



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 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 12

Este formulario fue actualizado el 06/01/2026. **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 (HMO) o ATRIO Support Rx (PPO C-SNP).

Este documento incluye la Lista de Medicamentos (formulario) de nuestro plan, vigente al 06/01/2026. 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 06/01/2026. 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 xx 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 limpiar

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) <i>H6743-007</i>		ATRIO Prime Rx (PPO) <i>H6743-028</i>	
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) <i>H6743-001</i>		ATRIO Prime Rx (PPO) <i>H6743-030</i>	
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*

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*

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. **La 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 local
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	22
Agentes Antiansiedad	23
Agentes Antidemencia	24
Agentes Antidiabetico	25
Agentes Antigota	31
Agentes Antimigraña	31
Agentes Antinausea	33
Agentes Antiparasitarios	34
Agentes Antiparkinson	35
Agentes Antipsicóticos	36
Agentes Calóricos	44
Agentes Cardiovasculares	44
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	56
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	56
Agentes De Trastorno De Sueño	57
Agentes Del Sistema Nervioso Central	58
Agentes Del Tracto Respiratorio	62
Agentes Dentales Y Orales	67
Agentes Dermatológicos	67
Agentes Gastrointestinales	71
Agentes Genitourinarios	75
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	76
Agentes Inmunológicos	81
Agentes Oftálmicos	95
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	96
Agentes Terapeuticos Misceláneos	100
Agentes Vasodilatadores	101
Analgésicos	102
Anestésicos	106
Antagonistas De Metales Pesados	107
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	107
Antibacterianos	108
Anticonceptivos	115
Anticonvulsivos	123
Antidepresivos	129
Antifúngicos	133
Antihistamínicos	135

Antimicrobacteriales.....	135
Antivirales (Sistémico).....	135
Cofactores Enzimáticos/Otros.....	143
Dispositivos.....	143
Preparaciones De Reemplazo.....	193
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen.....	194
Reemplazo/Modificadores De Enzima.....	198
Relajantes Musculares Esqueléticos.....	199
Vitaminas Y Minerales.....	199

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i> (Zytiga)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i> (Zytiga)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>abiraterone, submicronized oral tablet 125 mg</i> (Abiraterone Acet,Submicronized)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>abirtega oral tablet 250 mg</i> (Zytiga)	2	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i> (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
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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)
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i> (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)
<i>bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg</i> (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
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	5	PA NSO; NDS
<i>bexarotene topical gel 1 %</i> (Targretin)	5	PA NSO; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	1	
BIZENGRI INTRAVENOUS SOLUTION 375 MG/18.75 ML (20 MG/ML)	5	PA NSO; NDS; QL (75 per 28 days)
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i> (Bleomycin Sulfate)	1	
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg</i> (Velcade)	4	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i> (Velcade)	5	PA NSO; NDS
BORUZU INJECTION SOLUTION 2.5 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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	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)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 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)
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)

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i> (Cyclophosphamide)	5	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Cyclophosphamide)	5	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 500 mg/ml</i> (Cyclophosphamide)	5	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i> (Cyclophosphamide)	2	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (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)
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i> (Sprycel)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i> (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)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i> (Dacogen)	5	NDS
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i> (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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i> (Tarceva)	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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i> (Etoposide)	2	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG (flutamide)	5	NDS
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg</i> (Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 5 mg</i> (Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 7.5 mg</i> (Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (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
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i> (Floxuridine)	1	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i> (Fluorouracil)	2	PA BvD
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i> (Eulexin)	2	
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)

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> (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)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	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)
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (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)
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)

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> (Ifex)	2	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i> (Ifex)	2	
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (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, 560 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)
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)

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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
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
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)

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (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)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5	PA NSO; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>leuprolide acetate (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i> (Leuprolide Acetate)	4	PA NSO
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i> (Leuprolide Acetate)	2	PA NSO
<i>lomustine oral capsule 10 mg</i> (Gleostine)	2	
<i>lomustine oral capsule 100 mg, 40 mg</i> (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)
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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (Megestrol Acetate)	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	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)

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml</i> (Mercaptopurine)	5	NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i> (Mercaptopurine)	2	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i> (Methotrexate Sodium/PF)	1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i> (Methotrexate Sodium/PF)	1	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i> (Methotrexate Sodium)	1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i> (Methotrexate Sodium)	1	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i> (Mitoxantrone HCl)	1	
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	5	PA NSO; NDS; QL (20 per 28 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
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)
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i> (Tasigna)	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>nilotinib hcl oral capsule 50 mg</i> (Tasigna)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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)
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i> (Abraxane)	5	PA BvD; NDS
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i> (Votrient)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>pazopanib oral tablet 400 mg</i> (Votrient)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Alimta)	5	NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i> (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)
<i>pomalidomide oral capsule 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Pomalidomide)	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)
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)

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5	NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (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)
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)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Tamoxifen Citrate)	1	
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
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	

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i> (Etoposide)	2	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	5	NDS
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i> (Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (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
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i> (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
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, 200 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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i> (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)
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 PELLETT 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 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)

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 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)
ZIIHERA INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG	5	PA NSO; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i> (Acamprosate Calcium)	2	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i> (Buprenorphine HCl)	2	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	2	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i> (Buprenorphine HCl/Naloxone HCl)	1	
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i> (Bupropion HCl)	1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Disulfiram)	2	
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i> (Naloxone HCl)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, (Naloxone HCl) 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone nasal spray,non-aerosol 4 (Narcan) mg/actuation</i>	2	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg (Naltrexone HCl)</i>	2	
NICOTROL NS NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/ML	4	ST; QL (240 per 180 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 (Chantix) mg, 1 mg</i>	2	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg (Chantix) (56 pack)</i>	2	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablets,dose (Chantix) pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i>	2	
Agentes Antiansiedad		
Benzodiacepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 (Xanax) mg, 1 mg</i>	1	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg (Xanax)</i>	1	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 (Chlordiazepoxide HCl) mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Klonopin)</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg (Klonopin)</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet,disintegrating (Clonazepam) 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet,disintegrating (Clonazepam) 2 mg</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet (Tranxene T-Tab) 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml (Diazepam)</i>	1	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml (Diazepam)</i>	2	
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 (Diazepam) mg/ml</i>	2	QL (1200 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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i> (Diazepam)	2	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Valium)	1	QL (120 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml oral concent</i> (Lorazepam)	1	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam 4 mg/ml vial inner</i> (Ativan)	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml</i> (Ativan)	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 4 mg/ml</i> (Ativan)	4	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i> (Lorazepam)	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i> (Lorazepam)	1	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Ativan)	1	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan)	1	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> (Restoril)	1	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 22.5 mg</i> (Restoril)	2	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i> (Restoril)	2	NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Antidemencia		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Aricept)	1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i> (Aricept)	2	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg</i> (Donepezil HCl)	1	
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 5 mg</i> (Donepezil HCl)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i> (Ergoloid Mesylates)	2	
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i> (Razadyne ER)	2	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i> (Galantamine Hbr)	2	QL (200 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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Galantamine Hbr)	2	QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg</i> (Namenda XR)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 7 mg</i> (Namenda XR)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i> (Memantine HCl)	2	QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Namenda)	1	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i> (Rivastigmine Tartrate)	2	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i> (Exelon)	2	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Precose)	2	
<i>dapagliflozin oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Farxiga)	2	QL (30 per 30 days)
<i>dapagliflozin-metformin oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 10-1,000 mg, 10-500 mg, 5-1,000 mg, 5-500 mg</i> (Xigduo XR)	2	
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin)	3	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	3	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG (sitagliptin phos-metformin)	3	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET (linagliptin-metformin) 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i> (Riomet)	2	QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i> (Metformin HCl)	6	QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i> (Metformin HCl)	6	QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 750 mg, 850 mg</i> (Metformin HCl)	6	QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i> (Metformin HCl)	6	QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i> (Metformin HCl)	6	QL (60 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i> (Mifepristone)	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i> (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), 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	3	PA; QL (3 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	6	QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i> (Actoplus Met)	6	QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg</i> (Actoplus Met)	6	QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Repaglinide)	6	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i> (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)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG (linagliptin)	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG (dapagliflozin-metformin)	3	QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG, 5-500 MG	(dapagliflozin-metformin) 3	QL (60 per 30 days)
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (1.6 ML)	3	max \$35 copay per month supply
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i>	(Insulin Aspart Prot/Insuln Asp) 3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i>	(Insulin Aspart Prot/Insuln Asp) 3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	(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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN U-100 (insulin aspart u-100) INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 (insulin asp prt-insulin aspart) INSULN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN (insulin asp prt-insulin aspart) U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL U-100 (insulin aspart u-100) INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN (insulin aspart u-100) ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	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 (insulin glargine u-300 conc) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 (insulin glargine u-300 conc) INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	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		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Amaryl)	6	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i> (Amaryl)	6	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i> (Glipizide)	6	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i> (Glipizide)	6	QL (90 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i> (Glipizide)	6	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i> (Glucotrol XL)	6	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i> (Glucotrol XL)	6	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i> (Glipizide/Metformin HCl)	6	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i> (Glipizide/Metformin HCl)	6	QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i> (Glynase)	6	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Glyburide)	6	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i> (Glyburide/Metformin HCl)	6	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
Agentes Antigota		
Agentes Antigota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i> (Zyloprim)	1	
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i> (Zyloprim)	1	
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i> (Mitigare)	2	QL (60 per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i> (Colcris)	2	QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric)	2	QL (30 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i> (Probenecid)	2	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i> (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)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal)	5	ST; NDS; QL (8 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i> (Naratriptan HCl)	2	QL (18 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	3	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i> (Maxalt)	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg</i> (Maxalt Mlt)	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 5 mg</i> (Maxalt Mlt)	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject outer, suv</i> (Imitrex)	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml autoinj suv</i> (Imitrex)	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation</i> (Imitrex)	2	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml</i> (Imitrex)	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex)	2	QL (4 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex)	2	QL (5 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	3	PA; QL (16 per 30 days)
Agentes Antinausea		
Agentes Antinausea		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i> (Emend)	2	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i> (Emend)	2	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	2	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	2	PA BvD
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (Compazine)	2	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i> (Antivert)	1	
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Antivert)	1	
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i> (Ondansetron HCl)	1	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i> (Ondansetron)	1	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i> (Prochlorperazine Edisylate)	1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine)	1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compazine)	2	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml</i> (Promethazine HCl)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Promethazine HCl)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine rectal suppository 25 mg</i> (Promethazine HCl)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i> (Promethazine HCl)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i> (Transderm-Scop)	2	PA-HRM; QL (10 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i> (Albendazole)	2	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Mepron)	2	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i> (Malarone)	2	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i> (Malarone)	2	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Chloroquine Phosphate)	2	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i> (Plaquenil)	2	QL (180 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	2	QL (90 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i> (Plaquenil)	2	QL (60 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i> (Plaquenil)	2	QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	2	
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i> (Stromectol)	2	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i> (Mefloquine HCl)	2	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Nitazoxanide)	5	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	2	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i> (Biltricide)	2	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	4	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	5	PA; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	2	PA
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Tinidazole)	2	
Agentes Antiparkinson		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i> (Amantadine HCl)	2	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i> (Amantadine HCl)	1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i> (Amantadine HCl)	2	
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Benztropine Mesylate)	1	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i> (Parlodel)	2	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i> (Cabergoline)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Dhivy)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i> (Dhivy)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i> (Carbidopa/Levodopa)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i> (Carbidopa/Levodopa)	2	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i> (Comtan)	2	
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NDS; QL (150 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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	5	PA; NDS
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML	5	PA; NDS; QL (600 per 30 days)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i> (Pramipexole Di-HCl)	1	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	2	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i> (Ropinirole HCl)	1	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 2 mg, 4 mg</i> (Ropinirole HCl)	2	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i> (Selegiline HCl)	2	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i> (Selegiline HCl)	2	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i> (Trihexyphenidyl HCl)	1	
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML	5	PA; NDS; QL (560 per 28 days)
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)

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	5	NDS; QL (2 per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i> (Aripiprazole)	2	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	2	
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg</i> (Aripiprazole)	2	ST; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg</i> (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)
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)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Saphris)	2	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i> (Chlorpromazine HCl)	2	
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i> (Chlorpromazine 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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Chlorpromazine HCl)	2	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Clozaril)	2	
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i> (Clozapine)	2	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 150 mg</i> (Clozapine)	2	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 200 mg</i> (Clozapine)	2	ST; QL (120 per 30 days)
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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2)	4	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i> (Fluphenazine Decanoate)	2	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i> (Fluphenazine HCl)	2	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i> (Fluphenazine HCl)	2	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i> (Fluphenazine HCl)	2	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Fluphenazine HCl)	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i> (Haloperidol Decanoate)	2	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i> (Haloperidol Lactate)	1	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i> (Haloperidol Lactate)	2	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i> (Haloperidol Lactate)	1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Haloperidol)	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)

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i> (Loxapine Succinate)	2	
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i> (Latuda)	2	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i> (Latuda)	2	QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i> (Molindone HCl)	2	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i> (Molindone HCl)	2	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i> (Molindone HCl)	5	NDS; QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln</i> (Zyprexa) 10 mg	2	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Zyprexa)	2	
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i> (Zyprexa)	2	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating</i> (Zyprexa Zydis) 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	2	
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG	5	ST; NDS
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg</i> (Invega)	2	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg</i> (Invega)	2	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> (Invega)	2	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Perphenazine)	2	
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	5	NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Pimozide)	2	
<i>prochlorperazine 10 mg/2 ml vial inner 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i> (Prochlorperazine Edisylate)	1	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel)	1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i> (Seroquel)	1	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel XR)	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)

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml</i> (Risperdal Consta)	2	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 25 mg/2 ml</i> (Risperdal Consta)	2	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i> (Risperdal Consta)	5	NDS; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	2	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i> (Risperdal)	1	
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperdal)	1	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperidone)	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)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Thioridazine HCl)	2	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Thiothixene)	2	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (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)

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	4	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Geodon)	2	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i> (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)

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i> (Dextrose 5 % in Water)	2	
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i> (Clonidine HCl)	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr</i> (Catapres-Tts 1)	2	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr</i> (Catapres-Tts 1)	2	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i> (Catapres-Tts 1)	2	
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	1	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i> (Northera)	2	PA; QL (180 per 30 days)
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	5	PA; 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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Guanfacine HCl)	2	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Midodrine HCl)	2	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Minipress)	2	
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Amiodarone HCl)	2	
<i>amiodarone oral tablet 400 mg</i> (Amiodarone HCl)	2	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> (Tikosyn)	2	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i> (Flecainide Acetate)	2	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Amiodarone HCl)	2	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i> (Rythmol SR)	2	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i> (Propafenone HCl)	2	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i> (Quinidine Sulfate)	2	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i> (Acebutolol HCl)	1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Tenormin)	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i> (Tenoretic 50)	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i> (Tenoretic 50)	1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Bisoprolol Fumarate)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i> (Ziac)	1	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg)	1	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Labetalol HCl)	1	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 50-25 mg</i> (Metoprolol/Hydrochlorothiazide)	2	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor)	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg</i> (Lopressor)	1	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Bystolic)	2	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	2	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Propranolol HCl)	1	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (Betapace)	1	
<i>sotalol aforal tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Betapace)	1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Betapace)	1	
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i> (Betapace)	1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Timolol Maleate)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cardizem CD)	1	
<i>diltiazem 24hr er 360 mg cap once-a-day dosage</i> (Tiazac)	2	
<i>diltiazem 24hr er 420 mg cap</i> (Tiazac)	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Cardizem CD)	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 180 mg</i> (Tiazac)	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i> (Cardizem CD)	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cardizem CD)	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem CD)	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i> (Cardizem CD)	1	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (Cardizem CD)	1	
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> (Tiazac)	1	
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (Cardizem CD)	1	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (Verapamil HCl)	2	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i> (Verapamil HCl)	4	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Calan SR)	1	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (Calan SR)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antagonistas De Receptores De Angiotensina II		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Atacand)	6	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (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 PELLETT 15-16 MG, 6-6 MG	3	QL (240 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Avapro)	6	
<i>irbesartan oral tablet 75 mg</i> (Avapro)	6	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	6	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	6	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	6	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	6	
<i>olmesartan-amlodipin-hctiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i> (Tribenzor)	6	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	6	
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg</i> (Entresto)	2	QL (60 per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg</i> (Micardis)	6	
<i>telmisartan oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	6	

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> (Micardis HCT)	6	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	6	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> (Diovan HCT)	6	
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvasc)	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i> (Lotrel)	6	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i> (Lotrel)	6	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i> (Azor)	6	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i> (Exforge)	6	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiaid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i> (Exforge HCT)	2	
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Felodipine)	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg</i> (Procardia XL)	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 90 mg</i> (Procardia XL)	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Nifedipine)	1	

