe 1/20 (28) 115
BOOSTRIX TDAP 88
BORDERED GAUZE 145
bortezomib 4
BORUZU 4
bosentan 100
BOSULIF 4
bosutinib 4
BRAFTOVI 4
BREO ELLIPTA 63, 64
breyna 64
BREZTRI AEROSPHERE 65
brimonidine 94
brimonidine-timolol 94
brinzolamide 94
brivaracetam 122
BRIVIACT 122
bromfenac 97
bromocriptine 36
BRONCHITOL 61
BRUKINSA 4
budesonide 56, 64
budesonide-formoterol 64
bumetanide 53
buprenorphine 103
buprenorphine hcl 23
buprenorphine-naloxone 23

bupropion hcl 128, 129
bupropion hcl (smoking deter) ... 23
buspirone 99
butalbital-acetaminop-caf-cod . 103
butalbital-acetaminophen-caff ..103
BYSANTI 38
BYSANTI TITRATION PACK A 38
BYSANTI TITRATION PACK B 38
BYSANTI TITRATION PACK C 38
CABENUVA 135
cabergoline 36
CABOMETYX 4
cabotegravir 135
calcipotriene 69
calcitonin (salmon) 56
calcitriol 56
calcium acetate(phosphat bind) ..73
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 4
CAMCEVI (6 MONTH) 4
camila 115
CAMZYOS 48
candesartan 49
candesartan-hydrochlorothiazid 49
CAPLYTA 38
CAPRELSA 4, 5
captopril 54
carbamazepine 122, 123
carbidopa-levodopa 36
CAREFINE PEN NEEDLE 145, 146
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 146
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 146, 147
CARETOUCH PEN NEEDLE . 146
carglumic acid 72
carteolol 94
cartia xt 47
carvedilol 46
CAYSTON 108
cefaclor 109
cefadroxil 109
cefazolin 109
cefdinir 109
cefepime 109
cefixime 109
cefoxitin 109
cefpodoxime 109
cefprozil 109
ceftaroline fosamil 109
ceftazidime 109
ceftriaxone 109
cefuroxime axetil 110
cefuroxime sodium 110
celecoxib 101
cephalexin 110
cevimeline 66
chateal eq (28) 115
chlordiazepoxide hcl 24
chlorhexidine gluconate 66
chloroquine phosphate 35
chlorpromazine 38
chlorthalidone 53
cholestyramine (with sugar) 51
cholestyramine light 51
ciclopirox 132
cilostazol 194
CIMDUO 135
cimetidine hcl 71
CIMZIA 81
CIMZIA POWDER FOR RECONST 81
CIMZIA STARTER KIT 81
cinacalcet 56
ciprofloxacin hcl 95, 112
ciprofloxacin in 5 % dextrose ... 112
ciprofloxacin-dexamethasone 95
citalopram 129
cladribine(multiple sclerosis) 59
clarithromycin 110
CLICKFINE PEN NEEDLE 147
clindamycin hcl 107
clindamycin phosphate 70, 106, 107
clindamycin-benzoyl peroxide 70
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 44
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 44
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 44
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 44
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 45
clobazam 123
clobetasol 67, 68
clobetasol-emollient 68
clomipramine 129
clonazepam 24
clonidine 45
clonidine hcl 45
clopidogrel 194
clorazepate dipotassium 24
clotrimazole 132
clotrimazole-betamethasone 132
clozapine 38
c-nate dha 197
COARTEM 35
COBENFY 39
COBENFY STARTER PACK ... 39
colchicine 32
colesevelam 51
colestipol 51
colistin (colistimethate na) 107
COMBIVENT RESPIMAT 65
COMETRIQ 5
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 147, 148, 149
COMFORT EZ PEN NEEDLES 147, 148
COMFORT EZ PLUS PEN NEEDLE 148

COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL 148
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 149, 150
completenate 197
compro 34
conjugated estrogens 76
constulose 72
COPIKTRA 5
CORLANOR 48
CORTROPHIN GEL 78
COSENTYX 81
COSENTYX (2 SYRINGES) 81
COSENTYX PEN (2 PENS) 81
COSENTYX UNOREADY PEN 81
COTELLIC 5
CREON 196
CRESEMBA 132
cromolyn 61, 72, 99
cryselle (28) 115
CURITY ALCOHOL SWABS 150
CURITY GAUZE 150
cyclobenzaprine 197
cyclophosphamide 5
cyclosporine 81, 82, 97
cyclosporine modified 81, 82
CYLTEZO(CF) 82
CYLTEZO(CF) PEN 82
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS 82
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV 82
cyred eq 115
d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr 191
d5 % and 0.9 % sodium chloride 191
d5 %-0.45 % sodium chloride 191
dabigatran etexilate 193
dalfampridine 59
danazol 75
dantrolene 197
DANYELZA 5
DANZITEN 5
dapagliflozin 26
dapagliflozin-metformin 26
dapsone 134
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 89
daptomycin 107
darunavir 135
dasatinib 5
dasetta 1/35 (28) 115
dasetta 7/7/7 (28) 115
DATROWAY 5
DAURISMO 5
deblitane 115
decitabine 6
deferasirox 106
DELSTRIGO 135
demeclocycline 113
DENGVAXIA (PF) 89
denta 5000 plus 66
dentagel 66
DEPO-SUBQ PROVERA 104 80
DERMACEA 150
DERMACEA NON-WOVEN 150
dermacinrx lidocan 105
DESCOVY 136
desipramine 129
desmopressin 78
desog-e.estradiol/e.estradiol 115
desvenlafaxine succinate 129
dexamethasone 77
dexamethasone sodium phosphate 77, 97
dextroamphetamine-amphetamine 59
dextrose 5 % in water (d5w) 45
DIACOMIT 123
diazepam 24, 123
diazepam intensol 24
diazoxide 99
diclofenac epolamine 101
diclofenac potassium 101
diclofenac sodium 97, 101, 102
diclofenac-misoprostol 102
dicloxacillin 112
dicyclomine 72
didanosine 136
difluprednate 97
digoxin 48
dihydroergotamine 32
DILANTIN 123
diltiazem hcl 47
dilt-xr 47
dimethyl fumarate 59
diphenoxylate-atropine 72
dipyridamole 194
disulfiram 23
divalproex 123
dofetilide 45
dolishale 116
donepezil 25
dorzolamide 94
dorzolamide-timolol 94
dotti 76
DOVATO 136
doxazosin 45
doxepin 57, 129
doxorubicin, peg-liposomal 6
doxy-100 113
doxycycline hyclate 113
doxycycline monohydrate 114
DRIZALMA SPRINKLE 129
dronabinol 34
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) 150, 151
DROPLET INSULIN SYRINGE 150, 151, 152
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 152
DROPLET PEN NEEDLE 152, 153

DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS 153
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 153
DROPSAFE PEN NEEDLE 153, 154
droxidopa 45
duloxetine 129
DUPIXENT PEN 82
DUPIXENT SYRINGE 82
dutasteride 74
EASY COMFORT ALCOHOL PAD 154
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 154, 155
EASY COMFORT PEN NEEDLES 155
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 154
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 155
EASY GLIDE PEN NEEDLE ..155
EASY TOUCH 158
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS 156
EASY TOUCH AUTORETRACT SYRINGE 156, 157
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 157, 158
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 157
EASY TOUCH INS SYR (HALF UNIT) 156
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 156
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 156, 157, 159
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 158
EASY TOUCH PEN NEEDLE 158
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 158, 159, 160
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 157, 158
EASY TOUCH UNI-SLIP 159
EASYLIFE ALCOHOL PADS 159
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 159, 160
EASYLIFE INSULIN SYRINGE 160
EASYLIFE SAFETY PEN NEEDLE 160
econazole nitrate 132
EDURANT PED 136
efavirenz 136
efavirenz-emtricitabin-tenofov ..136
efavirenz-lamivu-tenofov disop .136
ELAHERE 6
ELEPSIA XR 123, 124
ELIGARD 6
ELIGARD (3 MONTH) 6
ELIGARD (4 MONTH) 6
ELIGARD (6 MONTH) 6
elinest 116
ELIQUIS 193
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 193
ELIQUIS SPRINKLE 193
ELREXFIO 6
eltrombopag olamine 195
eluryng 116
EMBRACE PEN NEEDLE 160
EMCYT 6
EMGALITY PEN 32
EMGALITY SYRINGE 32
EMRELIS 6
EMSAM 129
emtricitabine 136
emtricitabine-tenofovir (tdf) 136
emtricita-rilpivirine-tenof df 136
EMTRIVA 136
emzahh 116
enalapril maleate 54
enalapril-hydrochlorothiazide 54
ENBREL 82
ENBREL MINI 82
ENBREL SURECLICK 82
endocet 103
ENGERIX-B (PF) 89
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) .89
enilloring 116
enoxaparin 193
enpresse 116
ENSACOVE 6
enskyce 116
entacapone 36
entecavir 141
ENTRESTO 49
ENTRESTO SPRINKLE 49
enulose 72
EPCLUSA 140
EPIDIOLEX 124
epinastine 99
epinephrine 48
epitol 124
EPKINLY 6
eplerenone 55
ERBITUX 6
ergoloid 25
ERIVEDGE 6
ERLEADA 7
erlotinib 7
errin 116
ertapenem 108
erythromycin 95, 111
erythromycin ethylsuccinate 110
erythromycin with ethanol 70
ERZOFRI 39
escitalopram oxalate 129, 130
eslicarbazepine 124
esomeprazole magnesium 71
estarylla 116
estradiol 76

estradiol-norethindrone acet 77
eszopiclone 57
ethambutol 134
ethosuximide 124
ethynodiol diac-eth estradiol 116
etodolac 102
etonogestrel-ethinyl estradiol 116
ETOPOPHOS 7
etoposide 7
etravirine 136
EUCRISA 68
EULEXIN 7
everolimus (antineoplastic) 7
everolimus (immunosuppressive) 83
EVOTAZ 136
EXEL INSULIN 160
exemestane 7
EXTENCILLINE 112
EXXUA 130
EYSUVIS 97
ezetimibe 51
ezetimibe-simvastatin 51
FAKZYNJA 7
falmina (28) 116
famciclovir 141
famotidine 71
FANAPT 39
FANAPT TITRATION PACK A 39
FANAPT TITRATION PACK B 39
FANAPT TITRATION PACK C 39
FASENRA 62
FASENRA PEN 62
febuxostat 32
feirza 116
felbamate 124
felodipine 50
fenofibrate 51
fenofibrate micronized 51
fenofibrate nanocrystallized 51
fentanyl 104
fentanyl citrate 104
fesoterodine 74
FETZIMA 130
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 28
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 28
FIASP PUMPCART 28
FIASP U-100 INSULIN 29
fidaxomicin 111
finasteride 74
fingolimod 59
FINTEPLA 124
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 7
flavoxate 74
flecainide 45
floxuridine 7
fluconazole 132, 133
fluconazole in nacl (iso-osm) 132
flucytosine 133
fludrocortisone 77
flunisolide 97
fluocinolone 68
fluocinolone acetonide oil 98
fluocinonide 68
fluoride (sodium) 66
fluorometholone 98
fluorouracil 8, 69
fluoxetine 130
fluphenazine decanoate 39
fluphenazine hcl 39, 40
flurbiprofen 102
flurbiprofen sodium 98
fluticasone propionate 64, 68, 98
fluticasone propion-salmeterol 64
fluvastatin 52
fluvoxamine 130
folivane-ob 197
fondaparinux 193
fosamprenavir 136
fosfomycin tromethamine 107
fosinopril 54
fosinopril-hydrochlorothiazide 54
fosphenytoin 124
FOTIVDA 8
FRUZAQLA 8
fulvestrant 8
furosemide 53
FUZEON 136
FYARRO 8
gabapentin 124
galantamine 25
gallifrey 80
GAMUNEX-C 83
GARDASIL 9 (PF) 89
GAUZE BANDAGE 172
GAUZE PAD 161
gavilyte-c 74
gavilyte-g 74
gavilyte-n 74
GAVRETO 8
gefitinib 8
gemfibrozil 52
generlac 72
gengraf 83
gentamicin 70, 95, 107
gentamicin sulfate (ped) (pf) 107
GENVOYA 136
GILOTRIF 8
glatiramer 59
glatopa 59
glimepiride 31
glipizide 31
glipizide-metformin 31
glucagon emergency kit (human) 99
glutamine (sickle cell) 99
glyburide 32
glyburide micronized 31
glyburide-metformin 32
glycopyrrolate 72

