

GlobalHealth Generations Dual Support (HMO D-SNP), GlobalHealth Generations Dual Premier (HMO D-SNP) y Generations State of Oklahoma Retirees (HMO)

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS **Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027**

LEA ESTA INFORMACIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN. Identificación de Presentación del Archivo de la Lista de Medicamentos Aprobada por el HPMS 00027284, número de versión 6.

Este documento contiene una lista de medicamentos cubiertos para GlobalHealth Generations Dual Support (HMO D-SNP), GlobalHealth Generations Dual Premier (HMO D-SNP) y Generations State of Oklahoma Retirees (HMO). El Formulario de Medicamentos se actualizó el 05/10/2026. Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con Atención al cliente de GlobalHealth.

1-866-494-3927 (TTY: 711) 24 horas al día, los 7 días de la semana
www.GlobalHealth.com

GlobalHealth Generations Dual Support (HMO D-SNP), GlobalHealth Generations Dual Premier (HMO D-SNP) and Generations State of Oklahoma Retirees (HMO)

Formulario 2027

(Lista de Medicamentos Cubiertos o "Lista de Medicamentos")

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

Identificación de Presentación del Archivo de la Lista de Medicamentos Aprobada por el HPMS 00027284, versión 6.

Este Formulario se actualizó el 05/10/2026. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con GlobalHealth Generación del plan en Servicio de Atención al Cliente al 1-866-494-3927 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, o visite www.globalhealth.com.

Mensaje Importante Sobre Lo Que Usted Paga por Insulina -Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, no importa el nivel de costo compartido.

Nota para los afiliados existentes: Esta lista de medicamentos cambió desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contenga los medicamentos que toma.

Cuando en esta lista de medicamentos (Formulario) se hace referencia a "nosotros", "nos" o "nuestro", se hace referencia a GlobalHealth, Inc. Cuando se hace referencia a "plan" o "nuestro plan", se hace referencia a GlobalHealth Generations Dual Support (HMO D-SNP), GlobalHealth Generations Dual Premier (HMO D-SNP) and Generations State of Oklahoma Retirees (HMO).

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que está actualizada a partir de 5 de octubre de 2026. Para obtener una lista de medicamentos actualizada (formulario), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la lista de medicamentos (formulario), aparece en la portada y la contraportada.

Por lo general, debe usar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el Formulario, la red de farmacias o los copagos y coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027 y de manera periódica durante el año.

¿Qué es el Formulario de Medicamentos de Generations Dual Support (HMO D-SNP), Generations Dual Premier (HMO D-SNP) and Generations State of Oklahoma Retirees (HMO)?

En este documento, usamos los términos Lista de medicamentos y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por nuestro plan en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas consideradas como una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Nuestro plan, por lo general, cubrirá los medicamentos que figuran en nuestro Formulario, siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta sea surtida en una farmacia de la red del plan y se cumplan otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, consulte su *Evidencia de Cobertura*.

¿Puede cambiar la Lista (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos en el Formulario durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos cumplir con las normas de Medicare para realizar estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí:

https://globalhealth.com/media/lyvpwgbe/2026_web-charts_1t_snp-8126-508.pdf

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

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

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

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

Si hacemos un cambio de este tipo, usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriéndole el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de GlobalHealth Dual Support (HMO D-SNP), GlobalHealth Generations Dual Premier (HMO D-SNP) and Generations State of Oklahoma Retirees (HMO)?"

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección titulada "¿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, por sus siglas en inglés) determina que se retira por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y luego notificar a los afiliados que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los afiliados que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del formulario al agregar un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original al agregar un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, o moverlo a un nivel diferente de costos compartidos, o ambos. Es posible que realicemos cambios en función de las nuevas directrices clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada en un medicamento, o cambiamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los afiliados afectados del cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Alternativamente, cuando un afiliado solicita una reposición del medicamento, puede recibir un suministro de 30 días del medicamento y un aviso del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción para usted y que continuemos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de GlobalHealth Generations Dual Support (HMO D-SNP), GlobalHealth Generations Dual Premier (HMO D-SNP) and Generations State of Oklahoma Retirees (HMO)?

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si usted está tomando un medicamento de nuestro Formulario 2027 que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2027, salvo lo descrito anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán disponibles con el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos afiliados que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año no se le notificarán directamente sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1 de enero del año siguiente, dichos cambios pueden afectarlo, y es importante revisar formulario del nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

El Formulario adjunto entra en vigor a partir del 5 de octubre de 2026. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por GlobalHealth Generations Dual Support (HMO D-SNP), GlobalHealth Generations Dual Premier (HMO D-SNP) and Generations State of Oklahoma Retirees (HMO), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y en la contraportada. En caso de que se produzcan cambios a mediados de año en el Formulario que no sean de mantenimiento, el Formulario se actualizarán mensualmente y se publicarán en nuestro sitio web.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Existen dos maneras de encontrar su medicamento en la lista de medicamentos:

Afección Médica

El Formulario comienza en la página 3. Los medicamentos de esta lista de medicamentos están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para la que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados

para tratar una afección cardíaca se enumeran en la categoría “Cardiovascular”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 3. Luego busque su medicamento en el nombre de la categoría.

Listado Alfabético

Si no está seguro en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 188. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca registrada como los medicamentos genéricos figuran en el Índice. Busque en el Índice para encontrar su medicamento. Junto con su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que aparece en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan cubre tanto medicamentos de marca registrada como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico es uno aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca registrada. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los medicamentos de marca. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente pueden ser sustituidos 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, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Para hablar 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."

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización Previa:** Nuestro plan necesita que usted o su prescriptor obtengan una autorización previa para obtener ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener una aprobación de nuestro plan basándose en criterios específicos antes de obtener los medicamentos con receta médica. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

- **Límites de Cantidades:** Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá nuestro plan. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 30 tabletas por receta para rosuvastatina. Esto puede ser adicional a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Terapia Escalonada:** En algunos casos, nuestro plan requiere que primero pruebe otros medicamentos para tratar su afección médica antes de cubrir otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan una condición médica, podemos no cubrir el medicamento B a menos que pruebe con el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona, le cubriremos el medicamento B.
- Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales consultando el Formulario que comienza en la página 3. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas 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 que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en la portada y en la contraportada.
- Puede solicitar a nuestro plan que haga una excepción a estas restricciones o límites o una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Generations Dual Support (HMO D-SNP), Generations Dual Premier (HMO D-SNP) and Generations State of Oklahoma Retirees (HMO)?” en la página VI para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿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 el Servicio de Atención al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si se entera de que nuestro plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar al Servicio de Atención al Cliente una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.
- Puede solicitar que nuestro plan haga una excepción para que cubra su medicamento. Consulte la siguiente sección para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de GlobalHealth Generations Dual Support (HMO D-SNP), GlobalHealth Generations Dual Premier (HMO D-SNP) and Generations State of Oklahoma Retirees (HMO)?

Puede solicitar a nuestro plan que haga 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 estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá solicitarnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.

- Puede pedirnos que renunciemos a una restricción de cobertura, incluida la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad en su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que le eximamos del límite y cubramos una cantidad mayor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.

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

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

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

Como afiliado nuevo o continuo de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O bien, es posible que esté tomando un medicamento que está en nuestro formulario pero que tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con su médico sobre la posibilidad de solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios para la aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubrimos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan el curso de acción correcto para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días que sea afiliado de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no estén en nuestro formulario o que tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos que los resurtidos proporcionen un suministro máximo de medicamentos para 30 días. Si no se aprueba la cobertura, después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido afiliado del plan menos de 90 días.

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

Si usted es un afiliado actual de nuestro plan, también cubriremos un suministro de transición temporal si sus medicamentos cambian debido a un cambio en el nivel de atención. Esto puede incluir cambios no planificados en los entornos de tratamiento, como ser dado de alta de un centro de cuidados intensivos (hospital) o ser hospitalizado o dado de alta de un centro de atención médica a largo plazo. Por cada medicamento que no esté en nuestro Formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada,

cubriremos un suministro temporal por 30 días (un suministro por hasta 31 días si usted es residente de un centro de atención médica a largo plazo) cuando vaya a una farmacia de la red.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados GlobalHealth Generations Dual Support (HMO D-SNP), GlobalHealth Generations Dual Premier (HMO D-SNP) and Generations State of Oklahoma Retirees (HMO), revise su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

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

Formulario de GlobalHealth Generations Dual Support (HMO D-SNP), GlobalHealth Generations Dual Premier (HMO D-SNP) and Generations State of Oklahoma Retirees (HMO)

El Formulario que comienza en la página siguiente proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 188.

La primera columna de la tabla enumera el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca registrada están en mayúscula (p. ej., SYNTHROID) y los medicamentos genéricos están en minúscula cursiva (p. ej., *levotiroxina*).

La información en la columna Requisitos/Límites le indica si nuestro plan tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

H3706_0005620826_C

Nivel de Medicamento

Nivel 1 = Genérico preferido

Nivel 2 = Genérico

Nivel 3 = Marca preferida

Nivel 4 = Medicamentos no preferidos

Nivel 5 = Nivel de especialidad

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla:

- **PA - Autorización Previa.** El plan necesita que usted o su proveedor obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener nuestra aprobación antes de obtener los medicamentos con receta médica. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
- **QL - El medicamento tiene un límite de cantidad.** Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 30 tabletas por 30 días por receta de rosuvastatina.
- **ST - Terapia Escalonada.** En algunos casos, nuestro plan requiere que primero pruebe otros medicamentos para tratar su afección médica antes de cubrir otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan una condición médica, podemos no cubrir el medicamento B a menos que pruebe con el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona, le cubriremos el medicamento B.
- *** - No está disponible en nuestras farmacias de pedidos por correo.**
- **LA - Acceso Limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias.** Para obtener más información, consulte su Directorio de Proveedores y Farmacias o llame a nuestro Centro de Llamadas de Servicio al Cliente al 1-866-494-3927, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o visite www.globalhealth.com.
- **B/D - Este medicamento puede estar cubierto por Medicare Parte B o Parte D, según las circunstancias.** Es posible que sea necesario presentar información que describa el uso y el entorno del medicamento para tomar la decisión.
- **ED - Medicamento Excluido (Excluded Drug).** Este medicamento recetado generalmente no está cubierto por un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. El monto que usted paga cuando le dispensan una receta de este medicamento no cuenta entre los costos de medicamentos totales (es decir, el monto que paga no lo ayuda a reunir los requisitos para la cobertura catastrófica). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus recetas, no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

Generations Dual Support (HMO D-SNP)		
Nivel	Costo compartido dentro de la red (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido dentro de la red (hasta un suministro de 100 días)
Los copagos de los afiliados del plan D-SNP se basarán en su nivel LIS.		
Costo Compartido Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 1: \$5.80 (genérico), \$14.40 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 2: \$1.65 (genérico), \$5.00 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 3: \$0	Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 1: \$5.80 (genérico), \$14.40 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 2: \$1.65 (genérico), \$5.00 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 3: \$0
Costo Compartido Nivel 2 (Medicamento Genérico)	Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 1: \$5.80 (genérico), \$14.40 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 2: \$1.65 (genérico), \$5.00 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 3: \$0	Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 1: \$5.80 (genérico), \$14.40 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 2: \$1.65 (genérico), \$5.00 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 3: \$0
Costo Compartido Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 1: \$5.80 (genérico), \$14.40 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 2: \$1.65 (genérico), \$5.00 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 3: \$0	Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 1: \$5.80 (genérico), \$14.40 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 2: \$1.65 (genérico), \$5.00 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 3: \$0
Costo Compartido Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 1: \$5.80 (genérico), \$14.40 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 2: \$1.65 (genérico), \$5.00 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 3: \$0	Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 1: \$5.80 (genérico), \$14.40 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 2: \$1.65 (genérico), \$5.00 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 3: \$0
Costo Compartido Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 1: \$5.80 (genérico), \$14.40 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 2: \$1.65 (genérico), \$5.00 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 3: \$0	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5 (Medicamentos especializados).