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i> (Fluvastatin Sodium)	6	QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i> (Lescol XL)	6	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	1	
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i> (Vascepa)	2	QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i> (Vascepa)	2	QL (120 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (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)
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Niacin)	2	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	2	ST; QL (120 per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Livalo)	2	QL (30 per 30 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Pravastatin Sodium)	6	
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i> (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)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	6	
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	6	

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i> (Zocor)	6	
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i> (Amiloride HCl)	1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i> (Amiloride/Hydrochlorothiazide)	1	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Bumetanide)	2	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Chlorthalidone)	1	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i> (Furosemide)	1	
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i> (Furosemide)	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i> (Furosemide)	1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i> (Hydrochlorothiazide)	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Hydrochlorothiazide)	1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i> (Indapamide)	1	
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (tolvaptan (polycystic kidney dis))	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Metolazone)	2	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i> (Aldactazide)	1	
<i>tolvaptan (polycystic kidney dis) oral tablets, sequential 15 mg (am)/ 15 mg (pm), 30 mg (am)/ 15 mg (pm), 45 mg (am)/ 15 mg (pm), 60 mg (am)/ 30 mg (pm), 90 mg (am)/ 30 mg (pm)</i> (Jynarque)	5	PA; NDS; QL (56 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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Accupril)	6	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Accuretic)	6	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	6	
<i>ramipril oral capsule 10 mg</i> (Altace)	6	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Trandolapril)	6	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	2	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg</i> (Inspra)	2	
<i>eplerenone oral tablet 50 mg</i> (Inspra)	2	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i> (Isordil)	2	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil)	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Isosorbide Mononitrate)	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Isosorbide Mononitrate)	1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i> (Minoxidil)	1	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria			
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria			
<i>alose tron oral tablet 0.5 mg</i>	(Lotronex)	2	
<i>alose tron oral tablet 1 mg</i>	(Lotronex)	5	NDS
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>	(Colazal)	2	
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	(Budesonide)	2	
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i>	(Uceris)	2	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>	(Cortenema)	2	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i>	(Mesalamine)	2	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i>	(Apriso)	2	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i>	(Lialda)	2	QL (120 per 30 days)
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	(Azulfidine)	1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	(Azulfidine)	4	
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica			
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica			
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	(Alendronate Sodium)	2	QL (300 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	(Fosamax)	1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i>	(Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i>	(Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	(Calcitonin, Salmon, Synthetic)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i> (Rocaltrol)	1	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i> (Sensipar)	2	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	2	QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i> (Boniva)	1	QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	5	PA; NDS; QL (2 per 28 days)
OSENVELT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5	PA; NDS
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	2	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i> (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)
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)</i> (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		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (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)
<i>doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg</i> (Silenor)	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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	2	QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (Xyrem)	5	PA; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i> (Zaleplon)	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	1	QL (30 per 30 days)
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i> (Strattera)	2	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (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)

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i> (Ampyra)	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i> (Adderall XR)	2	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i> (Adderall XR)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Adderall)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg</i> (Tecfidera)	2	PA; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i> (Tecfidera)	2	PA
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i> (Tecfidera)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i> fingolimod oral capsule 0.5 mg</i> (Gilenya)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (Copaxone)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (Copaxone)	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (Copaxone)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (Copaxone)	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (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)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Lithium Carbonate)	1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i> (Lithobid)	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i> (Lithobid)	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i> (Lithobid)	1	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i> (Lithium Citrate)	2	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine(multiple sclerosis))	5	PA; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine(multiple sclerosis))	5	PA; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine(multiple sclerosis))	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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) (cladribine(multiple sclerosis)) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) (cladribine(multiple sclerosis)) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) (cladribine(multiple sclerosis)) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) (cladribine(multiple sclerosis)) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
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
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i> (Methylin)	2	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (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
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i> (Rilutek)	2	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i> (Xenazine)	2	PA; 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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i> (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		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i> (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)
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i> (Cromolyn Sodium)	2	PA BvD
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)
<i>nintedanib oral capsule 100 mg, 150 mg</i> (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)

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (nintedanib)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML	5	PA BvD; NDS
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i> (Daliresp)	2	QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i> (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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 (fluticasone propion- AEROSOL INHALER 115-21 salmeterol) MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	3	QL (12 per 30 days)
AIRSUPRA 90-80 MCG INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	3	QL (32.1 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA (fluticasone furoate) INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION (fluticasone furoate- BLISTER WITH DEVICE 100-25 vilanterol) MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
<i>breyna inhalation hfa aerosol inhaler</i> (Symbicort) <i>160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	2	QL (30.9 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for</i> (Pulmicort) <i>nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i>	2	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa</i> (Symbicort) <i>aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	2	QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa</i> (Flovent Hfa) <i>aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	2	QL (12 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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i> (Flovent Hfa)	2	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i> (Flovent Hfa)	2	QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i> (Advair Diskus)	1	QL (60 per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i> (Advair Diskus)	1	QL (60 per 30 days)
Antileucotrinicos		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i> (Singulair)	1	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i> (Singulair)	1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Accolate)	2	
Broncodilatadores		
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	3	QL (32.1 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i> (Ventolin Hfa)	2	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i> (Ventolin Hfa)	2	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i> (Ventolin Hfa)	2	QL (36 per 30 days)
<i>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</i> (Albuterol Sulfate)	1	PA BvD
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION (umeclidinium-vilanterol)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION (ipratropium bromide)	4	QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 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)
<i>ipratropium bromide inhalation hfa aerosol inhaler 17 mcg/actuation</i> (Ipratropium Bromide)	2	QL (25.8 per 28 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i> (Ipratropium Bromide)	1	PA BvD
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i> (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)
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)
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i> (Theophylline Anhydrous)	2	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i> (Theophylline Anhydrous)	2	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i> (Theophylline Anhydrous)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg</i> (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

<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i> (Evoxac)	2	
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (Chlorhexidine Gluconate)	1	
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (Fluoride (Sodium))	1	
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i> (Fluoride (Sodium))	1	
<i>fluoride (sodium) dental gel 1.1 %</i> (Fluoride (Sodium))	1	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i> (Prevident)	1	
<i>perio gard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (Chlorhexidine Gluconate)	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Salagen)	2	
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (Fluoride (Sodium))	1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i> (Prevident 5000 Sensitive)	1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i> (Kourzeq)	2	

Agentes Dermatológicos

Agentes Antiinflamatorios

Dermatológicos

<i>ala-cort topical cream 1 %</i> (Hydrocortisone)	1	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i> (Betamethasone Dipropionate)	2	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i> (Betamethasone Dipropionate)	2	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i> (Betamethasone Dipropionate)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	(Betamethasone Valerate)	2	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	(Betamethasone Valerate)	2	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	(Betamethasone Valerate)	1	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	(Betamethasone/Propylene Glyc)	1	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	(Betamethasone Dipropionate)	2	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	(Betamethasone/Propylene Glyc)	2	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i>	(Diprolene)	2	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	(Clobetasol Propionate)	2	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	(Clobetasol Propionate)	2	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	(Clobetasol Propionate)	2	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i>	(Clobex)	2	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	(Temovate)	2	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i>	(Clobex)	2	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	(Clobetasol Propionate/Emoll)	2	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i>	(Olux-E)	2	
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %		3	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	(Synalar)	2	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i>	(Synalar)	2	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>	(Synalar)	2	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	(Vanos)	2	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	(Fluocinonide)	2	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	(Fluocinonide)	2	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	(Fluocinonide)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluticasone propionate topical cream</i> 0.05 % (Fluticasone Propionate)	1	
<i>halobetasol propionate topical cream</i> 0.05 % (Halobetasol Propionate)	2	
<i>halobetasol propionate topical ointment</i> 0.05 % (Halobetasol Propionate)	2	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i> (Hydrocortisone)	1	
<i>hydrocortisone topical cream</i> 1 % (Hydrocortisone)	1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator</i> 2.5 % (Hydrocortisone)	1	
<i>hydrocortisone topical lotion</i> 2.5 % (Scalacort)	1	
<i>hydrocortisone topical ointment</i> 1 % (Hydrocortisone)	1	
<i>hydrocortisone topical ointment</i> 2.5 % (Hydrocortisone)	1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream</i> 0.2 % (Hydrocortisone Valerate)	2	
<i>mometasone topical cream</i> 0.1 % (Mometasone Furoate)	1	
<i>mometasone topical ointment</i> 0.1 % (Mometasone Furoate)	1	
<i>mometasone topical solution</i> 0.1 % (Mometasone Furoate)	1	
<i>pimecrolimus topical cream</i> 1 % (Elidel)	2	QL (100 per 30 days)
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator</i> 2.5 % (Anusol-HC)	1	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator</i> 2.5 % (Anusol-HC)	1	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator</i> 2.5 % (Anusol-HC)	1	
<i>tacrolimus topical ointment</i> 0.03 %, 0.1 % (Protopic)	2	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream</i> 0.025 %, 0.1 % (Triamcinolone Acetonide)	1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream</i> 0.5 % (Triamcinolone Acetonide)	1	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion</i> 0.025 %, 0.1 % (Triamcinolone Acetonide)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i> (Tritocin)	1	
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i> (Acitretin)	2	
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i> (Ammonium Lactate)	1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (Ammonium Lactate)	1	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i> (Calcipotriene)	2	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i> (Dovonex)	2	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i> (Calcipotriene)	2	QL (120 per 30 days)
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Carac)	2	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i> (Fluorouracil)	2	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i> (Aldara)	2	QL (24 per 30 days)
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	5	ST; NDS; QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i> (Methoxsalen)	5	NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	5	NDS; QL (60 per 28 days)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i> (Podofilox)	2	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	4	QL (180 per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	5	PA NSO; NDS
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Absorica)	2	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i> (Cleocin T)	1	QL (180 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin P)	1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %</i> (Clindamycin Phos/Benzoyl Perox)	2	
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i> (Erythromycin Base In Ethanol)	2	
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i> (Gentamicin Sulfate)	2	QL (90 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i> (Gentamicin Sulfate)	2	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Metrocream)	2	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	2	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Rosadan)	2	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	1	QL (220 per 30 days)
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i> (Metrocream)	2	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i> (Selenium Sulfide)	1	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (Silvadene)	1	
<i>ssd topical cream 1 %</i> (Silvadene)	4	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	2	
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	2	QL (60 per 30 days)
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	2	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	4	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> (Tazorac)	2	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	2	PA
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i> (Lansoprazole/Amoxicil n/Clarith)	2	
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i> (Cimetidine 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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i> (Nexium)	2	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i> (Nexium)	2	QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i> (Nexium)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i> (Nexium)	2	ST; QL (60 per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i> (Pepcid)	1	
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid)	1	
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i> (Prevacid)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i> (Prevacid)	1	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	2	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Omeprazole)	1	
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (Protonix)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i> (Protonix)	1	QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (Aciphex)	1	QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	1	
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	4	PA
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i> (Carglumic Acid)	5	PA; NDS
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Lactulose)	1	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i> (Dicyclomine HCl)	1	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i> (Dicyclomine HCl)	2	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i> (Dicyclomine HCl)	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Lactulose)	1	
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (Lactulose)	1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i> (Robinul)	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i> (Robinul)	2	
<i>kionex oral suspension 15 gram/60 ml</i> (Sodium Polystyrene Sulfonate)	2	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (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	
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Loperamide HCl)	1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg</i> (Amitiza)	2	QL (60 per 30 days)
<i>lubiprostone oral capsule 8 mcg</i> (Amitiza)	2	QL (120 per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i> (Metoclopramide HCl)	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	
MOVANTI ^K ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram</i> (Sodium Polystyrene Sulfonate)	2	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral suspension 15 gram/60 ml</i> (Sodium Polystyrene Sulfonate)	2	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i> (Sodium Polystyrene Sulfon/Sorb)	2	
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i> (Reltone)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i> (Reltone)	2	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i> (Urso)	2	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (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		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i> (Calcium Acetate)	2	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i> (Calcium Acetate)	2	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> (Renvela)	2	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	2	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i> (Renagel)	2	
Laxantes		
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i> (Golytely)	1	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (Golytely)	1	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i> (Sodium Chloride/Nahco3/Kcl/Pe g)	1	
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (Golytely)	1	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i> (Sodium Chloride/Nahco3/Kcl/Pe g)	1	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i> (Suprep)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i> (Suprep)	2	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i> (Uroxatral)	1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	1	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar)	1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i> (Flomax)	1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Terazosin HCl)	1	
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i> (Bethanechol Chloride)	2	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i> (Toviaz)	2	
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i> (Flavoxate HCl)	2	
<i>mirabegron oral tablet extended release 24 hr 25 mg, 50 mg</i> (Myrbetriq)	2	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i> (Oxybutynin Chloride)	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i> (Oxybutynin Chloride)	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i> (Ditropan XL)	1	
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Vesicare)	1	
<i>tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i> (Detrol LA)	2	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Detrol)	2	
<i>tropium oral tablet 20 mg</i> (Tropium Chloride)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modifi cador		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		
<i>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</i> (Levo-T)	1	
<i>liomny oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel)	2	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel)	2	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Methimazole)	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i> (Propylthiouracil)	2	
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; NDS
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Danazol)	2	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i> (Oxandrolone)	2	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Depo-Testosterone)	1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i> (Depo-Testosterone)	1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i> (Testosterone Enanthate)	2	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i> (Vogelxo)	2	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i> (Vogelxo)	2	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram)</i> (Androgel)	2	PA; QL (300 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (50 mg/5 gram)</i> (Androgel)	2	PA; QL (300 per 30 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos		
<i>abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg</i> (Activella)	1	
<i>abigale oral tablet 1-0.5 mg</i> (Activella)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>conjugated estrogens oral tablet 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg</i> (Premarin)	2	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Vagifem)	1	
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Minivelle)	2	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Climara)	2	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i> (Estrace)	2	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Vagifem)	2	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i> (Activella)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg</i> (Activella)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (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)
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i> (Vagifem)	2	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i> (Dexamethasone)	1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i> (Dexamethasone)	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i> (Dexamethasone Sodium Phosphate)	1	
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i> (Fludrocortisone Acetate)	1	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i> (Medrol)	1	
<i>methylprednisolone oral tablets, dose pack 4 mg</i> (Medrol)	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i> (Pediapred)	1	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i> (Pediapred)	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> (Pediapred)	2	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i> (Prednisone)	2	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i> (Prednisone)	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i> (Prednisone)	1	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i> (Kenalog-40)	1	