glydo 105
GLYXAMBI 26
GOMEKLI 8
griseofulvin microsize 133
griseofulvin ultramicrosize 133
guanfacine 45, 60
GVOKE 100
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 100
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 100
HADLIMA 83
HADLIMA PUSHTOUCH 83
HADLIMA(CF) 83
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 83
HAEGARDA 195
hailey 24 fe 116
hailey fe 1.5/30 (28) 116
hailey fe 1/20 (28) 116
halobetasol propionate 68
haloette 116
haloperidol 40
haloperidol decanoate 40
haloperidol lactate 40
HARVONI 140
HAVRIX (PF) 89
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 161, 162
HEALTHWISE PEN NEEDLE 162
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 162
heather 116
heparin (porcine) 193
HEPLISAV-B (PF) 89
HERCEPTIN HYLECTA 8
HERNEXEOS 8
HIBERIX (PF) 89
HUMIRA 83
HUMIRA PEN 83
HUMIRA(CF) 84
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER 83
HUMIRA(CF) PEN 84
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 83
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 83
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 83
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN 29
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 29
hydralazine 48
hydrochlorothiazide 53
hydrocodone-acetaminophen 104
hydrocortisone 56, 68, 77
hydrocortisone valerate 68
hydrocortisone-acetic acid 95
hydromorphone 104
hydroxychloroquine 35
hydroxyurea 8
hydroxyzine hcl 134
hydroxyzine pamoate 100
HYRNUO 8
ibandronate 56
IBRANCE 8, 9
IBTROZI 9
ibu 102
ibuprofen 102
icatibant 48
iclevia 117
ICLUSIG 9
icosapent ethyl 52
IDHIFA 9
IDVYNSO 137
ifosfamide 9
ILEVRO 98
imatinib 9
IMBRUVICA 9
IMDELLTRA 9
imipenem-cilastatin 108
imipramine hcl 130
imiquimod 70
IMJUDO 9
IMKELDI 9
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 89
IMPAVIDO 35
incassia 117
INCONTROL ALCOHOL PADS 162
INCONTROL PEN NEEDLE 162
INCRELEX 78
indapamide 53
indomethacin 102
INFANRIX (DTAP) (PF) 90
infliximab 84
INGREZZA 60
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 60
INGREZZA SPRINKLE 60
INLEXZO 9
INLURIYO 9
INLYTA 10
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE 162
INPEN (FOR HUMALOG) GREY 162
INPEN (FOR HUMALOG) PINK 163
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE 163
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY 163
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK 163
INQOVI 10
INREBIC 10
insulin asp prt-insulin aspart 29
insulin aspart u-100 29
insulin glargine-yfgn 29
insulin lispro 29
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK 163
INSULIN SYRINGE MICROFINE 144

INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 160, 163, 164, 172, 173, 177
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE....164
INSUPEN PEN NEEDLE 164, 165
INTELENCE....137
introvale....117
INVEGA HAFYERA....40
INVEGA SUSTENNA....40
INVEGA TRINZA....41
INVELTYS....98
IPOL....90
ipratropium bromide....65, 99
ipratropium-albuterol....65
irbesartan....49
irbesartan-hydrochlorothiazide..49
ISENTRESS....137
ISENTRESS HD....137
isibloom....117
isoniazid....134
isosorbide dinitrate....55
isosorbide mononitrate....55
ITOVEBI....10
itraconazole....133
IV PREP WIPES....165
ivabradine....48
ivermectin....35
IWILFIN....10
IXIARO (PF)....90
JAKAFI....10
JAKAFI XR....10
jantoven....194
JARDIANCE....26
JASCAYD....62
javygtor....196
JAYPIRCA....10
JEMPERLI....10
jencycla....117
JENTADUETO....26
JENTADUETO XR....26
JIDEYTRO....10
jolessa....117
juleber....117
JULUCA....137
junel 1.5/30 (21)....117
junel 1/20 (21)....117
junel fe 1.5/30 (28)....117
junel fe 1/20 (28)....117
junel fe 24....117
JYLAMVO....10
JYNARQUE....53
JYNNEOS (PF)....90
KALETRA....137
KALYDECO....62
kariva (28)....117
kelnor 1/35 (28)....117
kelnor 1/50 (28)....117
KERENDIA....55
KESIMPTA PEN....60
ketoconazole....133
ketorolac....98, 102
KEYTRUDA....10
KEYTRUDA QLEX....10
KIMMTRAK....11
KINERET....84
KINRIX (PF)....90
kionex....72
KISQALI....11
KISQALI FEMARA CO-PACK....11
KLISYRI (250 MG)....70
klor-con m10....191
klor-con m15....191
klor-con m20....191
KLOXXADO....23
KOMZIFTI....11
KOSELUGO....11
kosher prenatal plus iron....197
KRAZATI....11
kurvelo (28)....117
KYLEENA....117
labetalol....46
lacosamide....124
lactulose....72
lamivudine....137
lamivudine-zidovudine....137
lamotrigine....124, 125
lanreotide....78
lansoprazole....71
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN....30
LANTUS U-100 INSULIN....30
lapatinib....11
larin 1.5/30 (21)....117
larin 1/20 (21)....118
larin 24 fe....118
larin fe 1.5/30 (28)....118
larin fe 1/20 (28)....118
latanoprost....94
LAZCLUZE....11
leflunomide....84
lenalidomide....11
LENTOCILIN S (WITH LIDOCAINE)....112
LENVIMA....12
lessina....118
letrozole....12
leucovorin calcium....100
LEUKERAN....12
leuprolide....12
leuprolide acetate (3 month)....12
levetiracetam....125
levobunolol....94
levocetirizine....134
levofloxacin....113
levofloxacin in d5w....113
levonest (28)....118
levonorgest-eth.estradiol-iron..118
levonorgestrel-ethinyl estrad....118
levonorg-eth estrad triphasic....118
levora-28....118
levothyroxine....75
LEXIVA....137
LIBERVANT....125
lidocaine....105
lidocaine hcl....105