Generations Dual Premier (HMO D-SNP)

Nivel	Costo compartido dentro de la red (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido dentro de la red (hasta un suministro de 100 días)
Los copagos de los afiliados del plan D-SNP se basarán en su nivel LIS.		
Costo Compartido Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 1: \$5.80 (genérico), \$14.40 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 2: \$1.65 (genérico), \$5.00 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 3: \$0	Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 1: \$5.80 (genérico), \$14.40 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 2: \$1.65 (genérico), \$5.00 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 3: \$0
Costo Compartido Nivel 2 (Medicamento Genérico)	Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 1: \$5.80 (genérico), \$14.40 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 2: \$1.65 (genérico), \$5.00 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 3: \$0	Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 1: \$5.80 (genérico), \$14.40 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 2: \$1.65 (genérico), \$5.00 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 3: \$0
Costo Compartido Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 1: \$5.80 (genérico), \$14.40 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 2: \$1.65 (genérico), \$5.00 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 3: \$0	Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 1: \$5.80 (genérico), \$14.40 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 2: \$1.65 (genérico), \$5.00 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 3: \$0
Costo Compartido Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 1: \$5.80 (genérico), \$14.40 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 2: \$1.65 (genérico), \$5.00 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 3: \$0	Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 1: \$5.80 (genérico), \$14.40 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 2: \$1.65 (genérico), \$5.00 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 3: \$0
Costo Compartido Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 1: \$5.80 (genérico), \$14.40 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 2: \$1.65 (genérico), \$5.00 (de marca) Subsidio para personas con bajos ingresos Nivel 3: \$0	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5 (Medicamentos especializados).

Generations State of Oklahoma Retirees (HMO)

Nivel	Costo compartido dentro de la red (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido dentro de la red (hasta un suministro de 100 días)
Costo Compartido Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0	\$0
Costo Compartido Nivel 2 (Medicamento Genérico)	\$15	\$0
Costo Compartido Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	\$42	\$84
Costo Compartido Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$95	\$190
Costo Compartido Nivel 5 (Medicamentos especializados)	33% coaseguro	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5 (Medicamentos especializados).

Lista de Cobertura de Medicamentos

Lista de Medicamentos por Condicion Medica

AGENTES ANTI CÁNCER.....	3
AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS	21
AGENTES ANTIANSIEDAD	22
AGENTES ANTIDEMENCIA.....	23
AGENTES ANTIDIABETICO.....	24
AGENTES ANTIGOTA	29
AGENTES ANTIHIPOGLICÉMICOS	29
AGENTES ANTIMIGRAÑA.....	29
AGENTES ANTINAUSEA	30
AGENTES ANTIPARASITARIOS	31
AGENTES ANTIPARKINSON.....	32
AGENTES ANTIPSICÓTICOS	33
AGENTES CALÓRICOS.....	39
AGENTES CARDIOVASCULARES	39
AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA.....	49
AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO	49
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.....	50
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO	52
AGENTES DENTALES Y ORALES.....	56
AGENTES DERMATOLÓGICOS	56
AGENTES GASTROINTESTINALES	60
AGENTES GENITOURINARIOS.....	63
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICADOR.....	64
AGENTES INMUNOLÓGICOS	69
AGENTES OFTÁLMICOS	82
AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA	83
AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS (ADRENÉRGICOS)	86
AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS.....	86
AGENTES VASODILATADORES	87
ANALGÉSICOS.....	88
ANESTÉSICOS.....	91
ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS	91
ANTIBACTERIANOS	91
ANTICONCEPTIVOS	98

ANTICONVULSIVOS	103
ANTIDEPRESIVOS	108
ANTIFÚNGICOS.....	112
ANTIISTAMÍNICOS	114
ANTIMICOBACTERIALES.....	114
ANTIVIRALES (SITÉMICO).....	114
DISPOSITIVOS	120
PARASIMPATICOMIMÉTICOS (AGENTES COLINÉRGICOS).....	181
PREPARACIONES DE REEMPLAZO	181
PRODUCTOS PARA LA TOS Y RESFRIADO.....	183
PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN	183
REEMPLAZO/MODIFICADORES DE ENZIMA	186
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS	186
VITAMINAS Y MINERALES	187

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES ANTI CÁNCER			
Agentes Anti Cáncer			
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	Abirtega	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>abirtega oral tablet 250 mg</i>	Abirtega	2	PA NSO; QL (120 per 30 days)
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG		5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA NSO; *; QL (240 per 30 days); NEDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG		5	PA NSO; *; NEDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	Arimidex	1	
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG		5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA NSO; *; QL (240 per 30 days); NEDS
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK ORAL THERAPY PACK 0.8 & 200 MG		5	PA NSO; *; QL (66 per 28 days); NEDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	Vidaza	5	*; NEDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG		5	PA NSO; *; QL (84 per 28 days); NEDS
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG		5	PA NSO; *; QL (56 per 28 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG		5	PA NSO; *; QL (28 per 28 days); NEDS
<i>bendamustine hcl intravenous solution reconstituted 25 mg</i>	Treanda	4	PA NSO
BEQALZI ORAL TABLET 1 MG, 20 MG, 5 MG, 80 MG		5	PA NSO; *; NEDS
BEQALZI STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 1 & 5 & 20 & 80 MG		5	PA NSO; *; NEDS
BESREMI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 MCG/0.5ML		5	PA NSO; *; QL (1 per 28 days); NEDS
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML		5	PA NSO; *; QL (2 per 28 days); NEDS
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	Targretin	5	PA NSO; *; NEDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	Targretin	1	PA NSO
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	Casodex	1	
<i>bleomycin sulfate injection solution reconstituted 15 unit, 30 unit</i>		1	
BORTEZOMIB INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG, 2.5 MG		4	PA NSO
BORTEZOMIB INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG		5	PA NSO; *; NEDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA NSO; *; QL (180 per 30 days); NEDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG		5	PA NSO; *; QL (180 per 30 days); NEDS
BOSULIF ORAL TABLET 500 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>bosutinib oral tablet 100 mg</i>	Bosulif	5	PA NSO; *, QL (180 per 30 days); NEDS
<i>bosutinib oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	Bosulif	5	PA NSO; *, QL (30 per 30 days); NEDS
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		5	PA NSO; *, QL (180 per 30 days); NEDS
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG		5	PA NSO; *, QL (120 per 30 days); NEDS
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG		5	PA NSO; *, QL (60 per 30 days); NEDS
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG		5	PA NSO; *, QL (30 per 30 days); NEDS
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG		5	PA NSO; *, QL (60 per 30 days); NEDS
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG		5	PA NSO; *, QL (60 per 30 days); NEDS
CAMCEVI SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 42 MG		4	PA NSO
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG		5	PA NSO; *, QL (60 per 30 days); NEDS
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG		5	PA NSO; *, QL (30 per 30 days); NEDS
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG		5	PA NSO; *, NEDS
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG		5	PA NSO; *, QL (112 per 28 days); NEDS
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG		5	PA NSO; *, NEDS
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG		5	PA NSO; *, QL (56 per 28 days); NEDS
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		5	PA NSO; *, QL (63 per 28 days); NEDS
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm</i>		4	PA BvD