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Pituitario		
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NDS; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i> (Desmopressin (Nonrefrigerated))	2	
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i> (Desmopressin (Nonrefrigerated))	2	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i> (DDAVP)	2	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i> (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
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
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml</i> (Octreotide Acetate)	5	NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i> (Octreotide Acetate)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>octreotide acetate injection solution</i> (Octreotide Acetate) 200 mcg/ml	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 (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	5	PA NSO; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	5	PA NSO; NDS; QL (0.3 per 28 days)
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)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i> (Aygestin)	2	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	1	
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	1	
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Provera)	1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i> (Megestrol Acetate)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i> (Aygestin)	2	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	2	
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
<i>adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml</i> (Yuflyma(Cf) Autoinjector)	5	PA; NDS
<i>adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 80 mg/0.8 ml</i> (Yuflyma(Cf) Autoinjector)	5	PA; NDS
<i>adalimumab-aaty subcutaneous syringe kit 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i> (Adalimumab-Aaty)	5	PA; NDS
<i>adalimumab-aaty(cf) ai crohns subcutaneous auto-injector, kit 80 mg/0.8 ml</i> (Yuflyma(Cf) Autoinjector)	5	PA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5	PA; NDS
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG (tacrolimus)	4	PA BvD
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 5 MG (tacrolimus)	5	PA BvD; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	2	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i> (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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
<i>cyclosporine intravenous solution</i> (Sandimmune) <i>250 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Neoral) <i>100 mg, 25 mg</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Neoral) <i>50 mg</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Neoral) <i>100 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25</i> (Sandimmune) <i>mg</i>	2	PA BvD
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC- (adalimumab-adbm) HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS- (adalimumab-adbm) UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CYLTEZO(CF) PEN (adalimumab-adbm) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS (adalimumab-adbm) SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	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 RECON SOLN 25 MG (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
<i>everolimus (immunosuppressive) oral (Zortress)</i> <i>tablet 0.25 mg</i>	2	PA BvD
<i>everolimus (immunosuppressive) oral (Zortress)</i> <i>tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	5	PA BvD; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	5	PA BvD; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg (Neoral)</i>	2	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml (Neoral)</i>	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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HADLIMA PUSH TOUCH SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HADLIMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HADLIMA(CF) PUSH TOUCH (adalimumab-bwwd) SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS
HADLIMA(CF) SUBCUTANEOUS (adalimumab-bwwd) SYRINGE 40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS- ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
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
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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i> (Remicade)	5	PA; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	5	PA; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	2	
<i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i> (Cellcept)	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i> (Cellcept)	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i> (Cellcept)	5	PA BvD; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i> (Cellcept)	2	PA BvD
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i> (Myfortic)	2	PA BvD
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA BvD; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	5	PA; NDS
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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	5	PA; 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 (tacrolimus) SOLUTION 5 MG/ML	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
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML (ustekinumab-aekn)	3	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab-aekn)	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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i> (Rapamune)	2	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (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	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
<i>tacrolimus intravenous solution 5 mg/ml</i> (Tacrolimus)	2	PA BvD
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	2	PA BvD
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)	5	PA; NDS
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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
<i>ustekinumab-aauz subcutaneous</i> (Ustekinumab-Aauz) <i>syringe 45 mg/0.5 ml, 90 mg/ml</i>	3	PA
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	5	PA; NDS
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- (adalimumab-aaty) HS SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR (adalimumab-aaty) SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS (adalimumab-aaty) SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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 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, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i> (Timoptic)	1	
<i>timolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Betimol)	1	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i> (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		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i> (Acetic Acid)	1	
<i>ak-poly-bac ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (Bacitracin/Polymyxin B Sulfate)	1	
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i> (Bacitracin)	2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (Bacitracin/Polymyxin B Sulfate)	1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i> (Ciprofloxacin HCl)	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i> (Ciprodex)	2	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i> (Erythromycin Base)	1	QL (3.5 per 4 days)
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i> (Gentamicin Sulfate)	2	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i> (Gentamicin Sulfate)	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i> (Hydrocortisone/Acetic Acid)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Vigamox)	2	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	4	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (Neomycin/Bacit/P-Myx/Hydrocort)	2	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (Neomycin/Bacitracin/Polymyxinb)	2	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i> (Maxitrol)	1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i> (Maxitrol)	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i> (Neomycin/Polymyxn B/Gramicidin)	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i> (Neomycin/Polymyxin B/Hydrocort)	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i> (Neomycin/Polymyxin B/Hydrocort)	2	
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (Neomycin/Bacit/P-Myx/Hydrocort)	2	
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (Neomycin/Bacitracin/Polymyxinb)	2	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i> (Ocuflox)	1	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i> (Ocuflox)	2	
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (Bacitracin/Polymyxin B 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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i> (Polymyxin B Sulf/Trimethoprim)	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i> (Sulfacetamide Sodium)	2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i> (Sulfacetamide Sodium)	2	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i> (Sulfacetamide/Prednisolone Sp)	1	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i> (Tobramycin)	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i> (Tobradex)	2	
<i>tobramycin-lotepred ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.5 %</i> (Zylet)	2	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Trifluridine)	2	
XDEMVIY OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %	5	PA; NDS; QL (10 per 42 days)
ZIRGAN OPTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	4	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i> (Prolensa)	2	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</i> (Restasis)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Dexamethasone Sodium Phosphate)	2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Diclofenac Sodium)	1	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i> (Durezol)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	3	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol</i> (Flunisolide) 25 mcg (0.025 %)	2	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetamide oil otic (ear)</i> (Dermotic) drops 0.01 %	2	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye)</i> (FML) drops,suspension 0.1 %	2	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye)</i> (Flurbiprofen Sodium) drops 0.03 %	2	
<i>fluticasone propionate nasal</i> (Fluticasone Propionate) <i>spray,suspension 50 mcg/actuation</i>	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)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5</i> (Acular) <i>%</i>	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)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic</i> (Lotemax) <i>(eye) drops,gel 0.5 %</i>	2	QL (10 per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic</i> (Alrex) <i>(eye) drops,suspension 0.2 %</i>	2	ST
<i>loteprednol etabonate ophthalmic</i> (Alrex) <i>(eye) drops,suspension 0.5 %</i>	2	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol</i> (Mometasone Furoate) <i>50 mcg/actuation</i>	2	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic</i> (Pred Forte) <i>(eye) drops,suspension 1 %</i>	4	
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Isopto Atropine)	2	
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i> (Azelastine HCl)	1	QL (60 per 30 days)
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i> (Azelastine HCl)	1	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i> (Azelastine HCl)	1	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i> (Cromolyn Sodium)	1	
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i> (Epinastine HCl)	2	
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i> (Ipratropium Bromide)	2	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i> (Ipratropium Bromide)	2	QL (15 per 10 days)
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 %	3	QL (12 per 28 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Olopatadine HCl)	1	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i> (Olopatadine HCl)	1	
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
BAQSIMI NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION	3	
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i> (Cystadane)	5	PA; NDS
<i>bupirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Buspirone HCl)	1	
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	5	NDS
<i>glucagon emergency kit (human) injection recon soln 1 mg</i> (Glucagen)	3	

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i> (Glutamine)	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	3	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Vistaril)	1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Leucovorin Calcium)	2	
<i>mesna oral tablet 400 mg</i> (Mesnex)	5	NDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i> (Rectiv)	2	QL (30 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> (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)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (Cialis)	2	PA; QL (60 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i> (Tracleer)	5	PA; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Viagra)	2	PA; QL (360 per 30 days)
<i>sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Viagra)	2	EX; CB (6 EA per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i> (Cialis)	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i> (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 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

Esteroides

<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i> (Flector)	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i> (Diclofenac Potassium)	2	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i> (Diclofenac Sodium)	2	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg</i> (Diclofenac Sodium)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg</i> (Naproxen)	1	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i> (Sulindac)	1	
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5 ml cup inner 300 mg-30 mg /12.5 ml</i> (Acetaminophen with Codeine)	1	NDS; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i> (Acetaminophen with Codeine)	1	NDS; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i> (Acetaminophen with Codeine)	1	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i> (Acetaminophen with Codeine)	1	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i> (Butrans)	2	NDS; QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i> (Fioricet with Codeine)	2	PA-HRM; NDS; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg</i> (Esgic)	2	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg</i> (Esgic)	2	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i> (Esgic)	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i> (Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i> (Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	NDS; QL (240 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	(Actiq)	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	(Actiq)	2	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	(Fentanyl)	2	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml</i>	(Hydrocodone/Acetaminophen)	2	NDS; QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	(Hydrocodone/Acetaminophen)	1	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	(Hydrocodone/Acetaminophen)	1	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	(Dilaudid)	1	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	(Diskets)	1	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	(Diskets)	1	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	(Morphine Sulfate)	1	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	(Morphine Sulfate)	1	NDS; QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	(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)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg</i>	(MS Contin)	2	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i>	(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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i> (Lidocaine HCl)	1	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i> (Lidocaine/Prilocaine)	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (Lidoderm)	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>tridacaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (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

<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu Sprinkle)	5	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu)	2	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen)	5	PA; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)

Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)

Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)

<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> (Cleocin)	2	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i> (Vandazole)	2	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i> (Terconazole)	2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i> (Terconazole)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i> (Amikacin Sulfate)	2	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	5	PA; NDS; QL (235.2 per 28 days)
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i> (Gentamicin Sulfate)	1	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i> (Gentamicin Sulfate/PF)	2	
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i> (Gentamicin Sulfate/PF)	1	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i> (Neomycin Sulfate)	2	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i> (Streptomycin Sulfate)	5	NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	5	NDS; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	5	PA BvD; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i> (Tobramycin Sulfate)	2	
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin HCl)	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml)</i> (Cleocin Phosphate)	2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin Phosphate)	2	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>daptomycin intravenous recon soln</i> (Cubicin) 350 mg, 500 mg	5	NDS
<i>fosfomycin tromethamine oral packet</i> (Monurol) 3 gram	2	
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback</i> (Zyvox) 600 mg/300 ml	2	
<i>linezolid oral suspension for reconstitution</i> (Zyvox) 100 mg/5 ml	5	NDS
<i>linezolid oral tablet</i> (Zyvox) 600 mg	2	
<i>methenamine hippurate oral tablet</i> (Hiprex) 1 gram	2	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback</i> (Metronidazole/Sodium Chloride) 500 mg/100 ml	1	
<i>metronidazole oral tablet</i> (Metronidazole) 250 mg, 500 mg	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule</i> (Macrodantin/Macrobid) 100 mg, 50 mg	1	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule</i> (Macrobid) 100 mg	1	QL (60 per 30 days)
<i>trimethoprim oral tablet</i> (Trimethoprim) 100 mg	1	
<i>vancomycin intravenous recon soln</i> (Vancomycin HCl) 1,000 mg, 1.25 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg	2	
<i>vancomycin oral capsule</i> (Vancocin HCl) 125 mg	2	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule</i> (Vancocin HCl) 250 mg	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		
<i>aztreonam injection recon soln</i> (Azactam) 1 gram, 2 gram	2	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5	PA; LA; 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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i> (Invanz)	2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i> (Primaxin)	2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin)	2	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i> (Meropenem)	2	
<i>meropenem intravenous recon soln 2 gram</i> (Meropenem)	4	
Cefalosporinas		
<i>cefactor oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Cefactor)	2	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i> (Cefadroxil)	1	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i> (Cefadroxil)	2	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg</i> (Cefazolin Sodium)	2	
<i>cefazolin intravenous recon soln 10 gram</i> (Cefazolin Sodium)	2	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i> (Cefdinir)	1	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i> (Cefdinir)	2	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Cefepime HCl)	2	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i> (Suprax)	2	
<i>cefixime oral tablet 400 mg</i> (Cefixime)	2	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i> (Cefoxitin Sodium)	2	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Cefpodoxime Proxetil)	2	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cefprozil)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ceftaroline fosamil intravenous recon soln 400 mg, 600 mg</i> (Ceftaroline Fosamil Acetate)	5	NDS
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (Ceftazidime)	2	
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i> (Ceftriaxone Sodium)	2	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cefuroxime Axetil)	1	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i> (Cefuroxime Sodium)	2	
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i> (Cefuroxime Sodium)	2	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Cephalexin)	1	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i> (Cephalexin)	1	
<i>tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (Ceftazidime)	2	
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Zithromax)	2	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zithromax)	2	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (Zithromax)	2	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg</i> (Zithromax)	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zithromax)	1	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i> (Clarithromycin)	2	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Clarithromycin)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (Eryped 200)	2	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (Eryped 200)	2	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Ery-Tab)	2	
<i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i> (Dificid)	5	NDS; QL (20 per 10 days)
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Amoxicillin)	1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i> (Amoxicillin)	1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i> (Amoxicillin)	1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i> (Amoxicillin)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i> (Augmentin)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i> (Augmentin)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i> (Augmentin)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i> (Amoxicillin/Potassium Clav)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i> (Ampicillin Trihydrate)	1	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i> (Ampicillin Sodium)	2	
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	2	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Dicloxacillin Sodium)	2	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT	4	
LENTOCILIN S INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT	4	
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i> (Nafcillin Sodium)	2	
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i> (Penicillin G Potassium)	2	
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i> (Penicillin G Procaine)	2	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i> (Penicillin V Potassium)	1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Penicillin V Potassium)	1	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i> (Piperacillin Sodium/Tazobactam)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cipro)	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i> (Cipro)	1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i> (Ciprofloxacin In 5 % Dextrose)	2	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i> (Levofloxacin In Dextrose 5 %)	2	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i> (Levofloxacin)	2	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Levofloxacin)	1	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag sub, p/f, inner</i> (Moxifloxacin/Sod.Ace, Sul/Water)	2	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i> (Moxifloxacin HCl)	2	
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i> (Moxifloxacin/Sod.Ace, Sul/Water)	2	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i> (Sulfadiazine)	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (Sulfamethoxazole/Trimethoprim)	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim)	1	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Demeclocycline HCl)	2	
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxycycline Hyclate)	2	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxycycline Hyclate)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i> (Morgidox)	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i> (Morgidox)	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i> (Doryx)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Doxycycline Monohydrate)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i> (Doxycycline Monohydrate)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i> (Doxycycline Monohydrate)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i> (Avidoxy)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg</i> (Avidoxy)	2	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Minocycline HCl)	1	
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Tetracycline HCl)	2	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i> (Tygacil)	2	
Anticonceptivos		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	1	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	1	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Ortho-Novum)	1	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i> (Ortho-Novum)	1	
<i>amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es tradiol)	1	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(Loestrin)	1	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(Loestrin)	1	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es tradiol)	1	
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es tradiol)	1	
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Mircette)	2	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	(Ortho Micronor)	1	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es tradiol)	1	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(Norgestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Ortho-Novum)	1	

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	(Ortho-Novum)	1	
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	(Ortho Micronor)	1	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Mircette)	2	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	2	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(Norgestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(Nuvaring)	2	QL (1 per 28 days)
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i>	(Ortho Micronor)	1	
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(Nuvaring)	2	QL (1 per 28 days)
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	1	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	(Ortho Micronor)	1	
<i>estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Ethinodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(Ethinodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(Nuvaring)	2	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	1	
<i>feirza oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1	

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (Loestrin Fe)	1	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Loestrin Fe)	1	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Loestrin Fe)	1	
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (Nuvaring)	2	QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i> (Ortho Micronor)	1	
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	1	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i> (Ortho Micronor)	1	
<i>introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	1	QL (91 per 84 days)
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i> (Ortho Micronor)	1	
<i>jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	4	QL (91 per 84 days)
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Loestrin)	1	
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Loestrin)	1	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Loestrin Fe)	1	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Loestrin Fe)	1	
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (Loestrin Fe)	1	
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (Mircette)	1	
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Ethinodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(Ethinodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es tradiol)	1	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG		4	
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(Loestrin)	1	
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(Loestrin)	1	
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es tradiol)	1	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es tradiol)	1	
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i>	(Balcoltra)	4	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es tradiol)	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es tradiol)	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es tradiol)	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es tradiol)	1	QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es tradiol)	1	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es tradiol)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG	3	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (Norgestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>luizza oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i> (Loestrin)	1	
<i>luteru (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	1	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i> (Ortho Micronor)	1	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i> (Ortho Micronor)	1	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	1	
<i>meleya oral tablet 0.35 mg</i> (Ortho Micronor)	1	
<i>microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Loestrin)	2	
<i>microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Loestrin)	1	
<i>microgestin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (Loestrin Fe)	1	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Loestrin Fe)	1	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Loestrin Fe)	1	
<i>mili oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (Ortho Tri-Cyclen)	1	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG	4	
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (Ortho Tri-Cyclen)	1	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG	3	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> (Norelgestromin/Ethin.E radiol)	2	QL (3 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	(Ortho Micronor)	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(Loestrin Fe)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>	(Ortho-Novum)	1	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Ortho-Novum)	1	
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	(Ortho-Novum)	1	
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Ortho-Novum)	1	
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	(Ortho-Novum)	1	
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>orquidea oral tablet 0.35 mg</i>	(Ortho Micronor)	2	
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Mircette)	2	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	1	
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>setlakin oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Levonorgestrel/Ethin. Es radiol)	1 QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	(Ortho Micronor)	1
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Mircette)	2
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG		4
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Levonorgestrel/Ethin. Es radiol)	1
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(Loestrin Fe)	1
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	1
<i>tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(Loestrin Fe)	1
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(Loestrin Fe)	1
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> (Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	1	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i> (Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> (Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (Norgestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>tyblume oral tablet, chewable 0.1 mg-20 mcg</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	4	
<i>valtya oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i> (Ethinodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	1	
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (Mircette)	2	
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (Mircette)	1	
<i>vylibra oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (Loestrin Fe)	1	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> (Norelgestromin/Ethin.E stradiol)	2	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> (Norelgestromin/Ethin.E stradiol)	2	QL (3 per 28 days)
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Ethinodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
Anticonvulsivos		
Anticonvulsivos		
<i>brivaracetam intravenous solution 50 mg/5 ml</i> (Briviact)	5	NDS; QL (80 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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>brivaracetam oral solution 10 mg/ml</i> (Briviact)	2	QL (600 per 30 days)
<i>brivaracetam oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Briviact)	5	NDS; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML (brivaracetam)	5	NDS; QL (80 per 30 days)
<i>carbamazepine 100 mg/5 ml cup outer 100 mg/5 ml (5 ml)</i> (Tegretol)	2	
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Carbatrol)	2	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Tegretol)	2	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i> (Tegretol)	2	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Tegretol XR)	2	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg, 200 mg</i> (Carbamazepine)	2	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i> (Onfi)	2	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (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)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 5-7.5-10 mg</i> (Diastat)	2	
<i>diazepam rectal kit 2.5 mg</i> (Diastat)	4	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	4	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkle)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	2	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	2	
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,000 MG	5	ST; NDS; QL (90 per 30 days)
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
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (Tegretol)	2	
<i>eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg</i> (Aptiom)	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Aptiom)	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	2	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	2	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i> (Felbatol)	2	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	2	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5	PA NSO; NDS
<i>fosphephenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml</i> (Cerebyx)	2	
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	2	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	1	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	1	QL (120 per 30 days)