lidocaine-prilocaine 105
lidocan iii 106
LIFYORLI 12
LILETTA 118
linezolid 107, 108
linezolid in dextrose 5% 107
LINZESS 72
liomny 75
liothyronine 75
LISCO 165
lisinopril 54
lisinopril-hydrochlorothiazide 54
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 165
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 165, 166
lithium carbonate 60
lithium citrate 60
LIVTENCITY 140
LOKELMA 72
lomustine 12
LONSURF 12
loperamide 72
lopinavir-ritonavir 137
LOQTORZI 12
lorazepam 24, 25
lorazepam intensol 25
LORBRENA 12
losartan 49
losartan-hydrochlorothiazide 49
LOTEMAX 98
LOTEMAX SM 98
loteprednol etabonate 98
lovastatin 52
low-ogestrel (28) 118
loxapine succinate 41
lubiprostone 72, 73
luizza 118
LUMAKRAS 13
LUMIGAN 94
LUNSUMIO 13
LUNSUMIO VELO 13
LUPRON DEPOT 13, 78
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 13, 78
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 13
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 13
LUPRON DEPOT-PED 79
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 79
lurasidone 41
lutera (28) 118
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) 13
LYBALVI 41
lyleq 119
LYNOZYFIC 13
LYNPARZA 13
LYSODREN 13
LYTGOBI 14
lyza 119
macitentan 101
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG 166
MAGELLAN SYRINGE 166
magnesium sulfate 191
malathion 71
maraviroc 137
MARGENZA 14
marlissa (28) 119
marnatal-f 197
MARPLAN 130
MATULANE 14
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 166
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 166, 167
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 166, 167
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 167
MAYZENT 60
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) 60
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) 60
meclizine 34
medroxyprogesterone 80
mefloquine 35
megestrol 14, 80
MEKINIST 14
MEKTOVI 14
meleya 119
meloxicam 102
memantine 25
MENACTRA (PF) 90
MENQUADFI (PF) 90
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 90
mercaptopurine 14
meropenem 109
mesalamine 56
mesna 100
metformin 26
methadone 104
methazolamide 94
methenamine hippurate 108
methimazole 75
methocarbamol 197
methotrexate sodium 14
methotrexate sodium (pf) 14
methoxsalen 70
methsuximide 125
methylphenidate hcl 60, 61
methylprednisolone 77
methylprednisolone acetate 77
metoclopramide hcl 73
metolazone 53
metoprolol succinate 46
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 46
metoprolol tartrate 46
metronidazole 70, 106, 108
metronidazole in nacl (iso-os) 108
metyrosine 48
micafungin 133
miconazole-3 133

MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE....167
MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE....167
microgestin 1.5/30 (21)....119
microgestin 1/20 (21)....119
microgestin fe 1.5/30 (28)....119
microgestin fe 1/20 (28)....119
midodrine....45
MIEBO (PF)....99
mifepristone....26
mili....119
mimvey....77
MINI ULTRA-THIN II....167
minocycline....114
minoxidil....55
MIPLYFFA....142
mirabegron....74
MIRENA....119
mirtazapine....130
misoprostol....71
mitoxantrone....14
MIUDELLA....119
M-M-R II (PF)....90
m-natal plus....197
modafinil....57
MODEYSO....14
moexipril....54
molindone....41
mometasone....68, 69, 98
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING....168
MONOJECT INSULIN SYRINGE....167, 168
MONOJECT SYRINGE....167
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN....184
mono-linyah....119
montelukast....64
morphine....104, 105
MORPHINE....104
morphine concentrate....104
MOUNJARO....27
MOVANTIK....73
moxifloxacin....95, 113
moxifloxacin-sod.ace,sul-water....113
moxifloxacin-sod.chloride(iso)....113
MRESVIA (PF)....90
MULTAQ....46
mupirocin....70
mycophenolate mofetil....84
mycophenolate mofetil (hcl)....84
mycophenolate sodium....84
mynatal....198
mynatal advance....197
mynatal plus....198
mynatal-z....198
mynate 90 plus....198
nabumetone....102
nafcillin....112
naloxone....23
naltrexone....23
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE....168
NANO PEN NEEDLE....169
naproxen....102, 103
naratriptan....32
NATACYN....95
nateglinide....27
NAYZILAM....125
nebivolol....47
nefazodone....130
neomycin....107
neomycin-bacitracin-poly-hc....96
neomycin-bacitracin-polymyxin....96
neomycin-polymyxin b-dexameth....96
neomycin-polymyxin-gramicidin....96
neomycin-polymyxin-hc....96
neo-polycin....96
neo-polycin hc....96
NERLYNX....14
nevirapine....138
newgen....198
NEXLETOL....52
NEXLIZET....52
NEXPLANON....119
niacin....52
NICOTROL NS....23
nifedipine....50, 51
NIKTIMVO....84
NILOTINIB D-TARTRATE....15
nilotinib hcl....15
nilutamide....15
NINLARO....15
nintedanib....62
nitazoxanide....35
nitisinone....196
nitrofurantoin macrocrystal....108
nitrofurantoin monohyd/m-cryst....108
nitroglycerin....55, 100
NIVESTYM....195
NORDITROPIN FLEXPRO....79
norelgestromin-ethin.estradiol....119
norethindrone (contraceptive)....119
norethindrone acetate....80
norethindrone-e.estradiol-iron....119, 120
norgestimate-ethinyl estradiol....120
nortrel 1/35 (21)....120
nortrel 1/35 (28)....120
nortrel 7/7/7 (28)....120
nortriptyline....130
NORVIR....138
NOVOFINE 32....169
NOVOFINE AUTOCOVER....169
NOVOFINE PLUS....169
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN....30
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100....30
NOVOLIN N FLEXPEN....30
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN....30
NOVOLIN R FLEXPEN....30

NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 30
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 30
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN 30
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 30
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 31
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 31
NUBEQA 15
NUCALA 62
NULOJIX 84
NUPLAZID 41
NURTEC ODT 32
nyamyc 133
nylia 1/35 (28) 120
nylia 7/7/7 (28) 120
nystatin 133
nystatin-triamcinolone 133
nystop 133
NYVEPRIA 195
obstetrix dha 198
obstetrix dha prenatal duo 198
octreotide acetate 79
ODEFSEY 138
ODOMZO 15
ofloxacin 96
OGIVRI 15
OGSIVEO 15
OJEMDA 15
OJJAARA 15
olanzapine 41
olmesartan 49
olmesartan-amlodipin-hcthiazid 49
olmesartan-hydrochlorothiazide 49
olopatadine 99
omega-3 acid ethyl esters 52
omeprazole 72
OMLYCLO 84
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS) 169
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) 169
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) 169
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS) 169
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) 169
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) 169
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) 169
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 169
ONAPGO 36
ondansetron 34
ondansetron hcl 34
ONUREG 15
OPDIVO 15
OPDIVO QVANTIG 16
OPDUALAG 16
OPIPZA 41
ORENCIA 85
ORENCIA (WITH MALTOSE) 84
ORENCIA CLICKJECT 84
ORFADIN 196
ORGOVYX 79
ORILISSA 79
ORKAMBI 62
orquidea 120
ORSERDU 16
oseltamivir 140
OSENVELT 56
OTEZLA 85
OTEZLA STARTER 85
OTEZLA XR 85
OTEZLA XR INITIATION 85
oxcarbazepine 125
oxybutynin chloride 75
oxycodone 105
oxycodone-acetaminophen 105
OZEMPIC 27
pacerone 46
paclitaxel protein-bound 16
paliperidone 42
PANRETIN 70
pantoprazole 72
paricalcitol 57
paroxetine hcl 131
PAXLOVID 141
pazopanib 16
PEDIARIX (PF) 90
PEDVAX HIB (PF) 90
peg 3350-electrolytes 74
PEGASYS 141
peg-electrolyte soln 74
PEMAZYRE 16
pemetrexed disodium 16
PEMRYDI RTU 16
PEN NEEDLE 169, 170
PEN NEEDLE, DIABETIC 149, 161, 167, 169, 170, 172
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY 173
PENBRAYA (PF) 90
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) 91
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) 91
penicillamine 106
penicillin g potassium 112
penicillin v potassium 112
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) 91
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF) 91
PENMENVY MENB COMPONENT (PF) 91
PENTACEL (PF) 91
pentamidine 35
PENTIPS PEN NEEDLE 170
pentoxifylline 194

perampanel 125
perindopril erbumine 54
periogard 66
permethrin 71
perphenazine 42
perphenazine-amitriptyline 131
PERSERIS 42
phenelzine 131
phenobarbital 125, 126
phenytek 126
phenytoin 126
phenytoin sodium 126
phenytoin sodium extended 126
PIFELTRO 138
pilocarpine hcl 67, 94
pimecrolimus 69
pimozide 42
pimtrea (28) 120
pioglitazone 27
pioglitazone-metformin 27
PIP PEN NEEDLE 170
piperacillin-tazobactam 112
PIQRAY 16
pirfenidone 62
pitavastatin calcium 52
PLEGRIDY 61
pnv-dha + docusate 198
pnv-omega 198
podofilox 70
polycin 96
polymyxin b sulf-trimethoprim 96
pomalidomide 16
POMALYST 16
portia 28 120
posaconazole 134
potassium chloride 191, 192
potassium citrate 192
pr natal 400 198
pr natal 400 ec 198
pr natal 430 198
pr natal 430 ec 198
pramipexole 36
prasugrel hcl 194
pravastatin 52
praziquantel 35
prazosin 45
prednisolone 78
prednisolone acetate 98
prednisolone sodium phosphate 78
prednisone 78
pregabalin 126
PREMARIN 77
PREMPHASE 77
PREMPRO 77
prenaissance 198
prenaissance plus 198
prenatabs fa 199
prenatal 19 199
prenatal 19 (with docusate) 199
prenatal plus 199
prenatal plus (calcium carb) 198
prenatal vitamin plus low iron 199
prenatal-u 199
prevalite 52
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 170
PREVYMIS 141
PREZCOBIX 138
PREZISTA 138
PRIMAQUINE 35
primidone 126
PRIORIX (PF) 91
PRO COMFORT ALCOHOL PADS 171
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 171
PRO COMFORT PEN NEEDLE 171
probenecid 32
probenecid-colchicine 32
prochlorperazine 34
prochlorperazine edisylate 34
prochlorperazine maleate 34
PRO-COMFORT ALCOHOL PADS 171
procto-med hc 69
proctosol hc 69
proctozone-hc 69
PRODIGY INSULIN SYRINGE 171
progesterone micronized 80
PROGRAF 85
PROLASTIN-C 62
promethazine 34
promethegan 34
propafenone 46
propranolol 47
propylthiouracil 75
PROQUAD (PF) 91
protriptyline 131
PULMOZYME 196
PURE COMFORT ALCOHOL PADS 172
PURE COMFORT PEN NEEDLE 172
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 171, 172
pyrazinamide 134
pyridostigmine bromide 100
pyrimethamine 35
QINLOCK 16
QUADRACEL (PF) 91
quetiapine 42
quinapril 54
quinapril-hydrochlorothiazide 55
quinidine sulfate 46
quinine sulfate 35
QULIPTA 33
RABAVERT (PF) 92
rabeprazole 72
RALDESY 131
raloxifene 77
ramipril 55
ranolazine 49
rasagiline 36