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 2 gm, 500 mg</i>		5	PA BvD; *; NEDS
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/2.5ML		5	PA BvD; *; NEDS
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG		1	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg</i>		3	PA BvD; ST
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG		3	PA BvD; ST
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG		5	PA NSO; *; QL (112 per 28 days); NEDS
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	Phyrago	5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	Phyrago	5	PA NSO; *; QL (90 per 30 days); NEDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG		5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>decitabine intravenous solution reconstituted 50 mg</i>		4	
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i>	Doxil	5	PA BvD; *; NEDS
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG		4	PA NSO
ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
ENSACOVE ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA NSO; *; QL (270 per 30 days); NEDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA NSO; *; QL (28 per 28 days); NEDS
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg</i>		5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 150 mg</i>		5	PA NSO; *; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>		4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>etoposide intravenous solution 100 mg/5ml</i>	Avopef	1	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG		5	*; NEDS
<i>everolimus oral tablet 10 mg</i>	Yulithira	5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>everolimus oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Yulithira	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>everolimus oral tablet 7.5 mg</i>	Yulithira	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	Afinitor Disperz	5	PA NSO; *; QL (112 per 28 days); NEDS
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	Aromasin	1	
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL		5	PA BvD; *; NEDS
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG		3	PA BvD
<i>floxuridine injection solution reconstituted 0.5 gm</i>		1	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>		2	PA BvD
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG		5	PA NSO; *; QL (21 per 28 days); NEDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG		5	PA NSO; *; QL (84 per 28 days); NEDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG		5	PA NSO; *; QL (21 per 28 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml</i>	Cligavyx	4	
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	Iressa	5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG		5	PA NSO; *; QL (224 per 28 days); NEDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG		5	PA NSO; *; QL (112 per 28 days); NEDS
GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE 1 MG		5	PA NSO; *; QL (224 per 28 days); NEDS
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML		5	PA NSO; *; QL (5 per 21 days); NEDS
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG		5	PA NSO; *; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	Hydrea	1	
HYRNUO ORAL TABLET 10 MG		5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA NSO; *; QL (21 per 28 days); NEDS
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA NSO; *; QL (21 per 28 days); NEDS
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA NSO; *; QL (90 per 30 days); NEDS
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gm/20ml, 3 gm/60ml</i>		2	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>ifosfamide intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	Ifex	2	
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	Gleevec	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	Gleevec	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG		5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG		5	PA NSO; *; QL (28 per 28 days); NEDS
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML		5	PA NSO; *; QL (216 per 30 days); NEDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG		5	PA NSO; *; QL (28 per 28 days); NEDS
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML		5	PA NSO; *; QL (280 per 28 days); NEDS
INLEXZO INTRAVESICAL IMPLANT 225 MG		5	PA BvD; *; NEDS
INLURIYO ORAL TABLET 200 MG		5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG		5	PA NSO; *; QL (180 per 30 days); NEDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG		5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG		5	PA NSO; *; QL (5 per 28 days); NEDS
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG		5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG		5	PA NSO; *; QL (240 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
JAKAFI XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG, 33 MG, 44 MG, 55 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG		5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG		5	PA NSO; *; QL (90 per 30 days); NEDS
JIDEYTRO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG		5	PA NSO; *; NEDS
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML		4	PA BvD; ST
KEYTRUDA QLEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 395-4800 MG -UNT/2.4ML, 790-9600 MG -UNT/4.8ML		5	PA NSO; *; NEDS
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA NSO; *; QL (21 per 28 days); NEDS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA NSO; *; QL (42 per 28 days); NEDS
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA NSO; *; QL (63 per 28 days); NEDS
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA NSO; *; QL (49 per 28 days); NEDS
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA NSO; *; QL (70 per 28 days); NEDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA NSO; *; QL (91 per 28 days); NEDS
KOMZIFTI ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA NSO; *; NEDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG		5	PA NSO; *; QL (300 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE SPRINKLE 5 MG		5	PA NSO; *; QL (600 per 30 days); NEDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE SPRINKLE 7.5 MG		5	PA NSO; *; QL (390 per 30 days); NEDS
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG		5	PA NSO; *; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	Tykerb	5	PA NSO; *; NEDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG		5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Revlimid	5	PA NSO; *; QL (28 per 28 days); NEDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG		5	PA NSO; *; NEDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG		5	PA NSO; *; NEDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG		5	PA NSO; *; NEDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG		5	PA NSO; *; NEDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG		5	PA NSO; *; NEDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG		5	PA NSO; *; NEDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG		5	PA NSO; *; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG		5	PA NSO; *, NEDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Femara	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		5	*, NEDS
LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH) INTRAMUSCULAR INJECTABLE 22.5 MG		4	PA NSO
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>		4	PA NSO
LIFYORLI (125 MG DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1 X 25 MG & 1 X 100 MG, 3 X 25 MG & 1 X 100 MG, 9 X 25 MG & 1 X 100 MG		5	PA NSO; *, NEDS
LIFYORLI (150 MG DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 25 MG & 1 X 100 MG, 3 X 25 MG & 1 X 100 MG, 9 X 25 MG & 1 X 100 MG		5	PA NSO; *, NEDS
<i>lomustine oral capsule 10 mg, 40 mg</i>	Gleostine	4	
<i>lomustine oral capsule 100 mg</i>	Gleostine	5	*, NEDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG		5	PA NSO; *, QL (100 per 28 days); NEDS
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG		5	PA NSO; *, QL (80 per 28 days); NEDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		5	PA NSO; *, QL (30 per 30 days); NEDS
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG		5	PA NSO; *, QL (90 per 30 days); NEDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG		5	PA NSO; *, QL (240 per 30 days); NEDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG		5	PA NSO; *, QL (120 per 30 days); NEDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG		5	PA NSO; *, QL (90 per 30 days); NEDS
LUNSUMIO VELO SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/ML, 5 MG/0.5ML		5	PA BvD; *, NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG		5	PA NSO; *; NEDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 22.5 MG		5	PA NSO; *; NEDS
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG		5	PA NSO; *; NEDS
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG		5	PA NSO; *; NEDS
LUTRATE DEPOT INTRAMUSCULAR INJECTABLE 22.5 MG		4	PA NSO
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		5	*; NEDS
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA NSO; *; QL (140 per 28 days); NEDS
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA NSO; *; QL (140 per 28 days); NEDS
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA NSO; *; QL (140 per 28 days); NEDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG		5	*; NEDS
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>		1	PA NSO; HRM; AGE (Max 64 Years)
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML		5	PA NSO; *; QL (1260 per 30 days); NEDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG		5	PA NSO; *; QL (90 per 30 days); NEDS
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG		5	PA NSO; *; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>mercaptopurine oral suspension 2000 mg/100ml</i>	Purixan	5	*; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>		1	
<i>methotrexate (anti-rheumatic) oral tablet 2.5 mg</i>		1	PA BvD; ST
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>		1	
METHOTREXATE SODIUM INJECTION SOLUTION 50 MG/2ML		1	
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>		1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>		1	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone hcl intravenous concentrate 20 mg/10ml</i>		1	
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG		5	PA NSO; *; QL (20 per 28 days); NEDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG		5	PA NSO; *; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	Tasigna	5	PA NSO; *; QL (112 per 28 days); NEDS
<i>nilotinib hcl oral capsule 50 mg</i>	Tasigna	5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>		5	*; NEDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA NSO; *; QL (3 per 28 days); NEDS
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG		5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA NSO; *; NEDS
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG		5	PA NSO; *; NEDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG		5	PA NSO; *; QL (180 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML		5	PA NSO; *; QL (96 per 28 days); NEDS
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)		5	PA NSO; *; QL (24 per 28 days); NEDS
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG		5	PA NSO; *; QL (14 per 28 days); NEDS
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 120 MG/12ML, 240 MG/24ML, 40 MG/4ML		5	PA NSO; *; NEDS
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 300-5000 MG -UT/2.5ML, 600-10000 MG-UT/5ML		5	PA NSO; *; NEDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG		5	PA NSO; *; QL (90 per 30 days); NEDS
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG		5	PA BvD; *; NEDS
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	Votrient	5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>pazopanib hcl oral tablet 400 mg</i>		5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
PEMETREXED DISODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/40ML, 100 MG/4ML, 500 MG/20ML		5	*; NEDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 1000 mg</i>		4	
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 500 mg, 750 mg</i>		5	*; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA NSO; *; QL (28 per 28 days); NEDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG		5	PA NSO; *; QL (56 per 28 days); NEDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG		5	PA NSO; *; QL (56 per 28 days); NEDS
POMALIDOMIDE ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA NSO; *; QL (21 per 28 days); NEDS
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA NSO; *; QL (21 per 28 days); NEDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG		5	PA NSO; *; QL (90 per 30 days); NEDS
RASONQUE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA NSO; *; NEDS
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG		5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG		5	PA NSO; *; QL (90 per 30 days); NEDS
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG		5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG		5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG		5	PA NSO; *; QL (240 per 30 days); NEDS
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG		5	PA NSO; *; QL (8 per 28 days); NEDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA NSO; *; QL (180 per 30 days); NEDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA NSO; *; QL (90 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG		5	PA NSO; *; QL (360 per 30 days); NEDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG		5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
RYBREVANT FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1600-20000 MG-UT/10ML, 2240-28000 MG-UT/14ML, 2400-30000 MG-UT/15ML, 3520-44000 MG-UT/22ML		5	PA NSO; *; NEDS
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 350 MG/7ML		5	PA NSO; *; NEDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA NSO; *; QL (224 per 28 days); NEDS
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG		5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG		5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG		5	PA NSO; *; QL (300 per 30 days); NEDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		5	*; NEDS
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	NexAVAR	5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG		5	PA NSO; *; QL (84 per 28 days); NEDS
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Sutent	5	PA NSO; *; QL (28 per 28 days); NEDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG		5	*; NEDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		5	PA NSO; *; QL (112 per 28 days); NEDS
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG		5	PA NSO; *; QL (900 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		1	
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG		5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG		4	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	Fareston	4	
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i>	Yulithira	5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Yulithira	5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>		5	*; NEDS
TRUQAP ORAL TABLET 200 MG		5	PA NSO; *; QL (64 per 28 days); NEDS
TRUQAP ORAL TABLET THERAPY PACK 160 MG		5	PA NSO; *; QL (64 per 28 days); NEDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG		5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG		5	PA NSO; *; QL (300 per 30 days); NEDS
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG		5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG		5	PA NSO; *; NEDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG		3	PA NSO; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG		5	PA NSO; *; QL (180 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG		5	PA NSO; *; NEDS
VEPPANU ORAL TABLET 100 MG, 200 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA NSO; *; QL (56 per 28 days); NEDS
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>		4	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA NSO; *; QL (180 per 30 days); NEDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML		5	PA NSO; *; QL (300 per 30 days); NEDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG		5	PA NSO; *; NEDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG		5	PA NSO; *; QL (90 per 30 days); NEDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG		5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG		5	PA NSO; *; QL (180 per 30 days); NEDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG		5	PA NSO; *; QL (240 per 30 days); NEDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG		5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML		4	PA BvD; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG		5	PA NSO; *; QL (90 per 30 days); NEDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG		5	PA NSO; *; QL (8 per 28 days); NEDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG		5	PA NSO; *; QL (16 per 28 days); NEDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA NSO; *; QL (4 per 28 days); NEDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA NSO; *; QL (8 per 28 days); NEDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG		5	PA NSO; *; QL (4 per 28 days); NEDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA NSO; *; QL (24 per 28 days); NEDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG, 80 MG		5	PA NSO; *; QL (8 per 28 days); NEDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA NSO; *; QL (32 per 28 days); NEDS
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG		5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
XTANDI ORAL TABLET 80 MG		5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG		5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>yulithira oral tablet 10 mg, 7.5 mg</i>	Yulithira	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>yulithira oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Yulithira	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		5	PA NSO; *; QL (240 per 30 days); NEDS
ZENBEXUS ORAL CAPSULE 0.75 MG, 1 MG		5	PA NSO; *; NEDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML		5	PA BvD; *; NEDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	*; NEDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		5	PA NSO; *; QL (84 per 28 days); NEDS

AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS

Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias

<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>		2	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>		2	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>		1	
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>		1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
KLOXXADO NASAL LIQUID 8 MG/0.1ML		3	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml</i>		1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>		2	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml, 2 mg/2ml</i>		1	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>		1	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML		4	QL (240 per 180 days)
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	Chantix Starting Month Pak	2	
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Chantix	2	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline tartrate(continue) oral tablet 1 mg</i>	Chantix	2	QL (336 per 365 days)