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i> (Vimpat)	2	QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	2	QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	2	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Lamictal)	1	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	2	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Lamictal Odt)	2	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	2	
<i>levetiracetam oral tablet for suspension 250 mg</i> (Levetiracetam)	2	ST
<i>levetiracetam oral tablet for suspension 500 mg</i> (Levetiracetam)	4	ST
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	4	QL (10 per 30 days)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	2	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	2	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	2	
<i>perampanel oral suspension 0.5 mg/ml</i> (Fycompa)	5	ST; NDS; QL (720 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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg</i> (Fycompa)	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i> (Fycompa)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i> (Fycompa)	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i> (Phenobarbital)	2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i> (Phenobarbital)	2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>phenytek oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Dilantin)	2	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	1	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin)	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin)	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Dilantin)	2	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i> (Phenytoin Sodium)	1	
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i> (Phenytoin Sodium)	1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	2	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	2	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	2	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i> (Mysoline)	2	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	1	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	5	ST; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	2	ST
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	5	ST; NDS
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA BvD; 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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Lamictal)	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Gabitril)	2	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax)	2	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 50 mg</i> (Topamax)	2	
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i> (Eprontia)	2	ST
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	1	
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i> (Valproic Acid (As Sodium Salt))	2	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i> (Valproic Acid (As Sodium Salt))	2	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i> (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)
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Sabril)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Sabril)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i> (Sabril)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i> (Sabril)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i> (Sabril)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	5	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	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	1	
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i> (Zonegran)	1	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (1080 per 30 days)
Antidepresivos		
Antidepresivos		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Amitriptyline HCl)	1	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Amoxapine)	2	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	5	ST; NDS
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i> (Bupropion HCl)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i> (Forfivo XL)	1	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Wellbutrin SR)	1	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i> (Citalopram Hydrobromide)	2	
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i> (Celexa)	1	QL (120 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (Celexa)	1	QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Anafranil)	2	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin)	2	
<i>desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Norpramin)	2	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Pristiq)	2	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Doxepin HCl)	2	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i> (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)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i> (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)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i> (Escitalopram Oxalate)	2	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Lexapro)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg</i> (Prozac)	1	
<i>fluoxetine oral capsule 40 mg</i> (Prozac)	1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml</i> (Fluoxetine HCl) (4 mg/ml)	2	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25</i> (Fluvoxamine Maleate) <i>mg, 50 mg</i>	2	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25</i> (Imipramine HCl) <i>mg, 50 mg</i>	1	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Remeron)	1	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5</i> (Remeron) <i>mg</i>	1	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating</i> (Remeron) <i>15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	2	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150</i> (Nefazodone HCl) <i>mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	2	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25</i> (Pamelor) <i>mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5</i> (Nortriptyline HCl) <i>ml</i>	2	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10</i> (Paxil) <i>mg/5 ml</i>	2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Paxil)	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i> (Paxil CR)	2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i> (Perphenazine/Amitriptyline HCl)	2	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i> (Nardil)	2	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Protriptyline HCl)	2	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	2	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	1	
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	5	PA NSO; NDS
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	2	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i> (Trazodone HCl)	1	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Trimipramine Maleate)	2	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	1	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Venlafaxine HCl)	1	
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Viibryd)	2	QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i> (Amphotericin B)	2	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i> (Ambisome)	5	PA BvD; NDS
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i> (Loprox)	1	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i> (Ciclodan)	1	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i> (Loprox)	2	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i> (Clotrimazole)	2	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i> (Clotrimazole)	1	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i> (Clotrimazole)	2	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i> (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
<i>econazole nitrate topical cream 1 %</i> (Econazole Nitrate)	2	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i> (Fluconazole In Nacl,Iso-Osm)	2	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i> (Diflucan)	2	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml</i> (Diflucan)	2	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Diflucan)	1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	(Griseofulvin, Microsize)	2	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	(Griseofulvin, Microsize)	2	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 165 mg, 250 mg</i>	(Griseofulvin Ultramicrosize)	2	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	(Sporanox)	2	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	(Ketoconazole)	1	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	(Ketoconazole)	2	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	(Ketoconazole)	1	QL (360 per 30 days)
<i>micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i>	(Mycamine)	2	
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	(Miconazole Nitrate)	2	
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i>	(Nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	(Nystatin)	1	
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	(Nystatin)	2	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	(Nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	(Nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i>	(Nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	(Nystatin/Triamcinolone Acet)	2	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	(Nystatin/Triamcinolone Acet)	1	
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i>	(Nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i>	(Noxafil)	5	PA; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	(Terbinafine HCl)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>voriconazole intravenous recon soln</i> 200 mg (Vfend IV)	5	PA BvD; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution</i> 200 mg/5 ml (40 mg/ml) (Vfend)	5	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet</i> 200 mg, 50 mg (Vfend)	2	
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i> 10 mg, 25 mg, 50 mg (Hydroxyzine HCl)	1	
<i>levocetirizine oral tablet</i> 5 mg (Levocetirizine Dihydrochloride)	1	
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales		
<i>dapsone oral tablet</i> 100 mg, 25 mg (Dapsone)	2	
<i>ethambutol oral tablet</i> 100 mg, 400 mg (Myambutol)	2	
<i>isoniazid oral tablet</i> 100 mg, 300 mg (Isoniazid)	1	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>pyrazinamide oral tablet</i> 500 mg (Pyrazinamide)	2	
<i>rifabutin oral capsule</i> 150 mg (Mycobutin)	2	
<i>rifampin intravenous recon soln</i> 600 mg (Rifadin)	2	
<i>rifampin oral capsule</i> 150 mg, 300 mg (Rifampin)	2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	4	
Antivirales (Sitémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution</i> 20 mg/ml (Ziagen)	2	
<i>abacavir oral tablet</i> 300 mg (Ziagen)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i> (Epzicom)	2	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i> (Reyataz)	2	
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (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
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i> (Cabotegravir)	5	NDS; QL (24 per 365 days)
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i> (Cabotegravir)	5	NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5	NDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i> (Prezista)	2	
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i> (Prezista)	5	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5	NDS
<i>didanosine oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i> (Didanosine)	2	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5	NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG (rilpivirine hcl)	5	NDS
EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i> (Efavirenz)	2	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i> (Efavirenz)	2	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofof oral tablet 600-200-300 mg</i> (Atripla)	2	
<i>efavirenz-lamivu-tenofof disop oral tablet 400-300-300 mg</i> (Symfi)	5	NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofof disop oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	5	NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	2	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i> (Truvada)	2	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 133-200 mg</i> (Truvada)	5	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-25-300 mg</i> (Complera)	5	NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	4	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intelence)	5	NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i> (Lexiva)	5	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	5	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	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
<i>rilpivirine hcl oral tablet 25 mg</i> (Rilpivirine HCl)	5	NDS
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i> (Rilpivirine)	5	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (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	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Stavudine)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
SYM TUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	5	NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (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
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	4	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	2	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	2	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i> (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
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (Tamiflu)	2	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)	2	QL (20 per 5 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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i> (Acyclovir)	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	2	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i> (Acyclovir)	1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i> (Acyclovir Sodium)	2	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	2	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	2	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Famciclovir)	2	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i> (Ribavirin)	2	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	1	
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i> (Valcyte)	5	NDS
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Cofactores Enzimáticos/Otros		
Cofactores Enzimáticos/Otros		
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG	5	PA; 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 PNTIP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 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
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ADVOCATE INS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM (pen needle, diabetic) 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 33G 33 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, (alcohol swabs) MEDICATED	1	PA; ST
ALCOHOL PREP SWABS (alcohol swabs) TOPICAL PADS, MEDICATED	1	PA; ST
ALCOHOL WIPES TOPICAL (alcohol swabs) PADS, MEDICATED	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	2	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD (pen needle, diabetic, 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16" safety)	2	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD (pen needle, diabetic, 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16" 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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	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
AUTOSHIELD DUO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	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 ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "	2	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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 LO-DOSE ULTRA-FINE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	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
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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 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
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G 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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" (insulin syringe-needle 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" (insulin syringe-needle 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G (pen needle, diabetic, 4MM 31 GAUGE X 5/32" safety)	2	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 27G (insulin syringe-needle 12.7MM 1 ML 27 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"	2	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 4MM 31 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	1	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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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"	1	PA; ST
(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
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"	1	PA; ST
(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"	1	PA; ST
(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"	1	PA; ST
(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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 (pen needle, diabetic) 12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 30G (pen needle, diabetic) 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 8MM 32 GAUGE X 5/16"	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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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"	2	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	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
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	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"	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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 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
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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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% (alcohol swabs) PADS GAMMA-STERILIZED	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
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 0.5 ML 30G (insulin syringe-needle 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 1 ML 27G 1/2" (insulin syringe-needle 1 ML 27 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 1 ML 28G (insulin syringe-needle 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 1 ML 29G (insulin syringe-needle 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 30G (insulin syringe-needle 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 31G (insulin syringe-needle 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 (insulin syringe-needle ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 u-100) ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 (insulin syringe-needle ML RETRACTABLE 1 ML 30 u-100) GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH LUER LOK INSUL (insulin syringe 1 ML needleless)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX3/16 32 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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	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
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G (insulin syringe-needle 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G (insulin syringe-needle 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G (insulin syringe-needle 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8" u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH 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 (pen needle, diabetic) 12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 4MM 31 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	1	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
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	1	PA; ST
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
FT STERILE PADS 2" X 2" 2 X 2 " (gauze bandage)	1	PA; ST
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " (gauze bandage)	1	PA; ST
GAUZE PADS 2"X2" STRL 2 X 2 " (Bordered Gauze)	1	PA; ST
GNP ALCOHOL SWAB STERILE, TWO PLY (Alcohol Pads)	1	PA; ST
GNP CLICKFINE 31G X 1/4" NDL 6MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
GNP CLICKFINE 31G X 5/16" NDL 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
GNP PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GNP PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (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 ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 30 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 7/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	PA; ST
INSULIN 1/2 ML SYRINGE 1/2 ML (Ultilet Insulin Syringe) 29	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" (UltiCare Insuln Syr(half unit))	1	PA; ST
INSULIN SYR 0.5 ML 28G 12.7MM (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (RX) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN 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
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (Sure Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (Sure Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (BD SafetyGlide Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 12.7MM (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (BD Eclipse Luer-Lok)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (Sure Comfort 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 NEEDLELESS SYRINGE 1 ML (Easy Touch Luer Lock Insulin)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE (Ultilet Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (Monoject Syringe)	1	PA; ST
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 4MM (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 6MM (pen needle, diabetic) (RX) 32 GAUGE X 1/4"	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 (pen needle, diabetic) NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML (insulin syringe-needle SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 u-100) , 1/2 ML 30 GAUGE	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 (insulin syringe-needle 1 ML 30 GAUGE X 7/16" u-100)	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G (pen needle, diabetic) 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" (insulin syringe-needle 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(Advocate Pen Needle)	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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	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"	1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NANO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
NOVOFINE 30 NEEDLE	2	PA; ST
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	2	PA; ST
NOVOTWIST NEEDLE 32 GAUGE X 1/5"	2	PA; ST
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 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(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	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)
PC UNIFINE PENTIPS 8MM (pen needle, diabetic) NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER (Embrace Pen Needle) 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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 (CareFine Pen Needle) GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
PEN NEEDLE 31G 8MM 31 (1st Tier Unifine Pentips) GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
PEN NEEDLE 31G X 1/4" HRI 31 (1st Tier Unifine Pentips) GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
PEN NEEDLE 6MM 31G 6MM 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
PEN NEEDLE, DIABETIC (1st Tier Unifine Pentips NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" Plus)	2	PA; ST
PEN NEEDLES 12MM 29G (pen needle, diabetic) 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
PEN NEEDLES 5MM 31G (pen needle, diabetic) 31GX5MM,STRL,MINI (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
PEN NEEDLES 8MM 31G (pen needle, diabetic) 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" (pen needle, diabetic) 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" (pen needle, diabetic) MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" (pen needle, diabetic) SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4" (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
PREFPLS INS SYR 1 ML 30GX5/16" (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (Advocate Syringes)	1	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
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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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
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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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
SECURES SAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
SECURES SAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SECURES SAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
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	
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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
TOPCARE CLICKFINE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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
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 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 30G 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 30G 8MM (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM (OTC) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	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
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 SAFETY 0.5 ML 29GX1/2 (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1 PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 29G 12.7MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1 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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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"	1 (insulin syringe-needle u-100)	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	1 (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	2	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2 (pen needle, diabetic)	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1 (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1 (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1 (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	1 (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1 (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1 (insulin syringe-needle u-100)	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"	2 (pen needle, diabetic)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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
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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 1 ML 30G (insulin syringe-needle 12.7MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 (insulin syringe-needle ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G (insulin syringe-needle 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G (insulin syringe-needle 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G (pen needle, diabetic) 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" (pen needle, diabetic) 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32G 4MM 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS MAX (pen needle, diabetic) 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
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 (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" 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 ULTRA PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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 (insulin syringe-needle 1 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2" (insulin syringe-needle 1 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 29G (pen needle, diabetic) 12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	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 (insulin syringe-needle 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRING 1 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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

Preparaciones De Reemplazo

Preparaciones De Reemplazo

<i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr intravenous parenteral solution</i>	(Dextrose 5 % and 0.9 % NaCl)	1	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	(Dextrose 5 % and 0.9 % NaCl)	1	
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	(Dextrose 5 %-0.45 % Sod Chlord)	2	
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	(Potassium Chloride)	1	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	(Potassium Chloride)	1	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	(Potassium Chloride)	1	
<i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)</i>	(Magnesium Sulfate)	4	
<i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)</i>	(Magnesium Sulfate)	2	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	(Potassium Chloride)	2	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	(Potassium Chloride)	1	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	(Potassium Chloride)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i> (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)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i> (Lovenox)	2	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i> (Lovenox)	2	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i> (Lovenox)	2	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i> (Lovenox)	2	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i> (Lovenox)	2	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i> (Arixtra)	5	NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i> (Arixtra)	2	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i> (Arixtra)	5	NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i> (Arixtra)	5	NDS; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i> (Heparin Sodium,Porcine)	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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (Warfarin Sodium)	1	
<i>rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml</i> (Xarelto)	2	QL (600 per 30 days)
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i> (Xarelto)	2	QL (60 per 30 days)
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (Warfarin Sodium)	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	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		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i> (Aspirin/Dipyridamole)	2	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Cilostazol)	1	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Dipyridamole)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i> (Pentoxifylline)	1	
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i> (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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg</i> (Promacta)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 25 mg</i> (Promacta)	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg</i> (Promacta)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 25 mg</i> (Promacta)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg</i> (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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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	
<i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg</i> (Kuvan)	5	PA; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (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
<i>sapropterin oral tablet,soluble 100 mg</i> (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	

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>pnv-omega softigel 28-1-300 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron- 1 mg -430 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>prena1 true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prenaisance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>prenaisance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>preplus oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>virt-c dha oral capsule 35-1-200 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2026

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: 06/01/2026

Identificación del Formulario: 26334.000

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS 143	AIMOVIG AUTOINJECTOR... 31	<i>amlodipine-valsartan-hcthiazyd</i> ..50
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS..... 143	AIRSUPRA..... 64, 65	<i>ammonium lactate</i> .....70
<i>abacavir</i> 135	AKEEGA.....2	<i>amoxapine</i> .....129
<i>abacavir-lamivudine</i> 136	<i>ak-poly-bac</i> 96	<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz</i> .. 71
ABELCET..... 133	<i>ala-cort</i> 67	<i>amoxicillin</i> 112
<i>abigale</i> 77	<i>albendazole</i>.....34	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> 112
<i>abigale lo</i> 77	<i>albuterol sulfate</i>.....65	<i>amphotericin b</i> 133
ABILIFY ASIMTUFII..... 36	ALCOHOL PADS..... 144	<i>amphotericin b liposome</i> 133
ABILIFY MAINTENA..... 36, 37	ALCOHOL PREP PADS..... 167	<i>ampicillin</i> 113
<i>abiraterone</i> 2	ALCOHOL PREP SWABS..... 144	<i>ampicillin sodium</i> 113
<i>abiraterone, submicronized</i>.....2	ALCOHOL SWABS..... 162	<i>ampicillin-sulbactam</i> 113
<i>abirtega</i>.....2	ALCOHOL WIPES..... 144	<i>anagrelide</i>.....194
ABRYSVO (PF).....89	ALECENSA..... 2	<i>anastrozole</i> 2
<i>acamprosate</i>.....22	<i>alendronate</i>.....56	ANKTIVA.....2
<i>acarbose</i>.....25	<i>alfuzosin</i>.....75	ANORO ELLIPTA.....65
<i>acebutolol</i> 45	<i>aliskiren</i> 55	<i>aprepitant</i> 33
<i>acetaminophen-codeine</i> 104	<i>allopurinol</i> 31	<i>apri</i> 116
<i>acetazolamide</i> 95	<i>alosetron</i> 56	APTIVUS..... 136
<i>acetazolamide sodium</i>.....95	<i>alprazolam</i>.....23	AQINJECT PEN NEEDLE..... 144
<i>acetic acid</i>.....96	<i>altavera (28)</i> 115	ARCALYST..... 81
<i>acetylcysteine</i>.....62	ALTRENO.....71	AREXVY (PF)..... 89
<i>acitretin</i>.....70	ALUNBRIG.....2	ARIKAYCE.....108
ACTHIB (PF)..... 89	ALVAIZ..... 196	<i>aripiprazole</i> 37
ACTIMMUNE.....100	<i>alyacen 1/35 (28)</i> 115	ARISTADA.....37
<i>acyclovir</i> 70, 142	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i> 115	ARISTADA INITIO.....37
<i>acyclovir sodium</i> 142	ALYFTREK..... 62	<i>armodafinil</i> 57
ADACEL(TDAP	<i>alyq</i> 101	ARNUITY ELLIPTA.....64
ADOLESN/ADULT)(PF)..... 89	<i>amantadine hcl</i> 35	<i>asenapine maleate</i> 37
<i>adalimumab-aaty</i> 81	<i>amethyst (28)</i> 115	<i>aspirin-dipyridamole</i> 196
<i>adalimumab-aaty(cf) ai crohns</i> .. 81	<i>amikacin</i>.....108	ASSURE ID DUO PRO SFTY
<i>adapalene</i>.....71	<i>amiloride</i>.....53	PEN NDL..... 144
<i>adefovir</i>.....142	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ...53	ASSURE ID DUO-SHIELD.... 144
ADEMPAS..... 101	<i>amiodarone</i>.....45	ASSURE ID INSULIN
<i>adrucil</i>.....2	<i>amitriptyline</i> 129	SAFETY..... 145
ADV AIR HFA.....64	<i>amlodipine</i> 50	ASSURE ID PEN NEEDLE....145
ADVOCATE PEN NEEDLE... 144	<i>amlodipine-atorvastatin</i> 51	ASSURE ID PRO PEN
ADVOCATE SYRINGES 143, 144	<i>amlodipine-benazepril</i>.....50	NEEDLE.....145
<i>afirmelle</i> 115	<i>amlodipine-olmesartan</i>.....50	ASTAGRAF XL.....81
	<i>amlodipine-valsartan</i>.....50	<i>atazanavir</i> 136