RASONQUE 17
RASUVO (PF) 85
RAYALDEE 57
reclipsen (28) 120
RECOMBIVAX HB (PF) 92
RELENZA DISKHALER 141
repaglinide 27
REPATHA PUSHTRONEX 52
REPATHA SURECLICK 52
REPATHA SYRINGE 52
RETACRIT 195
RETEVMO 17
RETROVIR 138
REVCOVI 196
REVUFORJ 17
REXULTI 42
REYATAZ 138
REZDIFFRA 75
REZLIDHIA 17
REZUROCK 85
RHOPRESSA 94
ribavirin 141
rifabutin 134
rifampin 134
rifapentine 134
rilpivirine 138
rilpivirine hcl 138
riluzole 61
RINVOQ 85
RINVOQ LQ 85
risperidone 42, 43
risperidone microspheres 42
ritonavir 138
RITUXAN HYCELA 17
rivaroxaban 194
rivastigmine 25
rivastigmine tartrate 25
rizatriptan 33
r-natal ob 199
ROCKLATAN 95
roflumilast 62, 63
ROMVIMZA 17
ropinirole 36
rosadan 70
rosuvastatin 52
ROTARIX 92
ROTATEQ VACCINE 92
ROZLYTREK 17
RUBRACA 17
rufinamide 126
RUKOBIA 138
RYBELSUS 27
RYBREVANT 18
RYBREVANT FASPRO 18
RYDAPT 18
RYKINDO 43
RYTELO 18
sacubitril-valsartan 50
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 173
SAFETY PEN NEEDLE 173
SANTYL 70
sapropterin 196
SCEMBLIX 18
scopolamine base 34
SECUADO 43
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 173, 174
SECURESAFE PEN NEEDLE 173
SELARSDI 85, 86
select-ob 199
select-ob (folic acid) 199
selegiline hcl 36
selenium sulfide 70
SELZENTRY 138, 139
se-natal 19 chewable 199
SEREVENT DISKUS 65
SEROSTIM 79
sertraline 131
setlakin 120
sevelamer carbonate 73
sevelamer hcl 73
SEZABY 126
sf 5000 plus 67
sharobel 120
SHINGRIX (PF) 92
SIGNIFOR 79
sildenafil 101
sildenafil (pulm.hypertension) 101
silver sulfadiazine 70
SIMBRINZA 95
simliya (28) 120
SIMPLI PEN NEEDLE 161
simvastatin 52, 53
sirolimus 86
SIRTURO 134
sitagliptin phos-metformin 27
sitagliptin phosphate 27
SKY SAFETY PEN NEEDLE 174
SKYLA 120
SKYRIZI 86
sodium chloride 0.45 % 192
sodium chloride 0.9 % 192
sodium fluoride-pot nitrate 67
sodium oxybate 57
sodium polystyrene sulfonate 73
sodium,potassium,mag sulfates 74
solifenacin 75
SOLIQUA 100/33 31
SOLTAMOX 18
SOMATULINE DEPOT 79
SOMAVERT 80
sorafenib 18
sotalol 47
sotalol af 47
SPIRIVA RESPIMAT 66
spironolactone 53
spironolacton-hydrochlorothiaz 53
SPRAVATO 131
sprintec (28) 121
SPRITAM 126
sps (with sorbitol) 73
sronyx 121
ssd 70
stavudine 139
STERILE PADS 160

STIOLTO RESPIMAT 66
STIVARGA 18
STOBOCLO 57
STRENSIQ 196
streptomycin 107
STRIBILD 139
STRIVERDI RESPIMAT 66
SUBVENITE 126
subvenite 127
sucralfate 72
sulfacetamide sodium 97
sulfacetamide-prednisolone 97
sulfadiazine 113
sulfamethoxazole-trimethoprim 113
sulfasalazine 56
sulindac 103
sumatriptan 33
sumatriptan succinate 33
sunitinib malate 18
SUNLENCA 139
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS 174
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 174
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 174, 175
SURE COMFORT PEN NEEDLE 174, 175
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 174
SURE-FINE PEN NEEDLES .. 175
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 175
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS 176
SYMPAZAN 127
SYMTUZA 139
SYNJARDY 27
SYNJARDY XR 28
SYNRIBO 18
SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY 173
TABLOID 18
TABRECTA 18
tacrolimus 69, 86
tadalafil 101
TAFINLAR 18
TAGRISSO 19
TALVEY 19
TALZENNA 19
tamoxifen 19
tamsulosin 74
tarina 24 fe 121
tarina fe 1-20 eq (28) 121
taron-c dha 199
taron-prex prenatal-dha 199
TAVNEOS 86
tazarotene 71
tazicef 110
taztia xt 47
TDVAX 92
TECHLITE INSULIN SYRINGE 176
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) 176
TECHLITE PEN NEEDLE 176, 177
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE 177
TECVAYLI 19
telmisartan 50
telmisartan-hydrochlorothiazid .. 50
temazepam 25
TENIVAC (PF) 92
tenofovir disoproxil fumarate ... 139
TEPMETKO 19
terazosin 74
terbinafine hcl 134
terconazole 106
teriparatide 57
TERUMO INSULIN SYRINGE 177
testosterone 76
testosterone cypionate 75
testosterone enanthate 76
tetrabenazine 61
tetracycline 114
TEVIMBRA 19
THALOMID 100
theophylline 66
THINPRO INSULIN SYRINGE 177, 178
thioridazine 43
thiothixene 43
tiadylt er 48
tiagabine 127
TIBSOVO 19
ticagrelor 194
TICE BCG 19
TICOVAC 92
tigecycline 114
tilia fe 121
timolol 95
timolol maleate 47, 95
tinidazole 35
tiotropium bromide 66
TIVDAK 19
TIVICAY 139
TIVICAY PD 139
tizanidine 197
TOBI PODHALER 107
tobramycin 97
tobramycin in 0.225 % nacl 107
tobramycin sulfate 107
tobramycin-dexamethasone 97
tobramycin-lotepred 97
tofacitinib 86
tolterodine 75
tolvaptan (polycys kidney dis) 53
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 178
topiramate 127
toremifene 19
torpenz 19
torsemide 53

TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 31
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 31
TRADJENTA 28
tramadol 105
tramadol-acetaminophen 105
trandolapril 55
tranexamic acid 192
tranylcypromine 131
travoprost 95
trazodone 131
TRECATOR 135
TRELEGY ELLIPTA 66
TRELSTAR 19
TREMFYA 86, 87
TREMFYA ONE-PRESS 87
TREMFYA PEN 87
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) 87
tretinoin 71
tretinoin (antineoplastic) 19
triamcinol ac (pf) in 0.9%nacl 69
triamcinolone acetonide 67, 69, 78
triamterene-hydrochlorothiazid 54
tridacaine iii 106
trientine 106
tri-estarylla 121
trifluoperazine 43
trifluridine 97
trihexyphenidyl 36
TRIJARDY XR 28
TRIKAFTA 63
tri-legest fe 121
tri-linyah 121
tri-lo-estarylla 121
tri-lo-marzia 121
tri-lo-mili 121
tri-lo-sprintec 121
trimethoprim 108
tri-mili 121
trimipramine 131
TRINTELLIX 131
tri-nymyo 121
tri-sprintec (28) 121
TRIUMEQ 139
TRIUMEQ PD 139
trivora (28) 121
tri-vylibra 122
tri-vylibra lo 121
TRIZIVIR 139
TROGARZO 139
trospium 75
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS 178
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 178
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 179
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS 179
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 178, 179
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG 178, 179, 180
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 178
TRUE-COMFORT PRO PEN NEEDLE 180
TRUEPLUS INSULIN 180, 181
TRUEPLUS PEN NEEDLE 180
TRULANCE 73
TRULICITY 28
TRUMENBA 92
TRUQAP 19
TRUXIMA 19
TUKYSA 20
TURALIO 20
turqoz (28) 122
TWINRIX (PF) 93
tyblume 122
TYBOST 100
TYENNE 87
TYENNE AUTOINJECTOR 87
TYMLOS 57
TYPHIM VI 93
UBRELVY 33
UDENYCA ONBODY 195
ULTICARE 181, 182
ULTICARE INSULIN SYRINGE 181
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) 181
ULTICARE PEN NEEDLE 181, 182
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 182
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR 182, 183
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 182, 183
ULTILET ALCOHOL SWAB 183
ULTILET INSULIN SYRINGE 163, 164, 183
ULTILET PEN NEEDLE 183
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) 161, 181
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 161, 183, 184
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) 184
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 185
ULTRA FLO PEN NEEDLE 184, 185
ULTRA THIN PEN NEEDLE 185
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 185
ULTRACARE PEN NEEDLE 185, 186
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) 186
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 186, 187

ULTRA-FINE PEN NEEDLE 186, 187
ULTRA-FINE SAFETY INSULIN SYRN.....186
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR.....187
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL..... 187
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES..... 187
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE.....187
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 187, 188
UNIFINE PENTIPS..... 188
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW.....188
UNIFINE PENTIPS PLUS 188, 191
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW.....188
UNIFINE PROTECT..... 188, 189
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE..... 189
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE.....189
UPTRAVI.....101
ursodiol.....73
ustekinumab-aauz..... 87
UZEDY.....43, 44
valacyclovir..... 141
VALCHLOR..... 70
valganciclovir..... 141, 142
valproate sodium..... 127
valproic acid.....127
valproic acid (as sodium salt).. 127
valsartan..... 50
valsartan-hydrochlorothiazide... 50
VALTOCO.....127
valtya..... 122
vancomycin.....108
VANFLYTA.....20
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE.....189, 190
VANISHPOINT SYRINGE 189, 190
VAQTA (PF)..... 93
varenicline tartrate.....23, 24
VARIVAX (PF).....93
VAXCHORA VACCINE.....93
VELTASSA.....73
VEMLIDY.....139
VENCLEXTA..... 20
VENCLEXTA STARTING PACK..... 20
venlafaxine.....131
VEOZAH.....100
VEPPANU.....20
verapamil.....48
VERIFINE INSULIN SYRINGE.....190, 191
VERIFINE PEN NEEDLE.....190
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....190
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP..... 190
VERQUVO.....49
VERSACLOZ.....44
VERSALON.....191
VERZENIO..... 20
V-GO 20..... 191
V-GO 30..... 191
V-GO 40..... 191
vienva.....122
vigabatrin..... 127
vigadrone.....127
vigpoder.....127
vilazodone.....132
VIMKUNYA (PF).....93
vinorelbine.....20
viorele (28)..... 122
VIRACEPT.....139
VIREAD..... 139, 140
vitafol gummies.....199
vitafol-ob+dha.....199
VITRAKVI.....20
VIVIMUSTA.....20
VIVOTIF..... 93
VIZIMPRO.....20
VOCABRIA..... 140
volnea (28).....122
VONJO.....20
VOQUEZNA..... 72
VORANIGO.....21
voriconazole.....134
VOSEVI.....140
VOWST.....100
vp-ch-pnv..... 199
VRAYLAR.....44
VUMERITY..... 61
VYALEV.....36
vylibra.....122
VYLOY..... 21
VYNDAMAX..... 49
VYZULTA..... 95
warfarin..... 194
WEBCOL..... 191
WELIREG..... 21
WINREVAIR..... 63
wixela inhub.....64
XALKORI..... 21
xarah fe.....122
XARELTO.....194
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START.....194
XATMEP.....21
XCOPRI..... 128
XCOPRI MAINTENANCE PACK..... 128
XCOPRI TITRATION PACK..128
XDEMVY.....97
XERMELO.....73
XIFAXAN..... 108
XIGDUO XR.....28
XIIDRA..... 98
XOLAIR..... 63