AGENTES ANTIANSIEDAD

Benzodiacepinas

<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	Xanax	1	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	Xanax	1	QL (150 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>		1	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	KlonoPIN	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	KlonoPIN	1	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>		1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>		1	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>		2	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>		1	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>		1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>		1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Valium	1	QL (120 per 30 days)
<i>diazepam solution 5 mg/ml injection</i>		4	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>lorazepam concentrate 2 mg/ml oral</i>	LORazepam Intensol	1	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	Ativan	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i>	LORazepam Intensol	1	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Ativan	1	QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	Ativan	1	QL (150 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg</i>	Restoril	1	QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i>	Restoril	1	QL (120 per 30 days)
AGENTES ANTIDEMENCIA			
Agentes Antidemencia			
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	Aricept	1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>		1	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>		1	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>		2	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>		2	QL (60 per 30 days)
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 2 X 250 MG/1.25ML		5	PA; *; QL (10 per 28 days); NEDS
LEQEMBI IQLIK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 360 MG/1.8ML		5	PA; *; QL (7.2 per 28 days); NEDS
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>		1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		1	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>		2	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	Exelon	2	QL (30 per 30 days)
AGENTES ANTIDIABETICO			
Agentes Antidiabeticos, Varios			
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	
<i>dapagliflozin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Farxiga	1	QL (30 per 30 days)
<i>dapagliflozin-metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10-1000 mg, 10-500 mg, 5-1000 mg, 5-500 mg</i>	Xigduo XR	1	
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		3	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		3	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG		3	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG		3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG		3	QL (30 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>		1	QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>		1	QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>		1	QL (75 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>		1	QL (150 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>		1	QL (90 per 30 days)
<i>metformin hcl tablet 1000 mg oral</i>		1	QL (75 per 30 days)
<i>metformin hcl tablet 500 mg oral</i>		1	QL (150 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	Korlym	5	PA; *; QL (112 per 28 days); NEDS
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>		1	QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Actos	1	QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg</i>		1	QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-850 mg</i>	Actoplus Met	1	QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>		1	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>		1	QL (240 per 30 days)
<i>sitagliip phos-metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 100-1000 mg</i>	Janumet XR	1	QL (30 per 30 days)
<i>sitagliip phos-metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 50-1000 mg, 50-500 mg</i>	Janumet XR	1	QL (60 per 30 days)
<i>sitagliptin phos-metformin hcl oral tablet 50-1000 mg, 50-500 mg</i>	Janumet	1	QL (60 per 30 days)
<i>sitagliptin phosphate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Januvia	1	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		3	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 25-1000 MG		3	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG, 5-1000 MG		3	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG		3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG		3	QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5- 2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG		3	QL (60 per 30 days)
Insulinas			
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 500 UNIT/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (24 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 glargine-yfgn subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	Semglee (yfgn)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
NOVOLIN 70/30 RELION SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS		3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N RELION SUSPENSION 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS		3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R RELION SOLUTION 100 UNIT/ML INJECTION		3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70- 30) 100 UNIT/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (15 per 25 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 300 UNIT/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 300 UNIT/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas			
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		1	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>		1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>		1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg</i>		1	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	Glucotrol XL	1	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>		1	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>		1	QL (90 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>		1	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>		1	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		1	QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>		1	PA; HRM; AGE (Max 64 Years)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	PA; HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		1	PA; HRM; AGE (Max 64 Years)
AGENTES ANTIGOTA			
Agentes Antigota, Otros			
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>		1	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>		1	QL (120 per 30 days)
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>		2	
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>		1	
AGENTES ANTIHIPOGLICÉMICOS			
Agentes Antihipoglicémicos, Varios			
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	Proglycem	5	*, NEDS
AGENTES ANTIMIGRAÑA			
Agentes Antimigraña			
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML		3	PA; QL (1 per 30 days)
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>		1	PA; QL (8 per 28 days)
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML		3	PA; QL (3 per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML		3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML		3	PA; QL (2 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 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 benzoate oral tablet 10 mg</i>	Maxalt	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 5 mg</i>		1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg</i>	Maxalt-MLT	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 5 mg</i>		1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act, 5 mg/act</i>		4	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 solution 6 mg/0.5ml</i>		2	QL (5 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	Imitrex STATdose System	4	QL (4 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>		4	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>		4	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	Emend BiPack	4	PA BvD; QL (8 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	Emend TriPack	4	PA BvD
<i>compro rectal suppository 25 mg</i>	Compro	4	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 5 mg</i>		2	PA; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>dronabinol oral capsule 2.5 mg</i>	Marinol	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg</i>		1	
<i>meclizine hcl oral tablet 25 mg</i>	Dramamine	1	
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>		1	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>		1	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml</i>		1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	Compro	4	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	PA; HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</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>		4	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	Mepron	4	
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	Malarone	2	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		4	
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg</i>		1	QL (180 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	Plaquenil	1	QL (90 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 300 mg</i>	Sovuna	1	QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 400 mg</i>		1	QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; *; QL (84 per 28 days); NEDS
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	Stromectol	1	
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>		4	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>		1	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>		5	*; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	Pentam	4	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	Biltricide	4	
PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET 26.3 (15 BASE) MG		4	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	Daraprim	5	PA; *; NEDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>		2	PA
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	

AGENTES ANTIPARKINSON

Agentes Antiparkinson

<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>		1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>		1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		1	
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		1	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>		2	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>		1	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>		1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i>	Sinemet	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i>	Dhivy	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>		1	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>		2	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ONAPGO SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 98 MG/20ML		5	PA; *; QL (600 per 30 days); NEDS
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>		1	
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Azilect	2	
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>		1	
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>		1	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>		1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>		1	
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>		1	
AGENTES ANTIPSICÓTICOS			
Agentes Antipsicóticos			
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML		5	*; QL (2.4 per 42 days); NEDS
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 960 MG/3.2ML		5	*; QL (3.2 per 42 days); NEDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG		5	*; QL (2 per 28 days); NEDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		5	*; QL (2 per 28 days); NEDS
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>		4	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Abilify	1	
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg</i>		4	ST; QL (90 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 15 mg</i>		4	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML		5	*; QL (4.8 per 365 days); NEDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML		5	*; QL (3.9 per 14 days); NEDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML		5	*; QL (1.6 per 14 days); NEDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML		5	*; QL (2.4 per 14 days); NEDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML		5	*; QL (3.2 per 14 days); NEDS
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Saphris	4	QL (60 per 30 days)
BYSANTI ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		5	ST; *; QL (60 per 30 days); NEDS
BYSANTI TITRATION PACK A ORAL TABLET THERAPY PACK 1 & 2 & 4 & 6 MG		4	ST
BYSANTI TITRATION PACK B ORAL TABLET THERAPY PACK 1 & 2 & 6 & 8 MG		4	ST
BYSANTI TITRATION PACK C ORAL TABLET THERAPY PACK 1 & 2 & 6 MG		4	ST
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG		5	ST; *; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>		4	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>		4	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	Clozaril	1	
<i>clozapine oral tablet 200 mg, 50 mg</i>		1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>		4	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>		4	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>		4	ST; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG		5	ST; *; QL (60 per 30 days); NEDS
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 50-20 & 100-20 MG		5	ST; *; NEDS
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		5	ST; *; QL (60 per 30 days); NEDS
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG		4	ST
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLET 1 & 2 & 6 & 8 MG		4	ST
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLET 1 & 2 & 6 MG		4	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>		2	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>		4	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>		4	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>		4	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg</i>		1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		4	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>		2	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>		2	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>		2	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>haloperidol lactate solution 5 mg/ml injection</i>		1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>		1	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML		5	*; QL (3.5 per 166 days); NEDS
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML		5	*; QL (5 per 166 days); NEDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML		5	*; QL (0.75 per 21 days); NEDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML		5	*; QL (1 per 21 days); NEDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML		5	*; QL (1.5 per 21 days); NEDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML		3	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML		5	*; QL (0.5 per 21 days); NEDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML		5	*; QL (0.88 per 70 days); NEDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML		5	*; QL (1.32 per 70 days); NEDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML		5	*; QL (1.75 per 70 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML		5	*; QL (2.63 per 70 days); NEDS
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>		2	
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Latuda	2	
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG		5	*; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg</i>		2	QL (120 per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet 25 mg</i>		2	QL (270 per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet 5 mg</i>		4	QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	ZyPREXA	4	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	ZyPREXA	1	
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	ZyPREXA Zydis	2	
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG		5	ST; *; NEDS
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg</i>		4	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 3 mg, 9 mg</i>	Invega	4	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	Invega	4	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		1	
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROquel XR	1	
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROquel	1	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	*; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg</i>	RisperDAL Consta	2	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg, 50 mg</i>	RisperDAL Consta	5	*; QL (2 per 28 days); NEDS
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	RisperDAL	2	QL (480 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>		1	
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	RisperDAL	1	
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		2	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet dispersible 3 mg</i>		4	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet dispersible 4 mg</i>		4	QL (120 per 30 days)
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 25 MG, 37.5 MG, 50 MG		5	*; QL (2 per 28 days); NEDS
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR		5	ST; *; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		2	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		1	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	ST; *; QL (540 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VRAYLAR ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG		3	QL (30 per 30 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Geodon	1	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	Geodon	4	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG		4	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 300 MG		5	*; QL (2 per 28 days); NEDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG		5	*; QL (1 per 28 days); NEDS

AGENTES CALÓRICOS

Agentes Calóricos

<i>dextrose intravenous solution 5 %</i>		1	PA BvD
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>		1	
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %		4	PA BvD