<i>atenolol</i>	45	<i>balsalazide</i>	56	BESREMI.....	81
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	45	BALVERSA.....	3	<i>betaine</i>	100
<i>atomoxetine</i>	58	BAQSIMI.....	100	<i>betamethasone dipropionate</i>	67
<i>atorvastatin</i>	51	BCG VACCINE, LIVE (PF).....	89	<i>betamethasone valerate</i>	68
<i>atovaquone</i>	34	BD ALCOHOL SWABS.....	146	<i>betamethasone, augmented</i>	68
<i>atovaquone-proguanil</i>	34	BD AUTOSHIELD DUO PEN		BETASERON.....	59
<i>atropine</i>	100	NEEDLE.....	145	<i>betaxolol</i>	95
ATROVENT HFA.....	66	BD ECLIPSE LUER-LOK.....	145	<i>bethanechol chloride</i>	75
ATTRUBY.....	48	BD INSULIN SYRINGE.....	145	<i>bexarotene</i>	3
<i>aubra eq</i>	116	BD INSULIN SYRINGE		BEXSERO.....	89
AUGTYRO.....	2	(HALF UNIT).....	145	<i>bicalutamide</i>	3
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	116	BD INSULIN SYRINGE		BICILLIN L-A.....	113
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	116	ULTRA-FINE.....	145	BIKTARVY.....	136
<i>aurovela 24 fe</i>	116	BD LO-DOSE ULTRA-FINE..	146	<i>bisoprolol fumarate</i>	45
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	116	BD NANO 2ND GEN PEN		<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> ..	46
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	116	NEEDLE.....	146	BIZENGRI.....	3
AUSTEDO.....	58	BD SAFETYGLIDE INSULIN		<i>bleomycin</i>	3
AUSTEDO XR.....	58	SYRINGE.....	146	<i>blisovi 24 fe</i>	116
AUSTEDO XR TITRATION		BD SAFETYGLIDE SYRINGE		<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	116
KT(WK1-4).....	59	.....	146	<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	116
AUTOSHIELD DUO PEN		BD ULTRA-FINE MICRO		BOOSTRIX TDAP.....	89
NEEDLE.....	145	PEN NEEDLE.....	146	BORDERED GAUZE.....	147
AUVELITY.....	129	BD ULTRA-FINE MINI PEN		<i>bortezomib</i>	3
<i>aviane</i>	116	NEEDLE.....	146	BORUZU.....	3
AVMAPKI.....	2	BD ULTRA-FINE NANO PEN		<i>bosentan</i>	102
AVMAPKI-FAKZYNJA.....	2	NEEDLE.....	146	BOSULIF.....	4
AVONEX.....	59	BD ULTRA-FINE ORIG PEN		BRAFTOVI.....	4
AXTLE.....	3	NEEDLE.....	147	BREO ELLIPTA.....	64
<i>ayuna</i>	116	BD ULTRA-FINE SHORT		<i>breyana</i>	64
AYVAKIT.....	3	PEN NEEDLE.....	147	BREZTRI AEROSPHERE.....	66
<i>azacitidine</i>	3	BD VEO INSULIN SYR		<i>brimonidine</i>	95
<i>azathioprine</i>	81	(HALF UNIT).....	147	<i>brimonidine-timolol</i>	95
<i>azathioprine sodium</i>	81	BD VEO INSULIN SYRINGE		<i>brinzolamide</i>	95
<i>azelastine</i>	100	UF.....	147	<i>brivaracetam</i>	123, 124
<i>azithromycin</i>	111	BELSOMRA.....	57	BRIVIACT.....	124
<i>aztreonam</i>	109	<i>benazepril</i>	54	<i>bromfenac</i>	98
<i>azurette (28)</i>	116	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> ..	54	<i>bromocriptine</i>	35
<i>bacitracin</i>	96	<i>bendamustine</i>	3	BRONCHITOL.....	62
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	96	BENDAMUSTINE.....	3	BRUKINSA.....	4
<i>baclofen</i>	199	BENDEKA.....	3	<i>budesonide</i>	56, 64
<i>bal-care dha</i>	199	BENLYSTA.....	81	<i>budesonide-formoterol</i>	64
<i>bal-care dha essential</i>	199	<i>benztropine</i>	35	<i>bumetanide</i>	53

<i>buprenorphine</i>	104	<i>cefadroxil</i>	110	<i>clindamycin phosphate</i>	
<i>buprenorphine hcl</i>	22	<i>cefazolin</i>	110	.....	70, 71, 107, 108
<i>buprenorphine-naloxone</i>	22	<i>cefdinir</i>	110	<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>	71
<i>bupropion hcl</i>	129, 130	<i>cefepime</i>	110	CLINIMIX 6%-D5W	
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> ...	22	<i>cefexime</i>	110	(SULFITE-FREE).....	44
<i>bupirone</i>	100	<i>cefoxitin</i>	110	CLINIMIX 8%-	
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i> ..	104	<i>cefpodoxime</i>	110	D10W(SULFITE-FREE).....	44
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i> ..	104	<i>cefprozil</i>	110	CLINIMIX 8%-	
CABENUVA.....	136	<i>ceftaroline fosamil</i>	111	D14W(SULFITE-FREE).....	44
<i>cabergoline</i>	35	<i>ceftazidime</i>	111	CLINIMIX E 8%-D10W	
CABOMETYX.....	4	<i>ceftriaxone</i>	111	SULFITEFREE.....	44
<i>cabotegravir</i>	136	<i>cefuroxime axetil</i>	111	CLINIMIX E 8%-D14W	
<i>calcipotriene</i>	70	<i>cefuroxime sodium</i>	111	SULFITEFREE.....	44
<i>calcitonin (salmon)</i>	56	<i>celecoxib</i>	102	<i>clobazam</i>	124
<i>calcitriol</i>	57	<i>cephalexin</i>	111	<i>clobetasol</i>	68
<i>calcium acetate(phosphat bind)</i> ..	74	<i>cevimeline</i>	67	<i>clobetasol-emollient</i>	68
CALQUENCE.....	4	<i>chateal eq (28)</i>	116	<i>clomipramine</i>	130
CALQUENCE		<i>chlordiazepoxide hcl</i>	23	<i>clonazepam</i>	23
(ACALABRUTINIB MAL).....	4	<i>chlorhexidine gluconate</i>	67	<i>clonidine</i>	44
CAMCEVI (6 MONTH).....	4	<i>chloroquine phosphate</i>	34	<i>clonidine hcl</i>	44
<i>camila</i>	116	<i>chlorpromazine</i>	37, 38	<i>clopidogrel</i>	196
CAMZYOS.....	48	<i>chlorthalidone</i>	53	<i>clorazepate dipotassium</i>	23
<i>candesartan</i>	49	<i>cholestyramine (with sugar)</i>	51	<i>clotrimazole</i>	133
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	49	<i>cholestyramine light</i>	51	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	133
CAPLYTA.....	37	<i>ciclopirox</i>	133	<i>clozapine</i>	38
CAPRELSA.....	4	<i>cilostazol</i>	196	<i>c-nate dha</i>	199
<i>captopril</i>	54	CIMDUO.....	136	COARTEM.....	34
<i>carbamazepine</i>	124	<i>cimetidine hcl</i>	71	COBENFY.....	38
<i>carbidopa-levodopa</i>	35	CIMZIA.....	82	COBENFY STARTER PACK... 38	
CAREFINE PEN NEEDLE.....	147	CIMZIA POWDER FOR		<i>colchicine</i>	31
CARETOUCH ALCOHOL		RECONST.....	81	<i>colesevelam</i>	51
PREP PAD.....	147	CIMZIA STARTER KIT.....	82	<i>colestipol</i>	51
CARETOUCH INSULIN		<i>cinacalcet</i>	57	<i>colistin (colistimethate na)</i>	108
SYRINGE.....	148	<i>ciprofloxacin hcl</i>	96, 114	COMBIVENT RESPIMAT.....	66
CARETOUCH PEN NEEDLE		<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> ..	114	COMETRIQ.....	4
.....	147, 148	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	96	COMFORT EZ INSULIN	
<i>carglumic acid</i>	72	<i>citalopram</i>	130	SYRINGE.....	148, 149, 150
<i>carteolol</i>	95	<i>clarithromycin</i>	111	COMFORT EZ PEN	
<i>cartia xt</i>	47	CLICKFINE PEN NEEDLE		NEEDLES.....	149, 150
<i>carvedilol</i>	46	.....	148, 162	COMFORT EZ PRO SAFETY	
CAYSTON.....	109	<i>clindamycin hcl</i>	108	PEN NDL.....	150
<i>cefaclor</i>	110				

COMFORT TOUCH PEN	DANYELZA.....	5	<i>diclofenac epolamine</i>	102
NEEDLE.....	DANZITEN.....	5	<i>diclofenac potassium</i>	102
<i>completenate</i>	<i>dapagliflozin</i>	25	<i>diclofenac sodium</i>	98, 102, 103
<i>compro</i>	<i>dapagliflozin-metformin</i>	25	<i>diclofenac-misoprostol</i>	103
<i>conjugated estrogens</i>	<i>dapsone</i>	135	<i>dicloxacillin</i>	113
<i>constulose</i>	DAPTACEL (DTAP		<i>dicyclomine</i>	73
COPIKTRA.....	PEDIATRIC) (PF).....	89	<i>didanosine</i>	136
CORLANOR.....	<i>daptomycin</i>	109	<i>difluprednate</i>	98
CORTROPHIN GEL.....	<i>darunavir</i>	136	<i>digoxin</i>	48
COSENTYX.....	<i>dasatinib</i>	5	<i>dihydroergotamine</i>	31
COSENTYX (2 SYRINGES).....	<i>dasetta 1/35 (28)</i>	116	DILANTIN.....	124
COSENTYX PEN (2 PENS).....	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	117	<i>diltiazem hcl</i>	47
COSENTYX UNOREADY	DATROWAY.....	5	<i>dilt-xr</i>	47
PEN.....	DAURISMO.....	5	<i>dimethyl fumarate</i>	59
COTELLIC.....	<i>deblitane</i>	117	<i>diphenoxylate-atropine</i>	73
CREON.....	<i>decitabine</i>	5	<i>dipyridamole</i>	196
CRESEMBA.....	<i>deferasirox</i>	107	<i>disulfiram</i>	22
<i>cromolyn</i>	DELSTRIGO.....	136	<i>divalproex</i>	124, 125
<i>cryselle (28)</i>	<i>demeclocycline</i>	114	<i>dofetilide</i>	45
CURAD GAUZE PAD.....	DENGVAXIA (PF).....	90	<i>dolishale</i>	117
CURITY ALCOHOL SWABS	<i>denta 5000 plus</i>	67	<i>donepezil</i>	24
CURITY GAUZE.....	<i>dentagel</i>	67	<i>dorzolamide</i>	95
<i>cyclobenzaprine</i>	DEPO-SUBQ PROVERA	104.. 80	<i>dorzolamide-timolol</i>	95
<i>cyclophosphamide</i>	DERMACEA.....	151	DOVATO.....	136
<i>cyclosporine</i>	DERMACEA NON-WOVEN..	151	<i>doxazosin</i>	44
<i>cyclosporine modified</i>	<i>dermacinrx lidocan</i>	106	<i>doxepin</i>	57, 130
CYLTEZO(CF).....	DESCOVY.....	136	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	5
CYLTEZO(CF) PEN.....	<i>desipramine</i>	130	<i>doxy-100</i>	114
CYLTEZO(CF) PEN	<i>desmopressin</i>	79	<i>doxycycline hyclate</i>	114, 115
CROHN'S-UC-HS.....	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	117	<i>doxycycline monohydrate</i>	115
CYLTEZO(CF) PEN	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	117	DRIZALMA SPRINKLE.....	130
PSORIASIS-UV.....	<i>desvenlafaxine succinate</i>	130	<i>dronabinol</i>	33
<i>cyred eq</i>	<i>dexamethasone</i>	78	DROPLET INSULIN	
<i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr</i>	<i>dexamethasone sodium</i>		SYR(HALF UNIT).....	152, 153
.....	<i>phosphate</i>	78, 98	DROPLET INSULIN	
<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>	<i>dextroamphetamine-</i>		SYRINGE.....	152, 153, 154
<i>chloride</i>	<i>amphetamine</i>	59	DROPLET MICRON PEN	
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> ..	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	44	NEEDLE.....	154
<i>dabigatran etexilate</i>	DIACOMIT.....	124	DROPLET PEN NEEDLE.....	154
<i>dalfampridine</i>	<i>diazepam</i>	23, 24, 124	DROPSAFE ALCOHOL PREP	
<i>danazol</i>	<i>diazepam intensol</i>	23	PADS.....	154
<i>dantrolene</i>	<i>diazoxide</i>	100		

DROPSAFE INSULIN	EASYLIFE INSULIN PEN	ENBREL SURECLICK.....	83
SYRINGE.....	NEEDLE.....	<i>endocet</i>	104
154, 155	160, 161	ENGERIX-B (PF).....	90
DROPSAFE PEN NEEDLE.....	EASYLIFE INSULIN	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF).....	90
155	SYRINGE.....	<i>enilloring</i>	117
<i>droxidopa</i>	161	<i>enoxaparin</i>	195
44	EASYLIFE SAFETY PEN	<i>enpresse</i>	117
<i>duloxetine</i>	NEEDLE.....	ENSACOVE.....	6
130	161	<i>enskyce</i>	117
DUPIXENT PEN.....	<i>econazole nitrate</i>	<i>entacapone</i>	35
83	133	<i>entecavir</i>	142
DUPIXENT SYRINGE.....	EDURANT.....	ENTRESTO.....	49
83	136	ENTRESTO SPRINKLE.....	49
<i>dutasteride</i>	EDURANT PED.....	<i>enulose</i>	73
75	136	EPCLUSA.....	141
EASY COMFORT ALCOHOL	<i>efavirenz</i>	EPIDIOLEX.....	125
PAD.....	137	<i>epinastine</i>	100
156	<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> ..	<i>epinephrine</i>	48
EASY COMFORT INSULIN	137	<i>epitol</i>	125
SYRINGE.....	<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> ..	EPIVIR HBV.....	137
155, 156, 157	137	EPKINLY.....	6
EASY COMFORT PEN	ELAHERE.....	<i>eplerenone</i>	55
NEEDLES.....	5	ERBITUX.....	6
156, 157	ELEPSIA XR.....	<i>ergoloid</i>	24
EASY COMFORT SAFETY	125	ERIVEDGE.....	6
PEN NEEDLE.....	ELIGARD.....	ERLEADA.....	6
155	6	<i>erlotinib</i>	6
EASY GLIDE INSULIN	ELIGARD (3 MONTH).....	<i>errin</i>	117
SYRINGE.....	5	<i>ertapenem</i>	110
157	ELIGARD (4 MONTH).....	<i>erythromycin</i>	96, 112
EASY GLIDE PEN NEEDLE..	6	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	112
157	ELIGARD (6 MONTH).....	<i>erythromycin with ethanol</i>	71
EASY TOUCH.....	6	ERZOFRI.....	38
159, 160	<i>elinest</i>	<i>escitalopram oxalate</i>	130
EASY TOUCH ALCOHOL	117	<i>eslicarbazepine</i>	125
PREP PADS.....	ELIQUIS.....	<i>esomeprazole magnesium</i>	72
158	195	<i>estarylla</i>	117
EASY TOUCH	ELIQUIS DVT-PE TREAT	<i>estradiol</i>	77
AUTORETRACT SYRINGE...	30D START.....	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	77
158	195	<i>eszopiclone</i>	58
EASY TOUCH FLIPLOCK	ELIQUIS SPRINKLE.....	<i>ethambutol</i>	135
INSULIN.....	195	<i>ethosuximide</i>	125
159	ELREXFIO.....		
EASY TOUCH FLIPLOCK	<i>eltrombopag olamine</i>		
SYRINGE.....	197		
158	<i>eluryng</i>		
EASY TOUCH INSULIN	117		
SAFETY SYR.....	EMBRACE PEN NEEDLE		
157, 158	.....	
EASY TOUCH INSULIN	161, 162		
SYRINGE.....	EMCYT.....		
157, 158, 159, 160	6		
EASY TOUCH LUER LOCK	EMGALITY PEN.....		
INSULIN.....	32		
159	EMGALITY SYRINGE.....		
EASY TOUCH PEN NEEDLE	32		
159	EMRELIS.....		
EASY TOUCH SAFETY PEN	6		
NEEDLE.....	EMSAM.....		
160, 161	130		
EASY TOUCH	<i>emtricitabine</i>		
SHEATHLOCK INSULIN	137		
.....	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>		
158, 159	137		
EASY TOUCH UNI-SLIP	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>		
160	137		
EASYLIFE ALCOHOL PADS	EMTRIVA.....		
160	137		
	<i>emzahn</i>		
	117		
	<i>enalapril maleate</i>		
	54		
	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>		
	54		
	ENBREL.....		
	83		
	ENBREL MINI.....		
	83		