XOSPATA.....21
XPOVIO.....21
XTANDI.....21, 22
xulane.....122
XULTOPHY 100/3.6.....31
YERVOY.....22
YESINTEK.....87
YF-VAX (PF).....93
YONSA.....22
YUFLYMA(CF).....88
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS.....87
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR.....88
yulithira.....22
YUTREPIA.....101
yuvafem.....77
zafemy.....122
zafirlukast.....64
zaleplon.....57
zatean-pn dha.....199
zatean-pn plus.....199
ZEJULA.....22
ZELBORAF.....22
zenatane.....70
ZENBEXUS.....22
ZENPEP.....196
zidovudine.....140
ZIIHERA.....22
zingiber.....200
ziprasidone hcl.....44
ziprasidone mesylate.....44
ZIRABEV.....22
ZIRGAN.....97
ZOLADEX.....22
ZOLINZA.....22
zolpidem.....57
ZONISADE.....128
zonisamide.....128
zovia 1-35 (28).....122
ZTALMY.....128
ZTLIDO.....106
ZURZUVAE.....132
ZYDELIG.....22
ZYKADIA.....22
ZYNLONTA.....22
ZYNYZ.....22
ZYPREXA RELPREVV.....44

Aviso sobre requisitos de no discriminación y accesibilidad
La discriminación es contra la ley

ATRIO Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. ATRIO Health Plans no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. ATRIO Health Plans:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, como:
    - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
    - Intérpretes cualificados
    - Información redactada en otros idiomas

Si necesita alguno de los servicios enumerados anteriormente, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de ATRIO al número gratuito 1-877-672-8620, todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si considera que ATRIO Health Plans no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

ATRIO Compliance Officer:
550 Hawthorne Avenue, Suite 140, Salem, OR 97301
1-877-672-8620 (TTY 711)
Presentar una queja ante la línea directa de cumplimiento de ATRIO:
1-877-309-9952 or compliance@atriohp.com

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, comuníquese con Servicios para miembros sin cargo al 1-877-672-8620, todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

También puede presentar una queja por derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Los formularios de queja están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Español (Spanish) - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de Asistencia lingüística. Llame al 1-877-672-8620 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese) - CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số 1-877-672-8620 (TTY: 711)

繁體中文 (Chinese) - 注意：如果您講國語，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-672-8620 (TTY：711）。

Русский (Russian) - ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться услугами перевода. Телефон: 1-877-672-8620 (телетайп: 711).

한국어 (Korean) - 유의사항: 무료 한국어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 전화번호는 1-877-672-8620 (TTY: 711) 번입니다.

Українська (Ukrainian) - УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-877-672-8620 (телетайп: 711).

日本語 (Japanese) - 注意事項：日本語でのサービスをご希望の場合、1-877-672-8620（TTY:711）までご連絡ください。このサービスは無料です。

Română (Romanian) - ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-877-672-8620 (TTY: 711).

ខ្មែរ (Cambodian) - ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នក កនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្ម ជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ អាចរកបាន។ ទូរស័ព្ទ ទៅ 1-877-672-8620 (TTY: 711)។

Oroomiffa (Oromo) - XIYYEEFFANNAA: Afaandubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, niargama. 1-877-672-8620 (TTY: 711) Bilbilaa.

Deutsch (German) - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-672-8620 (TTY: 711).

Français (French) - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le 1-877-672-8620 (ATS : 711).

ภาษาไทย (Thai) - โปรดทราบ: ถ้ าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้ บริการช่ วยเหลือทางภาษาได้ ฟรี โทร 1-877-672-8620 (TTY: 711)

فارسی (Farsi) - توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، کمک زبان رایگان در اختیار شما قرار می گیرد. با شماره 1-877-672-8620 (TTY: 1-800-735-2900) تماس بگیرید.

إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان .اتصل برقم 1-877-672-8620)رقم هاتف الصم والبكم 1-800-735-2900).

Aviso de no discriminación

Formulario aprobado
OMB# 0938-1421

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

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-877-672-8620 or speak to your provider.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, dispone de servicios gratuitos de asistencia lingüística. También dispone de recursos y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-877-672-8620 o hable con su proveedor.

Chinese Mandarin: 注意：如果您讲中文普通话，我们提供免费的语言协助服务。此外，我们还免费提供相应的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。请致电 1-877-672-8620 或联系您的服务提供商。

Chinese Cantonese: 注意：如果您講粵語，我們可以為您提供免費的語言協助服務。還免費提供適當的輔助工具和服務，以可存取的格式提供資訊。請致電 1-877-672-8620 或與您的提供者聯絡。

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-877-672-8620 o makipag-usap sa iyong provider.

French: ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir de l'information dans des formats accessibles sont également offerts gratuitement. Composez le 1-877-672-8620 ou parlez-en à votre fournisseur.

Vietnamese: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-877-672-8620 hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenz-Angebote zur Verfügung. Auch entsprechende Hilfsmittel und Angebote zur barrierefreien Informationsbereitstellung sind kostenlos verfügbar. Rufen Sie 1-877-672-8620 an oder wenden Sie sich an Ihren Anbieter.

Korean: 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-877-672-8620번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-877-672-8620 или обратитесь к своему поставщику услуг.

Arabic:
تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فتتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل على الرقم 1-877-672-8620 أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-877-672-8620 पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Italian: ATTENZIONE: Se parli italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente strumenti e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-877-672-8620 o rivolgiti al tuo fornitore.

Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, estão disponíveis para si serviços gratuitos de assistência linguística. Os recursos auxiliares e os serviços adequados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-877-672-8620 ou fale com o seu fornecedor.

French Creole: ATANSYON: Si ou pale Kreyòl, sèvis asistans lang gratis la disponib pou ou. Zouti ak sèvis yo ki bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele 1-877-672-8620 oswa pale ak founisè ou.

Polish: UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-877-672-8620 lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Japanese: 注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-877-672-8620 までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Este formulario fue actualizado el 10/30/2026

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con ATRIO Health Plans al **1-877-672-8620** (TTY 711), todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, o visite **atriohp.com.**