AGENTES CARDIOVASCULARES

Agentes Alfa-Adrenérgicos

<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>		1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr</i>	Catapres-TTS-1	2	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24hr</i>	Catapres-TTS-2	2	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr</i>	Catapres-TTS-3	2	
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg</i>		2	
<i>midodrine hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>		1	
Agentes Antiarrítmicos			
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Pacerone	1	
<i>amiodarone hcl oral tablet 400 mg</i>		1	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	Tikosyn	1	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>		1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		3	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Pacerone	2	
<i>pacerone oral tablet 400 mg</i>		2	
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>		4	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>		1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>		4	
Agentes Bloqueadores Alfa-Adrenérgicos			
<i>doxazosin mesylate 4 mg tab</i>	Cardura	1	
<i>doxazosin mesylate 8 mg tab</i>	Cardura	1	
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Cardura	1	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>		1	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos			
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>		1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tenormin	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>		1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>		1	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	Coreg	1	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>		1	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Toprol XL	1	
<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>		1	
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Bystolic	1	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Inderal LA	1	
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>		1	
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>		1	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	Betapace AF	1	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	Betapace	1	
<i>sotalol hcl oral tablet 240 mg</i>		1	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio			
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg</i>	Lotrel	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>		1	
<i>amlodipine besylate 10 mg tab</i>	Norvasc	1	
<i>amlodipine besylate 2.5 mg tab</i>	Norvasc	1	
<i>amlodipine besylate 5 mg tab</i>	Norvasc	1	
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Norvasc	1	
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	Exforge	1	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Azor	1	
<i>amlodipine-valsartan-hctz 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	4	
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	Cartia XT	1	
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	Tiadyt ER	1	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	Cartia XT	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Cardizem	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>		1	
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		1	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>		1	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg</i>	Procardia XL	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 90 mg</i>		1	
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>		1	
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	Tiadylt ER	1	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		1	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>		1	
Agentes Cardiovasculares, Varios			
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	Digox	1	
<i>icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml</i>		5	PA; *; QL (18 per 30 days); NEDS
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	Firazyr	5	PA; *; QL (18 per 30 days); NEDS
<i>ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Corlanor	4	ST; QL (60 per 30 days)
<i>metirosine oral capsule 250 mg</i>		5	PA; *; NEDS
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	Nitro-Dur	1	
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>		1	
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG		5	PA; *; QL (30 per 30 days); NEDS
Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii			
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Atacand	1	
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	Atacand HCT	1	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Avapro	1	
<i>irbesartan oral tablet 75 mg</i>		1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	Avalide	1	
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Cozaar	1	
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	Hyzaar	1	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Benicar	1	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Benicar HCT	1	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz 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	1	
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg</i>	Entresto	1	QL (180 per 30 days)
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 49-51 mg, 97-103 mg</i>	Entresto	1	QL (60 per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 80 mg</i>		1	
<i>telmisartan oral tablet 40 mg</i>	Micardis	1	
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	Micardis HCT	1	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Diovan	1	
<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	1	
Dislipídicos			
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	Caduet	1	
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>		1	
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Lipitor	1	
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	Prevalite	2	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	Questran	2	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	Welchol	1	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	Colestid	2	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	Zetia	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	Vytorin	1	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate capsule 134 mg oral</i>		1	
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>		1	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg</i>	Tricor	1	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg</i>		4	
<i>fenofibrate oral tablet 48 mg, 54 mg</i>		1	
<i>fenofibrate tablet 160 mg oral</i>		1	
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i>	Lescol XL	1	
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>		1	QL (60 per 30 days)
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	Lopid	1	
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm</i>	Vascepa	4	QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gm</i>	Vascepa	4	QL (120 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		1	
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 er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>		1	
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	Lovaza	1	ST; QL (120 per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>		1	
<i>prevalite oral packet 4 gm</i>	Prevalite	2	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML		3	ST; QL (7 per 28 days)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML		3	ST; QL (6 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		3	ST; QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Crestor	1	
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Zocor	1	
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>		1	
TRYNGOLZA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML		5	PA; *; QL (0.8 per 28 days); NEDS
Diuréticos			
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>		1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>		1	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		1	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		1	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>		1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>		1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Lasix	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>		1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>		1	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Aldactone	1	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>		1	
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	Jynarque	5	PA; *; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>tolvaptan oral tablet therapy pack 15 mg, 30 & 15 mg, 45 & 15 mg, 60 & 30 mg, 90 & 30 mg</i>	Jynarque	5	PA; *; QL (56 per 28 days); NEDS
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>		1	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>		1	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>		1	
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina			
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Lotensin	1	
<i>benazepril hcl oral tablet 5 mg</i>		1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Lotensin HCT	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>		1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Vasotec	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i>	Vaseretic	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>		1	
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		1	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>		1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Zestril	1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Zestoretic	1	
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>		1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		1	
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>		1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>		1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>		1	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona			
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Tekturna	4	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		1	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores			
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>		1	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>		1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>		1	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	Nitrostat	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	PA; QL (30 per 30 days)
AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA			
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica			
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg</i>		1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg</i>		1	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 70 mg</i>	Fosamax	1	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>		1	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>		1	
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	Sensipar	4	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	Sensipar	4	QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>		1	QL (1 per 28 days)
OSENVELT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML		5	PA; *; NEDS
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG		5	*; QL (60 per 30 days); NEDS
STOBOCLO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML		3	QL (1 per 180 days)
<i>teriparatide subcutaneous solution pen-injector 560 mcg/2.24ml</i>	Bonsity	5	PA; *; QL (2.24 per 28 days); NEDS
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML		5	PA; *; QL (1.56 per 30 days); NEDS
AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO			
Agentes De Trastorno De Sueño			
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	Nuvigil	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	Silenor	2	QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Lunesta	1	QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	Provigil	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	Provigil	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	Xyrem	5	PA; *; QL (540 per 30 days); NEDS
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>		1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate 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>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Adderall XR	1	QL (30 per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	Adderall XR	1	QL (60 per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Adderall	1	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>		2	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>		2	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG		5	PA; *; QL (120 per 30 days); NEDS
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG		5	PA; *; QL (60 per 30 days); NEDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG		5	PA; *; QL (90 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 24 MG		5	PA; *; QL (60 per 30 days); NEDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG		5	PA; *; QL (30 per 30 days); NEDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG		5	PA; *; QL (210 per 30 days); NEDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG, 6 & 12 & 24 MG		5	PA; *; NEDS
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Intuniv	1	
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA; *; QL (30 per 30 days); NEDS
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA; *; QL (30 per 30 days); NEDS
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG		5	PA; *; NEDS
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg</i>	Lithobid	1	
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg</i>		1	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		1	
LITHIUM CARBONATE ORAL CAPSULE 600 MG		1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>		1	
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>		4	
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	Methylin	4	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Ritalin	1	QL (90 per 30 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>		2	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Xenazine	4	PA; QL (112 per 28 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG		4	PA; QL (30 per 30 days)
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO			
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros			
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>		1	PA BvD
JASCAYD ORAL TABLET 18 MG, 9 MG		5	PA; *; QL (60 per 30 days); NEDS
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; *; QL (56 per 28 days); NEDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG		5	PA; *; QL (56 per 28 days); NEDS
<i>nintedanib esylate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	Ofev	5	PA; *; QL (60 per 30 days); NEDS
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		5	PA; *; QL (60 per 30 days); NEDS
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		5	PA; *; QL (112 per 28 days); NEDS
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>		1	PA; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	Esbriet	5	PA; *; QL (270 per 30 days); NEDS
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>		5	PA; *; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	Esbriet	1	PA; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML		5	PA BvD; *; NEDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML		5	PA BvD; *; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i>	Daliresp	4	QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i>	Daliresp	4	QL (30 per 30 days)
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG		5	PA; *; QL (84 per 28 days); NEDS
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG		5	PA; *; QL (56 per 28 days); NEDS
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 2 X 45 MG, 2 X 60 MG, 45 MG, 60 MG		5	PA; *; QL (1 per 21 days); NEDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML		5	PA; *; NEDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML		5	PA; *; NEDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		5	PA; *; NEDS
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados			
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		3	QL (30 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	Pulmicort	4	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act</i>		4	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 220 mcg/act</i>		4	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 44 mcg/act</i>		4	QL (21.2 per 30 days)
Antileucotrinós			
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	Singulair	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	Singulair	1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		2	
Broncodilatadores			
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		3	QL (12 per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL 90-80 MCG/ACT		3	QL (32.1 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	Ventolin HFA	1	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)</i>	Ventolin HFA	1	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	Ventolin HFA	1	QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>		1	PA BvD
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT		3	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH		3	QL (60 per 30 days)
<i>breyna inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>		4	QL (30.9 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-18-4.8 MCG/ACT INHALATION		3	QL (10.7 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION		3	QL (10.7 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-18-4.8 MCG/ACT, 160-9-4.8 MCG/ACT		3	QL (23.6 per 28 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT		3	QL (8 per 30 days)
<i>fluticasone furoate-vilanterol inhalation aerosol powder breath activated 100-25 mcg/act, 200-25 mcg/act</i>	Breo Ellipta	3	QL (60 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	Wixela Inhub	1	QL (60 per 30 days)
<i>ipratropium bromide hfa inhalation aerosol solution 17 mcg/act</i>	Atrovent HFA	4	QL (25.8 per 28 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>		1	PA BvD
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>		1	PA BvD; QL (540 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT		3	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT		3	QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT		3	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5 MCG/ACT		3	QL (4 per 28 days)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>		2	
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 200 mg</i>		1	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>		1	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>		4	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>tiotropium bromide inhalation capsule 18 mcg</i>	Spiriva HandiHaler	4	QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT		3	QL (60 per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	Wixela Inhub	1	QL (60 per 30 days)
AGENTES DENTALES Y ORALES			
Agentes Dentales Y Orales			
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	Periogard	1	
<i>periogard mouth/throat solution 0.12 %</i>	Periogard	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg</i>	Salagen	1	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	Kourzeq	1	
AGENTES DERMATOLÓGICOS			
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos			
<i>ala-cort external cream 1 %</i>	Aveeno Anti-Itch Max St	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>		1	
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	Diprolene	2	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		1	
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>		1	
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>		1	
BETAMETHASONE VALERATE EXTERNAL LOTION 0.1 %		1	
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>		1	
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>		1	
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>		1	
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	Clodan	2	
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>		1	
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>		1	QL (300 per 30 days)
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %		3	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>		2	
<i>fluocinonide external cream 0.05 %, 0.1 %</i>		1	
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>		1	
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>		1	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>		1	
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>		1	
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	Procto-Med HC	1	
<i>hydrocortisone cream 2.5 % external</i>		1	
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>	Aveeno Anti-Itch Max St	1	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>		1	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i>	Aquaphor Itch Relief Children	1	
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>		1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>		1	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>		1	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>		1	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>		1	
<i>procto-med hc external cream 2.5 %</i>	Procto-Med HC	1	
<i>proctosol hc external cream 2.5 %</i>	Procto-Med HC	1	
<i>proctozone-hc external cream 2.5 %</i>	Procto-Med HC	1	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %</i>		1	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.5 %</i>	Triderm	1	
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>		1	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>		1	
Agentes Dermatológicos, Otros			
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>		4	
ALTRENO EXTERNAL LOTION 0.05 %		4	PA
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>		1	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	AL12	1	
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>		4	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	Calcitrene	4	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	Pellix	4	QL (120 per 30 days)
<i>cvs isopropyl alcohol wipes external 70 %</i>		1	PA; ST
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>		2	
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>		2	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>		1	QL (24 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
KLISYRI (250 MG) EXTERNAL OINTMENT 1 %		5	ST; *; QL (5 per 5 days); NEDS
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>		5	*; NEDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	Rectiv	4	QL (30 per 30 days)
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %		5	*; QL (60 per 28 days); NEDS
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>		2	
QC ALCOHOL EXTERNAL 70 %		1	PA; ST
<i>ra isopropyl alcohol wipes external 70 %</i>		1	PA; ST
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM		4	QL (180 per 30 days)
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>		1	
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	SSD	1	
<i>ssd external cream 1 %</i>	SSD	4	
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	Tazorac	2	
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	Retin-A	2	PA
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		5	PA NSO; *; NEDS
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>		4	
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)			
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	Zovirax	1	QL (30 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	Cleocin	2	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	Vandazole	2	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>		1	
Antibacterianos Dermatológicos			
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>		1	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	Clindacin ETZ	1	
<i>erythromycin external solution 2 %</i>		1	
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>		1	QL (90 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>		1	
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>		1	QL (220 per 30 days)
Escabicidas Y Pediculicidas			
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	Ovide	1	
<i>permethrin external cream 5 %</i>		1	QL (60 per 30 days)
AGENTES GASTROINTESTINALES			
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos			
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml</i>		4	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>	GoodSense Esomeprazole	1	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg</i>	NexIUM	1	
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	MM Acid-Pep Maximum Strength	1	
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	Pepcid	1	
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i>	Prevacid 24HR	1	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i>	Prevacid	1	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	Cytotec	1	
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		1	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	Protonix	1	
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	Aciphex	1	
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	Carafate	1	
TALICIA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 250-12.5-10 MG		4	QL (168 per 14 days)
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		4	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria			
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Lotronex	4	
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>		2	
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>		2	
<i>budesonide rectal foam 2 mg</i>	Uceris	4	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	Cortenema	4	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 500 mg</i>	Pentasa	4	
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>		4	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	Canasa	2	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Azulfidine	1	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	Azulfidine EN-tabs	4	
Agentes Gastrointestinales, Otros			
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin oral capsule 140-125-125 mg</i>	Pylera	4	QL (168 per 14 days)
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>		1	
<i>calcium acetate (phos binder) oral tablet 667 mg</i>	Calphron	1	
<i>calcium acetate tablet 667 mg oral</i>	Calphron	1	
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	Carbaglu	5	PA; *; NEDS
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>		1	
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	Gastrocrom	4	
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>		1	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>		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 gm/15ml</i>		1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>		1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		1	
<i>kionex combination suspension 15 gm/60ml</i>	Kionex	2	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>		1	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		3	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM		3	QL (34 per 30 days)
LOKELMA ORAL PACKET 5 GM		3	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	Imodium A-D	1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg</i>	Amitiza	1	QL (60 per 30 days)
<i>lubiprostone oral capsule 8 mcg</i>	Amitiza	1	QL (120 per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Reglan	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		3	QL (30 per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm, 2.4 gm</i>	Renvela	2	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	Renvela	2	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>		2	
<i>sodium polystyrene sulfonate combination suspension 15 gm/60ml</i>	Kionex	2	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>		2	
<i>sps (sodium polystyrene sulf) combination suspension 15 gm/60ml</i>	Kionex	2	
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG		3	QL (30 per 30 days)
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>		1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>		1	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i>	Urso Forte	1	
VELTASSA ORAL PACKET 1 GM, 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM		3	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VOWST ORAL CAPSULE		5	PA; *; QL (12 per 30 days); NEDS
XERMELO ORAL TABLET 250 MG		5	PA; *; QL (84 per 28 days); NEDS
Laxantes			
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM		1	
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm</i>	GaviLyte-G	1	
<i>gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm</i>	GaviLyte-N with Flavor Pack	1	
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml, 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)</i>	Suprep Bowel Prep Kit	2	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	GaviLyte-N with Flavor Pack	1	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	GaviLyte-G	1	
AGENTES GENITOURINARIOS			
Agentes Genitourinarios, Varios			
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 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 hcl oral capsule 0.4 mg</i>		1	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		1	
Antiespasmódicos, Urinario			
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>		1	
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour 15 mg, 7.5 mg</i>		1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg</i>	Toviaz	1	
<i>flavoxate hcl oral tablet 100 mg</i>		2	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG		2	
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>		1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>		1	
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		1	
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>		1	
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		1	
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>		1	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/ MODIFICADOR			
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos			
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Levoxyl	1	
<i>levothyroxine sodium oral tablet 300 mcg</i>	Synthroid	1	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	Cytomel	1	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>		1	
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA; *; NEDS
Andrógenos			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>		4	
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	Depo-Testosterone	1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>		1	PA; QL (5 per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos			
<i>abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	Abigale Lo	1	
<i>abigale oral tablet 1-0.5 mg</i>	Abigale	1	PA; HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>dotti transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	Dotti	2	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		1	
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	Dotti	2	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	Climara	2	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 %</i>	Estrace	1	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	Abigale Lo	1	PA; HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg</i>	Abigale	1	PA; HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i>	Abigale	1	PA; HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM		3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625-5 MG		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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	Evista	1	
Glucocorticoides/Mineralocorticoides			
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>		1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 120 mg/30ml, 4 mg/ml</i>		1	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>		1	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Cortef	1	
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG		5	PA; *; QL (240 per 30 days); NEDS
ISTURISA ORAL TABLET 5 MG		5	PA; *; QL (360 per 30 days); NEDS
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Medrol	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>		1	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	Medrol	1	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisolone sodium phosphate solution 15 mg/5ml oral</i>		2	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>		2	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>		1	PA BvD
TARPEYO ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 4 MG		5	PA; *; QL (120 per 30 days); NEDS
Miméticos De Incretina			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML		3	PA; QL (2 per 28 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML		3	PA; QL (3 per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML		3	PA; QL (3 per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML		3	PA; QL (3 per 28 days)
OZEMPIC ORAL TABLET 1.5 MG, 4 MG, 9 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)
RYBELSUS (FORMULATION R2) ORAL TABLET 1.5 MG, 4 MG, 9 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML		3	PA; QL (2 per 28 days)
WEGOVY ORAL TABLET 1.5 MG, 25 MG, 4 MG, 9 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)
WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.25 MG/0.5ML, 0.5 MG/0.5ML, 1 MG/0.5ML		3	PA; QL (2 per 28 days)
WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 1.7 MG/0.75ML, 2.4 MG/0.75ML		3	PA; QL (3 per 28 days)
Pituitario			
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	DDAVP	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML		5	PA; *; NEDS
LANREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML		5	PA NSO; *; QL (0.5 per 28 days); NEDS
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG		5	PA NSO; *; NEDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG		5	PA NSO; *; NEDS
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG		5	PA; *; NEDS
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG		5	PA; *; NEDS
NORDITROPIN FLEXPOR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 30 MG/3ML, 5 MG/1.5ML		5	PA; *; NEDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	SandoSTATIN	2	
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>		2	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG		5	PA NSO; *; NEDS
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG, 5 MG, 6 MG		5	PA; *; NEDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML		5	PA; *; QL (60 per 30 days); NEDS
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 60 MG/0.2ML		5	PA NSO; *; QL (0.2 per 28 days); NEDS
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 90 MG/0.3ML		5	PA NSO; *; QL (0.3 per 28 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG		5	PA; *; NEDS
Progestinas			
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML		3	QL (0.65 per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i>	Gallifrey	1	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	Depo-Provera	1	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	Depo-Provera	1	
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Provera	1	
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>		1	PA; HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>		4	PA; HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>megestrol acetate suspension 400 mg/10ml oral</i>		1	PA; HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	Gallifrey	1	
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	Prometrium	1	
AGENTES INMUNOLÓGICOS			
Agentes Inmunológicos			
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML		5	PA; *; NEDS
<i>adalimumab-aaty (1 pen) auto-injector kit 40 mg/0.4ml subcutaneous</i>	Yuflyma (1 Pen)	5	PA; *; NEDS
<i>adalimumab-aaty (1 pen) subcutaneous auto-injector kit 80 mg/0.8ml</i>	Yuflyma (1 Pen)	5	PA; *; NEDS
<i>adalimumab-aaty (2 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml</i>	Yuflyma (1 Pen)	5	PA; *; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>adalimumab-aaty (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 20 mg/0.2ml</i>		5	PA; *; NEDS
<i>adalimumab-aaty (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.4ml</i>	Yuflyma (2 Syringe)	5	PA; *; NEDS
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs start subcutaneous auto-injector kit 80 mg/0.8ml</i>	Yuflyma (1 Pen)	5	PA; *; NEDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG		5	PA; *; NEDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	Imuran	1	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection solution reconstituted 100 mg</i>		1	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		5	PA; *; QL (8 per 28 days); NEDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		5	PA; *; QL (8 per 28 days); NEDS
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG		5	PA; *; QL (15 per 30 days); NEDS
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; *; NEDS
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR 150 MG/ML		5	PA; *; NEDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML		5	PA; *; NEDS
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR 300 MG/2ML		5	PA; *; NEDS
<i>cyclosporine intravenous solution 50 mg/ml</i>	SandIMMUNE	2	PA BvD