<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	117	<i>fentanyl citrate</i>	105	<i>fosamprenavir</i>	137
<i>etodolac</i>	103	<i>fesoterodine</i>	75	<i>fosfomycin tromethamine</i>	109
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ...	117	FETZIMA.....	131	<i>fosinopril</i>	54
ETOPOPHOS.....	7	FIASP FLEXTOUCH U-100		<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> ...	54
<i>etoposide</i>	7	INSULIN.....	28	<i>fosphenytoin</i>	125
<i>etravirine</i>	137	FIASP PENFILL U-100		FOTIVDA.....	7
EUCRISA.....	68	INSULIN.....	28	FREESTYLE PRECISION.....	162
EULEXIN.....	7	FIASP PUMPCART.....	28	FRUZAQLA.....	7, 8
<i>everolimus (antineoplastic)</i>	7	FIASP U-100 INSULIN.....	28	<i>fulvestrant</i>	8
<i>everolimus</i>		<i>fidaxomicin</i>	112	<i>furosemide</i>	53
<i>(immunosuppressive)</i>	83	<i>finasteride</i>	75	FUZEON.....	137
EVOTAZ.....	137	<i> fingolimod</i>	59	FYARRO.....	8
EXEL INSULIN.....	162	FINTEPLA.....	125	<i>gabapentin</i>	125
<i>exemestane</i>	7	FIRMAGON KIT W		<i>galantamine</i>	24, 25
EXTENCILLINE.....	113	DILUENT SYRINGE.....	7	<i>gallifrey</i>	80
EXXUA.....	131	<i>flavoxate</i>	75	GAMUNEX-C.....	83
EYSUVIS.....	99	<i>flecainide</i>	45	GARDASIL 9 (PF).....	90
<i>ezetimibe</i>	51	<i>floxuridine</i>	7	GAUZE BANDAGE.....	162
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	51	<i>fluconazole</i>	133	GAUZE PAD.....	162
FAKZYNJA.....	7	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i>	133	<i>gavilyte-c</i>	74
<i>falmina (28)</i>	117	<i>flucytosine</i>	133	<i>gavilyte-g</i>	74
<i>famciclovir</i>	142	<i>fludrocortisone</i>	78	<i>gavilyte-n</i>	74
<i>famotidine</i>	72	<i>flunisolide</i>	99	GAVRETO.....	8
FANAPT.....	38	<i>fluocinolone</i>	68	<i>gefitinib</i>	8
FANAPT TITRATION PACK		<i>fluocinolone acetonide oil</i>	99	<i>gemfibrozil</i>	52
A.....	38	<i>fluocinonide</i>	68	<i>generlac</i>	73
FANAPT TITRATION PACK		<i>fluoride (sodium)</i>	67	<i>gengraf</i>	83
B.....	38	<i>fluorometholone</i>	99	<i>gentak</i>	96
FANAPT TITRATION PACK		<i>fluorouracil</i>	7, 70	<i>gentamicin</i>	71, 96, 108
C.....	39	<i>fluoxetine</i>	131	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	108
FARXIGA.....	25	<i>fluphenazine decanoate</i>	39	<i>gentamicin sulfate (pf)</i>	108
FASENRA.....	62	<i>fluphenazine hcl</i>	39	GENVOYA.....	137
FASENRA PEN.....	62	<i>flurbiprofen</i>	103	GILOTRIF.....	8
<i>febuxostat</i>	31	<i>flurbiprofen sodium</i>	99	<i>glatiramer</i>	59, 60
<i>feirza</i>	117	<i>flutamide</i>	7	<i>glatopa</i>	60
<i>felbamate</i>	125	<i>fluticasone propionate</i>		<i>glimepiride</i>	30
<i>felodipine</i>	50	.....	64, 65, 69, 99	<i>glipizide</i>	30, 31
<i>femynor</i>	117	<i>fluticasone propion-salmeterol</i> ...	65	<i>glipizide-metformin</i>	31
<i>fenofibrate</i>	51	<i>fluvastatin</i>	52	<i>glucagon emergency kit</i>	
<i>fenofibrate micronized</i>	51	<i>fluvoxamine</i>	131	<i>(human)</i>	100
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	51	<i>folivane-ob</i>	199	<i>glutamine (sickle cell)</i>	101
<i>fentanyl</i>	105	<i>fondaparinux</i>	195	<i>glyburide</i>	31

<i>glyburide micronized</i>	31	HUMIRA PEN CROHNS-UC-		<i>imatinib</i>	9
<i>glyburide-metformin</i>	31	HS START.....	84	IMBRUVICA.....	9
<i>glycopyrrolate</i>	73	HUMIRA PEN PSOR-		IMDELLTRA.....	9
<i>glydo</i>	106	UVEITS-ADOL HS.....	84	<i>imipenem-cilastatin</i>	110
GLYXAMBI.....	25	HUMIRA(CF).....	85	<i>imipramine hcl</i>	131
GOMEKLI.....	8	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS		<i>imiquimod</i>	70
<i>griseofulvin microsize</i>	134	STARTER.....	84	IMJUDO.....	9
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	134	HUMIRA(CF) PEN.....	84	IMKELDI.....	9
<i>guanfacine</i>	45, 60	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-		IMOVAX RABIES VACCINE	
GVOKE.....	101	UC-HS.....	84	(PF).....	90
GVOKE HYPOPEN 2-PACK..	101	HUMIRA(CF) PEN		IMPAVIDO.....	34
GVOKE PFS 1-PACK		PEDIATRIC UC.....	84	<i>incassia</i>	118
SYRINGE.....	101	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-		INCONTROL ALCOHOL	
HADLIMA.....	84	ADOL HS.....	84	PADS.....	164
HADLIMA PUSH TOUCH.....	84	HUMULIN R U-500 (CONC)		INCONTROL PEN NEEDLE..	164
HADLIMA(CF).....	84	INSULIN.....	28	INCRELEX.....	79
HADLIMA(CF) PUSH TOUCH.	84	HUMULIN R U-500 (CONC)		<i>indapamide</i>	53
HAEGARDA.....	197	KWIKPEN.....	28	<i>indomethacin</i>	103
<i>hailey 24 fe</i>	118	<i>hydralazine</i>	48	INFANRIX (DTAP) (PF).....	90
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	118	<i>hydrochlorothiazide</i>	53	<i>infliximab</i>	85
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	118	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> ...	105	INGREZZA.....	60
<i>halobetasol propionate</i>	69	<i>hydrocortisone</i>	56, 69, 78	INGREZZA INITIATION	
<i>haloette</i>	118	<i>hydrocortisone valerate</i>	69	PK(TARDIV).....	60
<i>haloperidol</i>	39	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	96	INGREZZA SPRINKLE.....	60
<i>haloperidol decanoate</i>	39	<i>hydromorphone</i>	105	INLEXZO.....	9
<i>haloperidol lactate</i>	39	<i>hydroxychloroquine</i>	34	INLURIYO.....	9
HARVONI.....	141	<i>hydroxyurea</i>	8	INLYTA.....	9
HAVRIX (PF).....	90	<i>hydroxyzine hcl</i>	135	INPEN (FOR HUMALOG)	
HEALTHWISE INSULIN		<i>hydroxyzine pamoate</i>	101	BLUE.....	164
SYRINGE.....	163	HYRNUO.....	8	INPEN (FOR HUMALOG)	
HEALTHWISE PEN NEEDLE	164	<i>ibandronate</i>	57	GREY.....	164
HEALTHY ACCENTS		IBRANCE.....	8	INPEN (FOR HUMALOG)	
UNIFINE PENTIP.....	164	IBTROZI.....	8	PINK.....	164
<i>heather</i>	118	<i>ibu</i>	103	INPEN (NOVOLOG OR	
<i>heparin (porcine)</i>	195	<i>ibuprofen</i>	103	FIASP) BLUE.....	165
HEPLISAV-B (PF).....	90	<i>icatibant</i>	48	INPEN (NOVOLOG OR	
HERCEPTIN HYLECTA.....	8	<i>iclevia</i>	118	FIASP) GREY.....	165
HERNEXEOS.....	8	ICLUSIG.....	8	INPEN (NOVOLOG OR	
HIBERIX (PF).....	90	<i>icosapent ethyl</i>	52	FIASP) PINK.....	165
HUMIRA.....	84	IDHIFA.....	9	INQOVI.....	9
HUMIRA PEN.....	84	<i>ifosfamide</i>	9	INREBIC.....	10
		ILEVRO.....	99	<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>	28

<i>insulin aspart u-100</i>	28, 29	JANUMET	25	<i>klor-con m15</i>	193
<i>insulin glargine-yfgn</i>	29	JANUMET XR.....	25	<i>klor-con m20</i>	193
<i>insulin lispro</i>	29	JANUVIA.....	25	KLOXXADO.....	22
INSULIN SYR/NDL U100		JARDIANCE.....	26	KOMZIFTI.....	11
HALF MARK.....	165	JASCAYD.....	62	KOSELUGO.....	11
INSULIN SYRINGE		<i>javygtor</i>	198	<i>kosher prenatal plus iron</i>	199
MICROFINE.....	146	JAYPIRCA.....	10	KRAZATI.....	11
INSULIN SYRINGE		JEMPERLI.....	10	<i>kurvelo (28)</i>	119
NEEDLELESS.....	166	<i>jencycla</i>	118	KYLEENA.....	119
INSULIN SYRINGE-NEEDLE		JENTADUETO.....	26	KYNMOBI.....	35, 36
U-100		JENTADUETO XR.....	26	<i>labetalol</i>	46
162, 165, 166, 173, 174, 175, 179,		<i>jolessa</i>	118	<i>lacosamide</i>	126
183, 184		<i>juleber</i>	118	<i>lactulose</i>	73
INSULIN U-500 SYRINGE-		JULUCA.....	138	<i>lamivudine</i>	138
NEEDLE.....	166	<i>junel 1.5/30 (21)</i>	118	<i>lamivudine-zidovudine</i>	138
INSUPEN PEN NEEDLE	166, 167	<i>junel 1/20 (21)</i>	118	<i>lamotrigine</i>	126
INTELENCE.....	137	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	118	<i>lanreotide</i>	79
<i>introvale</i>	118	<i>junel fe 1/20 (28)</i>	118	<i>lansoprazole</i>	72
INVEGA HAFYERA.....	39	<i>junel fe 24</i>	118	LANTUS SOLOSTAR U-100	
INVEGA SUSTENNA.....	39, 40	JYLAMVO.....	10	INSULIN.....	29
INVEGA TRINZA.....	40	JYNARQUE.....	53	LANTUS U-100 INSULIN.....	29
INVELTYS.....	99	JYNNEOS (PF).....	91	<i>lapatinib</i>	11
IPOL.....	90	KALETRA.....	138	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	119
<i>ipratropium bromide</i>	66, 100	KALYDECO.....	62	<i>larin 1/20 (21)</i>	119
<i>ipratropium-albuterol</i>	66	<i>kariva (28)</i>	118	<i>larin 24 fe</i>	119
<i>irbesartan</i>	49	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	118	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	119
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> ..	49	<i>kelnor 1/50 (28)</i>	119	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	119
ISENTRESS.....	137, 138	KERENDIA.....	55	<i>latanoprost</i>	95
ISENTRESS HD.....	137	KESIMPTA PEN.....	60	LAZCLUZE.....	11
<i>isibloom</i>	118	<i>ketoconazole</i>	134	<i>leflunomide</i>	85
<i>isoniazid</i>	135	<i>ketorolac</i>	99, 103	<i>lenalidomide</i>	11
<i>isosorbide dinitrate</i>	55	KEYTRUDA.....	10	LENTOCILIN S.....	113
<i>isosorbide mononitrate</i>	55	KEYTRUDA QLEX.....	10	LENVIMA.....	11
ITOVEBI.....	10	KIMMTRAK.....	10	<i>lessina</i>	119
<i>itraconazole</i>	134	KINERET.....	85	<i>letrozole</i>	11
IV PREP WIPES.....	167	KINRIX (PF).....	91	<i>leucovorin calcium</i>	101
<i>ivabradine</i>	48	<i>kionex</i>	73	LEUKERAN.....	11
<i>ivermectin</i>	34	KISQALI.....	11	<i>leuprolide</i>	12
IWILFIN.....	10	KISQALI FEMARA CO-		<i>leuprolide acetate (3 month)</i>	12
IXIARO (PF).....	91	PACK.....	10	<i>levetiracetam</i>	126
JAKAFI.....	10	KLISYRI (250 MG).....	70	<i>levobunolol</i>	95
<i>jantoven</i>	196	<i>klor-con m10</i>	193	<i>levocetirizine</i>	135

<i>levofloxacin</i>	114	LOTEMAX.....	99	MAVENCLAD (10 TABLET	
<i>levofloxacin in d5w</i>	114	LOTEMAX SM.....	99	PACK).....	60
<i>levonest (28)</i>	119	<i>loteprednol etabonate</i>	99	MAVENCLAD (4 TABLET	
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i> ..	119	<i>lovastatin</i>	52	PACK).....	60
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	119	<i>low-ogestrel (28)</i>	120	MAVENCLAD (5 TABLET	
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	119	<i>loxapine succinate</i>	40	PACK).....	60
<i>levora-28</i>	119	<i>lubiprostone</i>	73	MAVENCLAD (6 TABLET	
<i>levothyroxine</i>	76	<i>luizza</i>	120	PACK).....	61
LEXIVA.....	138	LUMAKRAS.....	12	MAVENCLAD (7 TABLET	
LIBERVANT.....	126	LUMIGAN.....	95	PACK).....	61
<i>lidocaine</i>	106	LUNSUMIO.....	12	MAVENCLAD (8 TABLET	
<i>lidocaine hcl</i>	106	LUNSUMIO VELO.....	12	PACK).....	61
<i>lidocaine viscous</i>	107	LUPRON DEPOT.....	13, 79	MAVENCLAD (9 TABLET	
<i>lidocaine-prilocaine</i>	107	LUPRON DEPOT (3 MONTH)		PACK).....	61
<i>lidocan iii</i>	107	.....	12, 79	MAXICOMFORT II PEN	
LILETTA.....	120	LUPRON DEPOT (4 MONTH).	12	NEEDLE.....	168
<i>linezolid</i>	109	LUPRON DEPOT (6 MONTH).	13	MAXICOMFORT INSULIN	
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	109	LUPRON DEPOT-PED.....	79	SYRINGE.....	168
LINZESS.....	73	LUPRON DEPOT-PED (3		MAXI-COMFORT INSULIN	
<i>liomny</i>	76	MONTH).....	79	SYRINGE.....	168, 169
<i>liothyronine</i>	76	<i>lurasidone</i>	40	MAXICOMFORT SAFETY	
LISCO.....	167	<i>lutera (28)</i>	120	PEN NEEDLE.....	169
<i>lisinopril</i>	54	LUTRATE DEPOT (3		MAYZENT.....	61
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	54	MONTH).....	13	MAYZENT STARTER(FOR	
LITE TOUCH INSULIN PEN		LYBALVI.....	40	1MG MAINT).....	61
NEEDLES.....	167	<i>lyleq</i>	120	MAYZENT STARTER(FOR	
LITE TOUCH INSULIN		LYNOZYFIC.....	13	2MG MAINT).....	61
SYRINGE.....	167, 168	LYNPARZA.....	13	<i>meclizine</i>	33
<i>lithium carbonate</i>	60	LYSODREN.....	13	<i>medroxyprogesterone</i>	80
<i>lithium citrate</i>	60	LYTGOBI.....	13	<i>mefloquine</i>	34
LIVTENCITY.....	141	<i>lyza</i>	120	<i>megestrol</i>	13, 80
LOKELMA.....	73	MAGELLAN INSULIN		MEKINIST.....	13
<i>lomustine</i>	12	SAFETY SYRNG.....	168	MEKTOVI.....	13
LONSURF.....	12	MAGELLAN SYRINGE.....	168	<i>meleya</i>	120
<i>loperamide</i>	73	<i>magnesium sulfate</i>	193	<i>meloxicam</i>	103
<i>lopinavir-ritonavir</i>	138	<i>malathion</i>	71	<i>memantine</i>	25
LOQTORZI.....	12	<i>maraviroc</i>	138	MENACTRA (PF).....	91
<i>lorazepam</i>	24	MARGENZA.....	13	MENQUADFI (PF).....	91
<i>lorazepam intensol</i>	24	<i>marlissa (28)</i>	120	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	
LORBRENA.....	12	<i>marnatal-f</i>	199	(PF).....	91
<i>losartan</i>	49	MARPLAN.....	131	<i>mercaptopurine</i>	14
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	49	MATULANE.....	13	<i>meropenem</i>	110

<i>mesalamine</i>	56	MIPLYFFA.....	143	<i>nafcilin</i>	113
<i>mesna</i>	101	<i>mirabegron</i>	75	<i>naloxone</i>	22, 23
<i>metformin</i>	26	MIRENA.....	120	<i>naltrexone</i>	23
<i>methadone</i>	105	<i>mirtazapine</i>	131	NANO 2ND GEN PEN	
<i>methazolamide</i>	95	<i>misoprostol</i>	72	NEEDLE.....	170
<i>methenamine hippurate</i>	109	<i>mitoxantrone</i>	14	NANO PEN NEEDLE.....	171
<i>methimazole</i>	76	M-M-R II (PF).....	91	<i>naproxen</i>	103, 104
<i>methocarbamol</i>	199	<i>m-natal plus</i>	199	<i>naratriptan</i>	32
<i>methotrexate sodium</i>	14	<i>modafinil</i>	58	NATACYN.....	97
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	14	MODEYSO.....	14	<i>nateglinide</i>	26
<i>methoxsalen</i>	70	<i>moexipril</i>	54	NATPARA.....	57
<i>methsuximide</i>	126	<i>molindone</i>	40	NAYZILAM.....	126
<i>methylphenidate hcl</i>	61	<i>mometasone</i>	69, 99	<i>neбиволol</i>	46
<i>methylprednisolone</i>	78	MONOJECT INSULIN		<i>nefazodone</i>	131
<i>methylprednisolone acetate</i>	78	SAFETY SYRING.....	170	<i>neomycin</i>	108
<i>metoclopramide hcl</i>	73	MONOJECT INSULIN		<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	97
<i>metolazone</i>	53	SYRINGE.....	169, 170	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	97
<i>metoprolol succinate</i>	46	MONOJECT SYRINGE.....	169	<i>neomycin-polymyxin b-</i>	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i> ..	46	MONOJECT ULTRA		<i>dexameth</i>	97
<i>metoprolol tartrate</i>	46	COMFORT INSULIN.....	186	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	97
<i>metronidazole</i>	71, 107, 109	<i>mono-lynyah</i>	120	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	97
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> ..	109	<i>montelukast</i>	65	<i>neo-polycin</i>	97
<i>metryrosine</i>	48	<i>morphine</i>	105, 106	<i>neo-polycin hc</i>	97
<i>micafungin</i>	134	MORPHINE.....	105	NERLYNX.....	14
<i>miconazole-3</i>	134	<i>morphine concentrate</i>	105	<i>nevirapine</i>	138
MICRODOT INSULIN PEN		MOUNJARO.....	26	<i>newgen</i>	200
NEEDLE.....	169	MOVANTIK.....	73	NEXLETOL.....	52
MICRODOT READYGARD		<i>moxifloxacin</i>	97, 114	NEXLIZET.....	52
PEN NEEDLE.....	169	<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water</i>	114	NEXPLANON.....	120
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	120	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	114	<i>niacin</i>	52
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	120	MRESVIA (PF).....	91	NICOTROL NS.....	23
<i>microgestin 24 fe</i>	120	MULTAQ.....	45	<i>nifedipine</i>	50
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	120	<i>mupirocin</i>	71	NIKTIMVO.....	85
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	120	<i>mycophenolate mofetil</i>	85	NILOTINIB D-TARTRATE.....	14
<i>midodrine</i>	45	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	85	<i>nilotinib hcl</i>	14
MIEBO (PF).....	100	<i>mycophenolate sodium</i>	85	<i>nilutamide</i>	14
<i>mifepristone</i>	26	<i>mynatal</i>	200	NINLARO.....	14
<i>mili</i>	120	<i>mynatal advance</i>	199	<i>nintedanib</i>	62
<i>mimvey</i>	77	<i>mynatal plus</i>	200	<i>nitazoxanide</i>	34
MINI ULTRA-THIN II.....	169	<i>mynatal-z</i>	200	<i>nitisinone</i>	198
<i>minocycline</i>	115	<i>mynate 90 plus</i>	200	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	109
<i>minoxidil</i>	55	<i>nabumetone</i>	103		

<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	NULOJIX.....	85	OMNIPOD DASH INTRO KIT
.....	NUPLAZID.....	40, 41	(GEN 4).....
<i>nitroglycerin</i>	NURTEC ODT.....	32	OMNIPOD DASH PDM KIT
<i>niva-plus</i>	<i>nyamyc</i>	134	(GEN 4).....
NIVESTYM.....	<i>nylia 1/35 (28)</i>	121	OMNIPOD DASH PODS
NORDITROPIN FLEXPRO.....	<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	121	(GEN 4).....
<i>norelgestromin-ethin.estradiol.</i>	<i>nymyo</i>	121	ONAPGO.....
.....	<i>nystatin</i>	134	<i>ondansetron</i>
<i>norethindrone (contraceptive)</i> ..	<i>nystatin-triamcinolone</i>	134	<i>ondansetron hcl</i>
<i>norethindrone acetate</i>	<i>nystop</i>	134	ONUREG.....
<i>norethindrone-e.estradiol-iron.</i>	NYVEPRIA.....	197	OPDIVO.....
.....	<i>obstetrix dha</i>	200	OPDIVO QVANTIG.....
<i>norgestimate-ethinyl estradiol.</i>	<i>obstetrix dha prenatal duo</i>	200	OPDUALAG.....
.....	<i>octreotide acetate</i>	79, 80	OPIPZA.....
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	ODEFSEY.....	139	OPSUMIT.....
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	ODOMZO.....	14	ORENCIA.....
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	OFEV.....	63	ORENCIA (WITH MALTOSE) 85
<i>nortriptyline</i>	<i>ofloxacin</i>	97	ORENCIA CLICKJECT.....
NORVIR.....	OGIVRI.....	14	ORFADIN.....
NOVOFINE 30.....	OGSIVEO.....	15	ORGOVYX.....
NOVOFINE 32.....	OJEMDA.....	15	ORLISSA.....
NOVOFINE PLUS.....	OJJAARA.....	15	ORKAMBI.....
NOVOLIN 70/30 U-100	<i>olanzapine</i>	41	<i>orquidea</i>
INSULIN.....	<i>olmesartan</i>	49	ORSERDU.....
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	<i>olmesartan-amlodipin-hcthiiazid.</i>	49	<i>oseltamivir</i>
U-100.....	<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	49	OSENVELT.....
NOVOLIN N FLEXPEN.....	<i>olopatadine</i>	100	OTEZLA.....
NOVOLIN N NPH U-100	<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	52	OTEZLA STARTER.....
INSULIN.....	<i>omeprazole</i>	72	OTEZLA XR.....
NOVOLIN R FLEXPEN.....	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2		OTEZLA XR INITIATION.....
NOVOLIN R REGULAR U100	PLUS).....	171	<i>oxandrolone</i>
INSULIN.....	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO		<i>oxcarbazepine</i>
NOVOLOG FLEXPEN U-100	KT(GEN5).....	171	<i>oxybutynin chloride</i>
INSULIN.....	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS		<i>oxycodone</i>
NOVOLOG MIX 70-30 U-100	(GEN 5).....	171	<i>oxycodone-acetaminophen</i>
INSULIN.....	OMNIPOD 5		OZEMPIC.....
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100.....	INTRO(G6/LIBRE2PLUS).....	171	<i>pacerone</i>
NOVOLOG PENFILL U-100	OMNIPOD CLASSIC PDM		<i>paclitaxel protein-bound</i>
INSULIN.....	KIT(GEN 3).....	171	<i>paliperidone</i>
NOVOLOG U-100 INSULIN	OMNIPOD CLASSIC PODS		PANRETIN.....
ASPART.....	(GEN 3).....	171	<i>pantoprazole</i>
NOVOTWIST.....			<i>paricalcitol</i>
NUBEQA.....			
NUCALA.....			

<i>paroxetine hcl</i>	131, 132	<i>phenelzine</i>	132	<i>prednisone</i>	78
PAXLOVID.....	141, 142	<i>phenobarbital</i>	127	<i>pregabalin</i>	127
<i>pazopanib</i>	15	<i>phenytek</i>	127	PREMARIN.....	77
PEDIARIX (PF).....	91	<i>phenytoin</i>	127	PREMPHASE.....	77
PEDVAX HIB (PF).....	91	<i>phenytoin sodium</i>	127	PREMPRO.....	77
<i>peg 3350-electrolytes</i>	74	<i>phenytoin sodium extended</i>	127	<i>prenal true</i>	200
PEGASYS.....	142	PIFELTRO.....	139	<i>prenaissance</i>	201
<i>peg-electrolyte soln</i>	74	<i>pilocarpine hcl</i>	67, 95	<i>prenaissance plus</i>	201
PEMAZYRE.....	16	<i>pimecrolimus</i>	69	<i>prenatabs fa</i>	201
<i>pemetrexed disodium</i>	16	<i>pimozide</i>	41	<i>prenatal 19</i>	201
PEMRYDI RTU.....	16	<i>pimtreea (28)</i>	121	<i>prenatal 19 (with docusate)</i>	201
PEN NEEDLE.....	172	<i>pioglitazone</i>	27	<i>prenatal plus</i>	201
PEN NEEDLE, DIABETIC		<i>pioglitazone-metformin</i>	27	<i>prenatal plus (calcium carb)</i>	200
.. 150, 162, 163, 169, 171, 172, 174		PIP PEN NEEDLE.....	173	<i>prenatal vitamin plus low iron</i> ..	201
PEN NEEDLE, DIABETIC,		<i>piperacillin-tazobactam</i>	113	<i>prenatal-u</i>	201
SAFETY.....	175	PIQRAY.....	16	<i>preplus</i>	201
PENBRAYA (PF).....	91	<i>pirfenidone</i>	63	<i>prevalite</i>	52
PENBRAYA MENACWY		<i>pitavastatin calcium</i>	52	PREVENT DROPSAFE PEN	
COMPONENT(PF).....	91	PLEGRIDY.....	61	NEEDLE.....	173
PENBRAYA MENB		<i>pnv-dha + docusate</i>	200	PREVYMIS.....	142
COMPONENT (PF).....	92	<i>pnv-omega</i>	200	PREZCOBIX.....	139
<i>penicillamine</i>	107	<i>podofilox</i>	70	PREZISTA.....	139
<i>penicillin g potassium</i>	113	<i>polycin</i>	97	PRIFTIN.....	135
<i>penicillin g procaine</i>	113	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i> ...	98	PRIMAQUINE.....	35
<i>penicillin v potassium</i>	113	<i>pomalidomide</i>	16	<i>primidone</i>	127
PENMENVY MEN A-B-C-W-		POMALYST.....	16	PRIORIX (PF).....	92
Y (PF).....	92	<i>portia 28</i>	121	PRO COMFORT ALCOHOL	
PENMENVY MENACWY		<i>posaconazole</i>	134	PADS.....	173
COMPONENT(PF).....	92	<i>potassium chloride</i>	193, 194	PRO COMFORT INSULIN	
PENMENVY MENB		<i>potassium citrate</i>	194	SYRINGE.....	173
COMPONENT (PF).....	92	<i>pr natal 400</i>	200	PRO COMFORT PEN	
PENTACEL (PF).....	92	<i>pr natal 400 ec</i>	200	NEEDLE.....	173
<i>pentamidine</i>	34, 35	<i>pr natal 430</i>	200	<i>probenecid</i>	31
PENTIPS PEN NEEDLE.....	172	<i>pr natal 430 ec</i>	200	<i>probenecid-colchicine</i>	31
<i>pentoxifylline</i>	196	<i>pramipexole</i>	36	<i>prochlorperazine</i>	33
<i>perampanel</i>	126, 127	<i>prasugrel hcl</i>	196	<i>prochlorperazine edisylate</i> ... 33, 41	
<i>perindopril erbumine</i>	54	<i>pravastatin</i>	52	<i>prochlorperazine maleate</i>	33
<i>periogard</i>	67	<i>praziquantel</i>	35	PRO-COMFORT ALCOHOL	
<i>permethrin</i>	71	<i>prazosin</i>	45	PADS.....	173
<i>perphenazine</i>	41	<i>prednisolone</i>	78	<i>procto-med hc</i>	69
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	132	<i>prednisolone acetate</i>	99	<i>proctosol hc</i>	69
PERSERIS.....	41	<i>prednisolone sodium phosphate</i> ..	78	<i>proctozone-hc</i>	69

PRODIGY INSULIN		
SYRINGE.....	174	
<i>progesterone micronized</i>	81	
PROGRAF.....	86	
PROLASTIN-C.....	63	
<i>promethazine</i>	33	
<i>promethegan</i>	34	
<i>propafenone</i>	45	
<i>propranolol</i>	46	
<i>propylthiouracil</i>	76	
PROQUAD (PF).....	92	
<i>protriptyline</i>	132	
PULMOZYME.....	198	
PURE COMFORT ALCOHOL		
PADS.....	174	
PURE COMFORT PEN		
NEEDLE.....	174	
PURE COMFORT SAFETY		
PEN NEEDLE.....	174	
<i>pyrazinamide</i>	135	
<i>pyridostigmine bromide</i>	101	
<i>pyrimethamine</i>	35	
QINLOCK.....	16	
QUADRACEL (PF).....	92	
<i>quetiapine</i>	41	
<i>quinapril</i>	55	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ...	55	
<i>quinidine sulfate</i>	45	
<i>quinine sulfate</i>	35	
QULIPTA.....	32	
RABAVERT (PF).....	92	
<i>rabeprazole</i>	72	
RALDESY.....	132	
<i>raloxifene</i>	77	
<i>ramipril</i>	55	
<i>ranolazine</i>	48	
<i>rasagiline</i>	36	
RASUVO (PF).....	86	
RAYALDEE.....	57	
<i>reclipsen (28)</i>	121	
RECOMBIVAX HB (PF).....	93	
RELENZA DISKHALER.....	142	
<i>repaglinide</i>	27	
REPATHA PUSHTRONEX.....	52	
REPATHA SURECLICK.....	52	
REPATHA SYRINGE.....	52	
RETACRIT.....	197	
RETEVMO.....	16	
RETROVIR.....	139	
REVCOVI.....	198	
REVUFORJ.....	16	
REXULTI.....	41	
REYATAZ.....	139	
REZDIFFRA.....	76	
REZLIDHIA.....	16	
REZUROCK.....	86	
RHOPRESSA.....	95	
<i>ribavirin</i>	142	
<i>rifabutin</i>	135	
<i>rifampin</i>	135	
<i>rilpivirine</i>	139	
<i>rilpivirine hcl</i>	139	
<i>riluzole</i>	61	
RINVOQ.....	86	
RINVOQ LQ.....	86	
<i>risperidone</i>	42	
<i>risperidone microspheres</i>	42	
<i>ritonavir</i>	139	
RITUXAN HYCELA.....	17	
<i>rivaroxaban</i>	196	
<i>rivastigmine</i>	25	
<i>rivastigmine tartrate</i>	25	
<i>rizatriptan</i>	32	
<i>r-natal ob</i>	201	
ROCKLATAN.....	96	
<i>roflumilast</i>	63	
ROMVIMZA.....	17	
<i>ropinirole</i>	36	
<i>rosadan</i>	71	
<i>rosuvastatin</i>	52	
ROTARIX.....	93	
ROTATEQ VACCINE.....	93	
ROZLYTREK.....	17	
RUBRACA.....	17	
<i>rufinamide</i>	127	
RUKOBIA.....	139	
RYBELSUS.....	27	
RYBREVANT.....	17	
RYBREVANT FASPRO.....	17	
RYDAPT.....	17	
RYKINDO.....	42	
RYTELO.....	17	
<i>sacubitril-valsartan</i>	49	
SAFESNAP INSULIN		
SYRINGE.....	175	
SAFETY PEN NEEDLE.....	175	
SANTYL.....	70	
<i>sapropterin</i>	198	
SCEMBLIX.....	17	
<i>scopolamine base</i>	34	
SECUADO.....	42	
SECURESAFE INSULIN		
SYRINGE.....	175	
SECURESAFE PEN NEEDLE.....	175	
SELARSDI.....	86	
<i>select-ob</i>	201	
<i>select-ob (folic acid)</i>	201	
<i>selegiline hcl</i>	36	
<i>selenium sulfide</i>	71	
SELZENTRY.....	139	
<i>se-natal 19 chewable</i>	201	
SEREVENT DISKUS.....	66	
SEROSTIM.....	80	
<i>sertraline</i>	132	
<i>setlakin</i>	122	
<i>sevelamer carbonate</i>	74	
<i>sevelamer hcl</i>	74	
SEZABY.....	127	
<i>sf 5000 plus</i>	67	
<i>sharobel</i>	122	
SHINGRIX (PF).....	93	
SIGNIFOR.....	80	
<i>sildenafil</i>	102	
<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i> ..	102	
<i>silver sulfadiazine</i>	71	
SIMBRINZA.....	96	