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Gengraf	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule 50 mg</i>		2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Neoral	4	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	SandIMMUNE	4	PA BvD
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg</i>	Tecfidera	4	PA; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg</i>	Tecfidera	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 & 240 mg</i>	Tecfidera	4	PA
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML		5	PA; *; NEDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML		5	PA; *; NEDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML		5	PA; *; NEDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML		5	PA; *; NEDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML		5	PA; *; NEDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML		5	PA; *; NEDS
ENTYVIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG		5	PA; *; NEDS
ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 108 MG/0.68ML		5	PA; *; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ENVARSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG		4	PA BvD
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg</i>	Zortress	4	PA BvD
<i>everolimus oral tablet 1 mg</i>	Zortress	5	PA BvD; *; NEDS
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML		5	PA; *; QL (1 per 28 days); NEDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 30 MG/ML		5	PA; *; QL (1 per 28 days); NEDS
<i>fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	Gilenya	4	PA; QL (30 per 30 days)
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML		5	PA BvD; *; NEDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Gengraf	2	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i>	Neoral	4	PA BvD
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	Glatopa	5	PA; *; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	Glatopa	5	PA; *; QL (12 per 28 days); NEDS
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	Glatopa	5	PA; *; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	Glatopa	5	PA; *; QL (12 per 28 days); NEDS
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		5	PA; *; NEDS
HADLIMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		5	PA; *; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML		5	PA; *; Only NDCs starting with 00074; NEDS
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		5	PA; *; Only NDCs starting with 00074; NEDS
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; *; Only NDCs starting with 00074; NEDS
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; *; Only NDCs starting with 00074; NEDS
HUMIRA-PSORIASIS/UEIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		5	PA; *; Only NDCs starting with 00074; NEDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML		5	PA; *; NEDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML		5	PA; *; NEDS
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML		5	PA; *; NEDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Arava	1	
<i>mycophenolate mofetil hcl intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	CellCept Intravenous	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	CellCept	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	CellCept	4	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	CellCept	1	PA BvD

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	Myfortic	1	PA BvD
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 22 MG/2.2ML, 9 MG/0.9ML		5	PA NSO; *; NEDS
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML		5	PA; *; QL (3 per 28 days); NEDS
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML		5	PA; *; QL (3 per 28 days); NEDS
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML		5	PA; *; QL (0.4 per 28 days); NEDS
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		5	PA; *; QL (3 per 28 days); NEDS
OMLYCLO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML		5	PA; *; NEDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG		5	PA; *; NEDS
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG, 4 X 10 & 51 X20 MG		5	PA; *; NEDS
OTEZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 75 MG		5	PA; *; NEDS
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK ORAL TABLET THERAPY PACK 10&20&30&(ER)75 MG		5	PA; *; NEDS
OTULFI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML		5	PA; *; NEDS
OTULFI SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML		3	PA
OTULFI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML		3	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
OTULFI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML		5	PA; *; NEDS
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG		4	PA BvD
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG		5	PA NSO; *; NEDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML		5	PA; *; QL (360 per 30 days); NEDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; *; NEDS
SAPHNELO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/0.8ML		5	PA; *; QL (3.2 per 28 days); NEDS
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML		5	PA; *; NEDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML		3	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML		3	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML		5	PA; *; NEDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>		4	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		4	PA BvD
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/10ML		5	PA; *; NEDS
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML		5	PA; *; NEDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML		5	PA; *; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 55 MG/0.37ML		5	PA; *; NEDS
<i>tacrolimus er oral capsule extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	Astagraf XL	1	PA BvD
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>		2	QL (100 per 30 days)
<i>tacrolimus intravenous solution 5 mg/ml</i>	Prograf	4	PA BvD
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	Prograf	4	PA BvD
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG		5	PA; *; QL (180 per 30 days); NEDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA NSO; *; QL (120 per 30 days); NEDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG		5	PA NSO; *; QL (56 per 28 days); NEDS
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA NSO; *; QL (224 per 28 days); NEDS
<i>tofacitinib citrate er oral tablet extended release 24 hour 11 mg, 22 mg</i>	Xeljanz XR	5	PA; *; NEDS
<i>tofacitinib citrate oral solution 1 mg/ml</i>	Xeljanz	5	PA; *; NEDS
<i>tofacitinib citrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Xeljanz	5	PA; *; NEDS
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML		5	PA; *; NEDS
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 MG/ML		5	PA; *; NEDS
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML		5	PA; *; NEDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2ML		5	PA; *; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TREMFYA-CD/UC INDUCTION SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML		5	PA; *; NEDS
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10ML, 400 MG/20ML, 80 MG/4ML		5	PA; *; NEDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML		5	PA; *; NEDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML		5	PA; *; NEDS
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG		5	PA; *; QL (30 per 30 days); NEDS
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML		5	PA; *; NEDS
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML		3	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML		3	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML		5	PA; *; NEDS
ZYMFENTRA (1 PEN) AUTO-INJECTOR KIT 120 MG/ML SUBCUTANEOUS		5	PA; *; NEDS
ZYMFENTRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 120 MG/ML		5	PA; *; NEDS
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 120 MG/ML		5	PA; *; NEDS
Vacunas			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML		3	\$0 copay
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		3	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 LF-MCG/0.5		3	\$0 copay
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2-15.5 LF-MCG/0.5		3	\$0 copay
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML		3	\$0 copay
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG		3	\$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		3	\$0 copay
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5		3	\$0 copay
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5		3	\$0 copay
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5		3	
DENG VAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		3	QL (3 per 365 days)
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML		3	PA BvD; \$0 copay
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML		3	PA BvD; \$0 copay
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML		3	\$0 copay