<i>simliya (28)</i>	122	SUBVENITE.....	128	TALZENNA.....	18
SIMPLI PEN NEEDLE.....	163	<i>subvenite</i>	128	<i>tamoxifen</i>	18
<i>simvastatin</i>	52, 53	<i>sucralfate</i>	72	<i>tamsulosin</i>	75
<i>sirolimus</i>	87	<i>sulfacetamide sodium</i>	98	<i>tarina 24 fe</i>	122
SIRTURO.....	135	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	98	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	122
SKY SAFETY PEN NEEDLE.....	176	<i>sulfadiazine</i>	114	<i>taron-c dha</i>	201
SKYLA.....	122	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	114	<i>taron-prex prenatal-dha</i>	201
SKYRIZI.....	87	<i>sulfasalazine</i>	56	TAVNEOS.....	87
<i>sodium chloride 0.45 %</i>	194	<i>sulindac</i>	104	<i>tazarotene</i>	71
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	194	<i>sumatriptan</i>	32	<i>tazicef</i>	111
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	67	<i>sumatriptan succinate</i>	32, 33	<i>taztia xt</i>	47
<i>sodium oxybate</i>	58	<i>sunitinib malate</i>	18	TAZVERIK.....	18
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	73	SUNLENCA.....	140	TDVAX.....	93
<i>sodium,potassium,mag sulfates</i>	74, 75	SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS.....	176	TECHLITE INSULIN SYRINGE.....	178
<i>solifenacin</i>	75	SURE COMFORT INS. SYR. U-100.....	176	TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT).....	178
SOLQUA 100/33.....	30	SURE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	176, 177	TECHLITE PEN NEEDLE	178, 179
SOLTAMOX.....	17	SURE COMFORT PEN NEEDLE.....	176, 177	TECHLITE PLUS PEN NEEDLE.....	179
SOMATULINE DEPOT.....	80	SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	176	TECVAYLI.....	18
SOMAVERT.....	80	SURE-FINE PEN NEEDLES..	177	<i>telmisartan</i>	49
<i>sorafenib</i>	17	SURE-JECT INSULIN SYRINGE.....	177	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> ..	50
<i>sorine</i>	46	SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS.....	178	<i>temazepam</i>	24
<i>sotalol</i>	46	SYMPAZAN.....	128	TEMIXYS.....	140
<i>sotalol af</i>	46	SYMTUZA.....	140	TENIVAC (PF).....	93
SPIRIVA RESPIMAT.....	66	SYNJARDY.....	27	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ...	140
<i>spironolactone</i>	53	SYNJARDY XR.....	27	TEPMETKO.....	18
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i> ..	53	SYNRIBO.....	18	<i>terazosin</i>	75
SPRAVATO.....	132	SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY.....	175	<i>terbinafine hcl</i>	134
<i>sprintec (28)</i>	122	TABLOID.....	18	<i>terconazole</i>	107
SPRITAM.....	128	TABRECTA.....	18	<i>teriparatide</i>	57
<i>sps (with sorbitol)</i>	73	<i>tacrolimus</i>	69, 87	TERUMO INSULIN SYRINGE.....	179
<i>sronyx</i>	122	<i>tadalafil</i>	102	<i>testosterone</i>	76, 77
<i>ssd</i>	71	TAFINLAR.....	18	<i>testosterone cypionate</i>	76
<i>stavudine</i>	139	TAGRISSE.....	18	<i>testosterone enanthate</i>	76
STERILE PADS.....	162	TALVEY.....	18	<i>tetrabenazine</i>	61, 62
STIOLTO RESPIMAT.....	66			<i>tetracycline</i>	115
STIVARGA.....	18			TEVIMBRA.....	18
STOBOCLO.....	57			THALOMID.....	101
STRENSIQ.....	198				
<i>streptomycin</i>	108				
STRIBILD.....	140				
STRIVERDI RESPIMAT.....	66				

<i>theophylline</i>	66	<i>tramadol</i>	106	<i>trivora (28)</i>	123
THINPRO INSULIN		<i>tramadol-acetaminophen</i>	106	<i>tri-vylibra</i>	123
SYRINGE.....	179, 180	<i>trandolapril</i>	55	<i>tri-vylibra lo</i>	123
<i>thioridazine</i>	42	<i>tranexamic acid</i>	194	TRIZIVIR.....	140
<i>thiothixene</i>	42	<i>tranylcypromine</i>	132	TROGARZO.....	140
<i>tiadylt er</i>	47	<i>travoprost</i>	96	<i>trosipium</i>	75
<i>tiagabine</i>	128	<i>trazodone</i>	132	TRUE COMFORT ALCOHOL	
TIBSOVO.....	18	TRECTOR.....	135	PADS.....	181
<i>ticagrelor</i>	196	TRELEGY ELLIPTA.....	67	TRUE COMFORT INSULIN	
TICE BCG.....	18	TRELSTAR.....	19	SYRINGE.....	181
TICOVAC.....	93	TREMFYA.....	87	TRUE COMFORT PEN	
<i>tigecycline</i>	115	TREMFYA ONE-PRESS.....	87	NEEDLE.....	181
<i>tilia fe</i>	122	TREMFYA PEN.....	87	TRUE COMFORT PRO	
<i>timolol</i>	96	TREMFYA PEN INDUCTION		ALCOHOL PADS.....	182
<i>timolol maleate</i>	46, 96	PK(2PEN).....	87	TRUE COMFORT PRO INS	
<i>tinidazole</i>	35	<i>tretinoin</i>	71	SYRINGE.....	180, 181, 182
<i>tiotropium bromide</i>	67	<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	19	TRUE COMFORT SAFE	
TIVDAK.....	19	<i>triamcinolone acetanide</i>		INSULIN SYRG.....	180, 181, 182
TIVICAY.....	140	.....	67, 69, 70, 78	TRUE COMFORT SAFETY	
TIVICAY PD.....	140	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> ..	54	PEN NEEDLE.....	180
<i>tizanidine</i>	199	<i>tridacaine ii</i>	107	TRUE-COMFORT PRO PEN	
TOBI PODHALER.....	108	<i>trientine</i>	107	NEEDLE.....	182
<i>tobramycin</i>	98	<i>tri-estarylla</i>	122	TRUEPLUS INSULIN....	182, 183
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	108	<i>trifluoperazine</i>	42	TRUEPLUS PEN NEEDLE....	182
<i>tobramycin sulfate</i>	108	<i>trifluridine</i>	98	TRULANCE.....	73
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	98	<i>trihexyphenidyl</i>	36	TRULICITY.....	27
<i>tobramycin-lotepred</i>	98	TRIJARDY XR.....	27	TRUMENBA.....	93
<i>tolterodine</i>	75	TRIKAFTA.....	63	TRUQAP.....	19
<i>tolvaptan (polycys kidney dis)</i>	53	<i>tri-legest fe</i>	122	TRUXIMA.....	19
TOPCARE CLICKFINE.....	180	<i>tri-linyah</i>	122	TUKYSA.....	19
TOPCARE ULTRA		<i>tri-lo-estarylla</i>	122	TURALIO.....	19
COMFORT.....	180	<i>tri-lo-marzia</i>	122	<i>turqoz (28)</i>	123
<i>topiramate</i>	128	<i>tri-lo-mili</i>	122	TWINRIX (PF).....	94
<i>toposar</i>	19	<i>tri-lo-sprintec</i>	122	<i>tyblume</i>	123
<i>toremifene</i>	19	<i>trimethoprim</i>	109	TYBOST.....	101
<i>torpenz</i>	19	<i>tri-mili</i>	122	TYENNE.....	88
<i>torse mide</i>	54	<i>trimipramine</i>	132	TYENNE AUTOINJECTOR....	88
TOUJEO MAX U-300		TRINTELLIX.....	132	TYMLOS.....	57
SOLOSTAR.....	30	<i>tri-nymyo</i>	123	TYPHIM VI.....	94
TOUJEO SOLOSTAR U-300		<i>tri-sprintec (28)</i>	123	UBRELVY.....	33
INSULIN.....	30	TRIUMEQ.....	140	UDENYCA ONBODY.....	197
TRADJENTA.....	27	TRIUMEQ PD.....	140	ULTICARE.....	184, 185

ULTICARE INSULIN	ULTRA-THIN II INSULIN	VENCLEXTA.....	19
SYRINGE.....	SYRINGE.....	VENCLEXTA STARTING	
183, 184	UNIFINE OTC PEN NEEDLE	PACK.....	19
ULTICARE INSULN	UNIFINE PEN NEEDLE.....	<i>venlafaxine</i>	132
SYR(HALF UNIT).....	UNIFINE PENTIPS.....	VEOZAH.....	101
183	171, 190	<i>verapamil</i>	47
ULTICARE PEN NEEDLE.....	UNIFINE PENTIPS	VERIFINE INSULIN	
184	MAXFLOW.....	SYRINGE.....	192, 193
ULTICARE SAFETY PEN	UNIFINE PENTIPS PLUS	VERIFINE PEN NEEDLE.....	192
NEEDLE.....	.....	VERIFINE PLUS PEN	
184	190, 191	NEEDLE.....	192
ULTIGUARD SAFEPACK-	UNIFINE PENTIPS PLUS	VERIFINE PLUS PEN	
INSULIN SYR.....	MAXFLOW.....	NEEDLE-SHARP.....	192
185	190	VERQUOVO.....	48
ULTIGUARD SAFEPACK-	UNIFINE PROTECT.....	VERSACLOZ.....	43
PEN NEEDLE.....	191	VERSALON.....	193
185	UNIFINE SAFECONTROL	VERZENIO.....	20
ULTILET ALCOHOL SWAB.	PEN NEEDLE.....	V-GO 20.....	193
185	191	V-GO 30.....	193
ULTILET INSULIN SYRINGE	UNIFINE ULTRA PEN	V-GO 40.....	193
.....	NEEDLE.....	<i>vienna</i>	123
165, 166, 185, 186	191	<i>vigabatrin</i>	128
ULTILET PEN NEEDLE.....	UPTRAVI.....	<i>vigadrone</i>	128, 129
186	102	<i>vigpoder</i>	129
ULTRA CMFT INS SYR	<i>ursodiol</i>	<i>vilazodone</i>	132
(HALF UNIT).....	73, 74	VIMKUNYA.....	94
163, 176	<i>ustekinumab-aauz</i>	<i>vinorelbine</i>	20
ULTRA COMFORT INSULIN	88	<i>viorele (28)</i>	123
SYRINGE.....	UZEDY.....	VIRACEPT.....	140
155, 163, 186	42, 43	VIREAD.....	140
ULTRA FLO INSUL	<i>valacyclovir</i>	<i>virt-c dha</i>	201
SYR(HALF UNIT).....	142	<i>virt-nate dha</i>	201
186	VALCHLOR.....	<i>virt-pn dha</i>	202
ULTRA FLO INSULIN	70	<i>vitafol gummies</i>	202
SYRINGE.....	<i>valganciclovir</i>	<i>vitafol nano</i>	202
187	142	<i>vitafol-ob+dha</i>	202
ULTRA FLO PEN NEEDLE	<i>valproate sodium</i>	VITRAKVI.....	20
.....	128	VIVIMUSTA.....	20
186, 187	<i>valproic acid</i>	VIVOTIF.....	94
ULTRA THIN PEN NEEDLE.	<i>valproic acid (as sodium salt)</i> ..	VIZIMPRO.....	20
187	128	VOCABRIA.....	141
ULTRACARE INSULIN	<i>valsartan</i>	<i>volnea (28)</i>	123
SYRINGE.....	50		
187, 188	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ... 50		
ULTRACARE PEN NEEDLE.	VALTOCO.....		
188	128		
ULTRA-FINE INS SYR	<i>valtya</i>		
(HALF UNIT).....	123		
188	<i>vancomycin</i>		
ULTRA-FINE INSULIN	109		
SYRINGE.....	VANFLYTA.....		
188, 189	19		
ULTRA-FINE PEN NEEDLE	VANISHPOINT INSULIN		
.....	SYRINGE.....		
188, 189	191, 192		
ULTRA-THIN II (SHORT)	VANISHPOINT SYRINGE		
(SHORT)	.....	
INS SYR.....	191, 192		
189	VAQTA (PF).....		
ULTRA-THIN II (SHORT)	94		
PEN NDL.....	<i>varenicline tartrate</i>		
189	23		
ULTRA-THIN II INS PEN	VARIVAX (PF).....		
NEEDLES.....	94		
189	VAXCHORA VACCINE.....		
	94		
	VELTASSA.....		
	74		
	VEMLIDY.....		
	140		

VONJO.....	20	XULTOPHY 100/3.6.....	30
VOQUEZNA.....	72	YERVOY.....	21
VORANIGO.....	20	YESINTEK.....	88
<i>voriconazole</i>	135	YF-VAX (PF).....	94
VOSEVI.....	141	YONSA.....	21
VOWST.....	101	YUFLYMA(CF).....	88
<i>vp-ch-pnv</i>	202	YUFLYMA(CF) AI CROHN'S- UC-HS.....	88
<i>vp-pnv-dha</i>	202	YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR.....	88
VRAYLAR.....	43	YUTREPIA.....	102
VUMERITY.....	62	<i>yuvafem</i>	78
VYALEV.....	36	<i>zafemy</i>	123
<i>vylibra</i>	123	<i>zafirlukast</i>	65
VYLOY.....	20	<i>zaleplon</i>	58
VYNDAMAX.....	48	<i>zatean-pn dha</i>	202
VYZULTA.....	96	<i>zatean-pn plus</i>	202
<i>warfarin</i>	196	ZEJULA.....	21
WEBCOL.....	193	ZELBORAF.....	21
WELIREG.....	20	<i>zenatane</i>	70
WINREVAIR.....	63	ZENPEP.....	198
<i>wixela inhub</i>	65	<i>zidovudine</i>	141
XALKORI.....	20	ZIIHERA.....	21
<i>xarah fe</i>	123	<i>zingiber</i>	202
XARELTO.....	196	<i>ziprasidone hcl</i>	43
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START.....	196	<i>ziprasidone mesylate</i>	43
XATMEP.....	20	ZIRABEV.....	21
XCOPRI.....	129	ZIRGAN.....	98
XCOPRI MAINTENANCE PACK.....	129	ZOLADEX.....	22
XCOPRI TITRATION PACK..	129	ZOLINZA.....	22
XDEMVI.....	98	<i>zolpidem</i>	58
XELJANZ.....	88	ZONISADE.....	129
XELJANZ XR.....	88	<i>zonisamide</i>	129
XERMELO.....	74	<i>zovia 1-35 (28)</i>	123
XIFAXAN.....	109	ZTALMY.....	129
XIGDUO XR.....	27, 28	ZTLIDO.....	107
XIIDRA.....	99	ZURZUVAE.....	132, 133
XOLAIR.....	63, 64	ZYDELIG.....	22
XOSPATA.....	20	ZYKADIA.....	22
XPOVIO.....	21	ZYNLONTA.....	22
XTANDI.....	21	ZYNYZ.....	22
<i>xulane</i>	123	ZYPREXA RELPREVV.....	43

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៖ បសិទ្ធិ បង្កើន កម្រិត ភាសា ខ្មែរ រ សេវាកម្ម ជំនួយ ភាសា គឺ គឺ ផ្តោត លើ ការ ជំនួយ 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: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้ บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ 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 والبالكم 1-800-735-2900).

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 and 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 librang 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 Sprachassistenten-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 لغة عربية فستتوفر لك خدمات التل من إعدادات لغة الـمجموعات. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات
مختلفة لتوفير المعلومات في صيغ مختلفة. يمكنك الاتصال 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 fòm aksèsib 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 06/01/2026

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**.