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		3	\$0 copay
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 720 EL U/0.5ML		3	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1440 EL U/ML		3	\$0 copay
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720 EL U/0.5ML		3	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML		3	PA BvD; \$0 copay
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG		3	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML		3	PA BvD; \$0 copay
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10		3	
IPOLE INJECTION SUSPENSION		3	\$0 copay
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	\$0 copay
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML		3	\$0 copay
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		3	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION 0.5 ML		3	\$0 copay
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		3	\$0 copay
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED		3	\$0 copay

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML		3	\$0 copay
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
PEDVAXHIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML		3	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		3	\$0 copay
PENMENVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		3	\$0 copay
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		3	\$0 copay
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		3	
RABAERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		3	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		3	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		3	PA BvD; \$0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION		3	
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
ROTATEQ ORAL SOLUTION		3	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML		3	\$0 copay; QL (2 per 365 days)
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML		3	\$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML		3	\$0 copay
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)		3	\$0 copay
TENIVAC SUSPENSION 5-2 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR		3	\$0 copay
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML		3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 2.4 MCG/0.5ML		3	\$0 copay
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		3	\$0 copay
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML		3	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML		3	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML		3	\$0 copay
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML		3	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML		3	\$0 copay

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 25 UNIT/0.5ML		3	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 UNIT/ML		3	\$0 copay
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 1350 PFU/0.5ML		3	\$0 copay
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED		3	\$0 copay
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 40 MCG/0.8ML		3	\$0 copay
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE		3	\$0 copay
YF-VAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		3	\$0 copay

AGENTES OFTÁLMICOS

Agentes Antiglaucoma

<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>		1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		1	
<i>acetazolamide sodium injection solution reconstituted 500 mg</i>		1	
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.01 %</i>	Lumigan	4	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %</i>	Alphagan P	1	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>		1	
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution 0.2-0.5 %</i>	Combigan	2	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	Azopt	4	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>		1	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>		1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	Cosopt	1	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	Xalatan	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		1	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>		1	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %		3	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %		3	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %		3	
<i>timolol hemihydrate ophthalmic solution 0.5 %</i>	Betimol	1	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>		1	
AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA			
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta			
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>		1	
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>		2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>		1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>		1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>		4	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>		1	QL (3.5 per 4 days)
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>		1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>		2	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	Vigamox	1	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %		4	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>		1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	Maxitrol	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>		1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>		2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>		2	
<i>neo-polycin ophthalmic ointment 3.5-400-10000</i>		1	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	Ocuflox	1	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>		1	
<i>polycin ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>		1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>		1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>		2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>		1	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>		1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>		1	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>		2	
XDEM VY OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %		5	PA; *; QL (10 per 42 days); NEDS
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %		4	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta			
<i>cyclosporine (pf) ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	Restasis	4	QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>		2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>		1	
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %		3	QL (8.3 per 14 days)
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	DermOtic	1	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	FML Liquifilm	2	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>		1	
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	Flonase Allergy Rel Childrens	1	QL (16 per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	Acular	1	QL (10 per 25 days)
MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION 1.338 GM/ML		3	QL (12 per 28 days)
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act</i>	Nasonex 24HR	1	QL (34 per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	Maxitrol	1	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	Pred Forte	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>		1	
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %		3	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios			
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>		1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>		1	QL (60 per 30 days)
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>		1	
<i>azelastine hcl solution 137 mcg/spray nasal</i>		1	QL (60 per 30 days)
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>		1	
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>		1	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>		1	QL (15 per 10 days)
AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS (ADRENÉRGICOS)			
Agentes Simpaticomiméticos (Adrenérgicos)			
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	Northera	2	PA; QL (180 per 30 days)
<i>droxidopa oral capsule 200 mg</i>	Northera	5	PA; *; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>droxidopa oral capsule 300 mg</i>	Northera	4	PA; QL (180 per 30 days)
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>		3	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml</i>	Auvi-Q	3	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml</i>	EpiPen Jr 2-Pak	4	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.3 mg/0.3ml</i>	Auvi-Q	4	QL (4 per 30 days)
AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS			
Agentes Terapeuticos Misceláneos			
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER 3 MG/DOSE		3	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BAQSIMI TWO PACK POWDER 3 MG/DOSE NASAL		3	
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>		1	
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	Ampyra	1	PA; QL (60 per 30 days)
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		5	PA; *; QL (30 per 30 days); NEDS
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML		3	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML		3	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML		3	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg</i>		1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 5 mg</i>	Lederle Leucovorin	1	
<i>l-glutamine oral packet 5 gm</i>	Endari	5	PA; *; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	Mesnex	4	
AGENTES VASODILATADORES			
Agentes Vasodilatadores			
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		5	PA; *; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>alyq oral tablet 20 mg</i>		1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg</i>	Letairis	4	PA; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>ambrisentan oral tablet 5 mg</i>	Letairis	5	PA; *; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>sildenafil citrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Viagra	2	EXCL; QL (6 per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	Revatio	1	PA; QL (360 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>		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 100 MCG		5	PA; *; QL (480 per 30 days); NEDS
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		5	PA; *; QL (60 per 30 days); NEDS
UPTRAVI ORAL TABLET 150 MCG		5	PA; *; QL (300 per 30 days); NEDS
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG		5	PA; *; QL (240 per 30 days); NEDS
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG		5	PA; *; NEDS
ANALGÉSICOS			
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos			
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	CeleBREX	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>		1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>		1	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg</i>		1	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 50 mg</i>		1	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 75 mg</i>		1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg, 75-0.2 mg</i>	Arthrotec	2	
<i>ibu oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	IBU	1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	Childrens Advil	1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	IBU	1	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>		1	PA; HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>		1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>		1	
<i>naproxen 375 mg tablet (rx)</i>		1	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>		1	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>		1	
Analgésicos, Varios			
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>		4	QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>		1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>		1	QL (180 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine solution 300-30 mg/12.5ml oral</i>		4	QL (4500 per 30 days)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	Butrans	4	QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>		2	PA; HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	BAC (Butalbital-Acetamin-Caff)	1	PA; HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>		2	QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>		1	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>		1	QL (240 per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Dilaudid	1	QL (180 per 30 days)
METHADONE HCL ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		1	QL (600 per 30 days)
METHADONE HCL ORAL SOLUTION 5 MG/5ML		1	QL (1200 per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg</i>		1	QL (120 per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 5 mg</i>		1	QL (180 per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>		1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg</i>		1	QL (60 per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i>	MS Contin	1	QL (90 per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 60 mg</i>	MS Contin	1	QL (60 per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		1	QL (700 per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG		4	QL (180 per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 30 MG		4	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>		1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	Roxicodone	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 20 mg</i>		1	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	Endocet	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	Endocet	1	QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	Endocet	1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>		1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>		1	QL (300 per 30 days)
ANESTÉSICOS			
Anestesia Local			
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>		1	PA; QL (240 per 30 days)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	Lidocan	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>		1	
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>		1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>lidocan external patch 5 %</i>	Lidocan	4	PA; QL (90 per 30 days)
ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS			
Antagonistas De Metales Pesados			
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	Jadenu Sprinkle	5	PA; *; NEDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	Jadenu	1	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Depen Titratabs	5	PA; *; NEDS
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	Syprine	5	PA; *; QL (240 per 30 days); NEDS
ANTIBACTERIANOS			
Aminoglicósidos			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>		2	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML		5	PA; *; QL (235.2 per 28 days); NEDS
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>		1	
<i>neomycin 500 mg tablet</i>		1	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>		1	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>		5	*; NEDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG		5	*; QL (224 per 28 days); NEDS
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	Kitabis Pak (w/ nebulizer)	5	PA BvD; *; NEDS
<i>tobramycin pak inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	Kitabis Pak (w/ nebulizer)	5	PA BvD; *; NEDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>		4	
Antibacteriales, Misceláneos			
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Cleocin	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml</i>	Cleocin Phosphate	2	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	Coly-Mycin M	4	
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 350 MG		4	PA BvD
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>		4	PA BvD
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gm</i>		4	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	Zyvox	4	PA BvD
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>		4	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>		1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>		1	PA BvD
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>		1	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	Macrobid	1	QL (60 per 30 days)
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG		5	PA BvD; *, NEDS
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG		5	*, NEDS
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>		1	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg, 750 mg</i>		4	PA BvD
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	Vancocin	4	QL (77 per 28 days)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	Vancocin	4	QL (112 per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		3	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG		3	PA; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam			
Misceláneos			
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>		4	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		5	PA; *, NEDS
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>		4	PA BvD
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>		4	
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg</i>		4	PA BvD
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	Primaxin IV	4	PA BvD

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>		1	PA BvD
Cefalosporinas			
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>		1	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>		2	
<i>cefдинir oral capsule 300 mg</i>		1	
<i>cefдинir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		1	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>		4	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>		4	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>		2	
<i>cefixime oral tablet 400 mg</i>		2	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>		2	
<i>ceftaroline fosamil intravenous solution reconstituted 400 mg, 600 mg</i>	Teflaro	5	PA BvD; *, NEDS
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm</i>	Tazicef	4	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 6 gm</i>		4	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	Tazicef	4	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		2	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		1	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>		1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>		2	PA BvD
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		1	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		1	
<i>tazicef injection solution reconstituted 1 gm</i>	Tazicef	4	
<i>tazicef intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	Tazicef	4	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 6 GM		4	
Macrólidos			
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>		2	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack)</i>	Zithromax	1	
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>		1	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		4	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		1	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</i>	E.E.S. Granules	2	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 400 mg/5ml</i>	EryPed 400	2	
<i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i>	Dificid	5	*; QL (20 per 10 days); NEDS
Penicilinas			
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		1	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>		1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>		1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>		1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml</i>		1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 600-42.9 mg/5ml</i>	Augmentin ES-600	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>		1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>		1	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>		2	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		2	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	Unasyn	4	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i>	Unasyn	4	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML		4	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		1	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>		4	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		4	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	Pfizerpen	4	
PENICILLIN V POTASSIUM ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 125 MG/5ML		1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 250 mg/5ml</i>		1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		1	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>		4	PA BvD
Quinolonas			
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Cipro	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>		1	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>		1	PA BvD
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>		1	PA BvD
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>		1	
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 400 MG/250ML		4	PA BvD
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>		2	
MOXIFLOXACIN HCL SOLUTION 400 MG/250ML INTRAVENOUS		4	PA BvD
Sulfonamidas			
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>		5	*; NEDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	Sulfatrim Pediatric	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i>	Bactrim	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i>	Bactrim DS	1	
Tetraciclinas			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>doxy 100 intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	Doxy 100	4	PA BvD
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	Doxy 100	4	PA BvD
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>		1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>		1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i>	Mondoxylene NL	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i>		1	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>		2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>		1	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		1	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	Tygacil	4	PA BvD

ANTICONCEPTIVOS

Anticonceptivos

<i>altavera oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	Altavera	1	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	Nortrel 1/35 (21)	1	
<i>amethia oral tablet 0.15-0.03 & 0.01 mg</i>	Ashlyna	1	QL (91 per 84 days)
<i>apri oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		1	
<i>ashlyna oral tablet 0.15-0.03 & 0.01 mg</i>	Ashlyna	1	QL (91 per 84 days)
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>		1	
<i>aurovela fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	Aurovela FE 1/20	1	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	Aviane	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>		1	
<i>blisovi fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	Blisovi Fe 1.5/30	1	
<i>blisovi fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	Aurovela FE 1/20	1	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	1	
<i>camrese lo oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg</i>	Camrese Lo	1	QL (91 per 84 days)
<i>camrese oral tablet 0.15-0.03 & 0.01 mg</i>	Ashlyna	1	QL (91 per 84 days)
<i>cryselle oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>		1	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		1	
<i>daysee oral tablet 0.15-0.03 & 0.01 mg</i>	Ashlyna	1	QL (91 per 84 days)
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	Lo-Zumandimine	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	Syeda	1	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	EluRyng	1	QL (1 per 28 days)
<i>emzahn oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	1	
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	EluRyng	1	QL (1 per 28 days)
<i>enskyce oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		1	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	1	
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	EluRyng	1	QL (1 per 28 days)
<i>falmina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	Aviane	1	
<i>feirza 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	Blisovi Fe 1.5/30	1	
<i>feirza 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	Aurovela FE 1/20	1	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>		1	
<i>hailey fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	Blisovi Fe 1.5/30	1	
<i>hailey fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	Aurovela FE 1/20	1	
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	1	
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>isibloom oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		1	
<i>jaimiess oral tablet 0.15-0.03 & 0.01 mg</i>	Ashlyna	1	QL (91 per 84 days)
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	1	
<i>juleber oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		1	
<i>junel fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	Blisovi Fe 1.5/30	1	
<i>junel fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	Aurovela FE 1/20	1	
<i>junel fe 24 oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>		1	
<i>kurvelo oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	Altavera	1	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 19.5 MG		4	
<i>larin 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>		1	
<i>larin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	Blisovi Fe 1.5/30	1	
<i>larin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	Aurovela FE 1/20	1	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	Aviane	1	
<i>levonorgest-eth est & eth est oral tablet 42-21-21-7 days</i>	Rivelsa	1	QL (91 per 84 days)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg</i>	Camrese Lo	1	QL (91 per 84 days)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 & 0.01 mg</i>	Ashlyna	1	QL (91 per 84 days)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	Setlakin	1	QL (91 per 84 days)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	Aviane	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	Altavera	1	
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY		3	
<i>lojaimiess oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg</i>	Camrese Lo	1	QL (91 per 84 days)
<i>low-ogestrel oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>		1	
<i>lo-zumandimine oral tablet 3-0.02 mg</i>	Lo-Zumandimine	1	
<i>lutera oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	Aviane	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	1	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	1	
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	Altavera	1	
<i>meleya oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	1	
<i>microgestin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	Blisovi Fe 1.5/30	1	
<i>microgestin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	Aurovela FE 1/20	1	
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	1	
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/DAY		4	
MIUDELLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE		4	
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	1	
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG		3	
<i>nikki oral tablet 3-0.02 mg</i>	Lo-Zumandimine	1	
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	Xulane	1	QL (3 per 28 days)
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	Blisovi Fe 1.5/30	1	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	Aurovela FE 1/20	1	
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	1	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	1	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	Tri-Lo-Estarylla	1	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	Tri-Estarylla	1	
<i>norlyroc oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>		1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	Nortrel 1/35 (21)	1	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	Nortrel 1/35 (21)	1	
<i>nortrel 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>		1	
<i>nylia 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	Nortrel 1/35 (21)	1	
<i>nylia 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>		1	
<i>orquidea oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	1	
<i>reclipsen oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		1	
<i>rivelsa oral tablet 42-21-21-7 days</i>	Rivelsa	1	QL (91 per 84 days)
<i>rosyrah oral tablet 42-21-21-7 days</i>	Rivelsa	1	QL (91 per 84 days)
<i>setlakin oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	Setlakin	1	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	1	
<i>simpesse oral tablet 0.15-0.03 & 0.01 mg</i>	Ashlyna	1	QL (91 per 84 days)
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 13.5 MG		4	
<i>sprintec 28 oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	1	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>		1	
<i>tarina fe 1/20 eq oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	Aurovela FE 1/20	1	
<i>tilia fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>		1	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	Tri-Estarylla	1	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>		1	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	Tri-Lo-Estarylla	1	
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	Tri-Lo-Estarylla	1	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	Tri-Lo-Estarylla	1	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	Tri-Estarylla	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>tri-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	Tri-Estarylla	1	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	Tri-Lo-Estarylla	1	
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	Tri-Estarylla	1	
<i>turqoz oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>		1	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	Aviane	1	
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	1	
<i>xarah fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>		1	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	Xulane	2	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	Xulane	2	QL (3 per 28 days)
ANTICONVULSIVOS			
Anticonvulsivos			
<i>brivaracetam intravenous solution 50 mg/5ml</i>	Briviact	5	*; QL (80 per 30 days); NEDS
<i>brivaracetam oral solution 10 mg/ml</i>	Briviact	4	QL (600 per 30 days)
<i>brivaracetam oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Briviact	5	*; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Carbatrol	2	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	TEGretol-XR	2	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	TEGretol	4	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	TEGretol	1	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg, 200 mg</i>		1	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Onfi	4	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Onfi	4	QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG		5	PA NSO; *; QL (360 per 30 days); NEDS
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG		5	PA NSO; *; QL (180 per 30 days); NEDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG		5	PA NSO; *; QL (360 per 30 days); NEDS
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG		5	PA NSO; *; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>		4	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG		4	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	Depakote ER	1	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	Depakote Sprinkles	2	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Depakote	1	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA NSO; *; NEDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>	TEGretol	1	
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	Aptiom	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	Aptiom	4	ST; QL (60 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	Zarontin	1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	Zarontin	1	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>		4	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	Felbatol	4	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML		5	PA NSO; *; NEDS
<i>fosphenytoin sodium injection solution 100 mg pe/2ml, 500 mg pe/10ml</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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</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)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	Vimpat	4	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 100 mg tablet</i>	Subvenite	1	
<i>lamotrigine 150 mg tablet</i>	Subvenite	1	
<i>lamotrigine 200 mg tablet</i>	Subvenite	1	
<i>lamotrigine 25 mg tablet</i>	Subvenite	1	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	Subvenite	1	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	LaMICtal	1	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	Keppra XR	1	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	Keppra	2	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	Keppra	1	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Keppra	1	
<i>levetiracetam oral tablet disintegrating soluble 250 mg, 500 mg</i>	Spritam	4	ST
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	Celontin	4	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML		4	PA NSO; QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	Trileptal	1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	Trileptal	1	
<i>perampanel oral suspension 0.5 mg/ml</i>	Fycompa	5	ST; *, QL (720 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 2 mg, 8 mg</i>	Fycompa	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i>	Fycompa	4	ST; QL (60 per 30 days)
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>		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>		1	PA NSO; HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>phenytek oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Phenytek	1	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	Dilantin-125	1	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	Dilantin Infatabs	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	Dilantin	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Phenytek	1	
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>		1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Lyrica	1	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	Lyrica	1	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Lyrica	1	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>		2	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Mysoline	1	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	Banzel	5	*; NEDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	Banzel	4	
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 750 MG		4	ST
SUBVENITE ORAL SUSPENSION 10 MG/ML		4	PA NSO
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	Subvenite	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG		5	PA NSO; *; QL (60 per 30 days); NEDS
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG		4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>		4	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	Topamax Sprinkle	2	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 50 mg</i>		4	
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i>	Eprontia	4	ST
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Topamax	1	
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>		2	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>		1	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>		1	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML		5	PA NSO; *; QL (10 per 30 days); NEDS
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 7.5 MG/0.1ML		5	PA NSO; *; QL (10 per 30 days); NEDS
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 10 MG/0.1ML		5	PA NSO; *; QL (10 per 30 days); NEDS
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML		5	PA NSO; *; QL (10 per 30 days); NEDS
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	Vigadrone	5	PA NSO; *; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	Vigadrone	5	PA NSO; *; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>vigadrone oral packet 500 mg</i>	Vigadrone	5	PA NSO; *; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i>	Vigadrone	5	PA NSO; *; QL (180 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>vigpoder oral packet 500 mg</i>	Vigadrone	5	PA NSO; *; QL (180 per 30 days); NEDS
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG		5	*; QL (56 per 28 days); NEDS
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG		5	*; QL (56 per 28 days); NEDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		5	*; QL (30 per 30 days); NEDS
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		5	*; QL (60 per 30 days); NEDS
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG		4	
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG		5	*; NEDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		5	*; NEDS
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Zonegran	1	
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>		1	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	PA NSO; *; QL (1080 per 30 days); NEDS

ANTIDEPRESIVOS

Antidepresivos

<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		1	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG		5	*; NEDS
AUVELITY TITRATION PACK ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 30-105 MG & 45-105 MG		5	*; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Wellbutrin SR	1	
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	Wellbutrin XL	1	
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>		1	
<i>bupropion hcl sr 100 mg tablet f/c</i>	Wellbutrin SR	1	
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>		2	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg</i>	CeleXA	1	QL (120 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	CeleXA	1	QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 75 mg</i>	Anafranil	1	
<i>clomipramine hcl oral capsule 50 mg</i>	Anafranil	2	
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		1	
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Pristiq	1	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		1	
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>		1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG		4	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG		4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg</i>		1	QL (120 per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 30 mg</i>		1	QL (90 per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 60 mg</i>		1	QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR		5	ST; *; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>escitalopram 10 mg tablet f/c</i>	Lexapro	1	
<i>escitalopram 20 mg tablet f/c</i>	Lexapro	1	
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>		4	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Lexapro	1	
EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
EXXUA TITRATION PACK ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2 MG		5	PA NSO; *; QL (30 per 30 days); NEDS
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG		4	ST; QL (30 per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG		4	ST
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		1	
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>		2	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 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 mg</i>		1	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Remeron SolTab	1	
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>		2	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Pamelor	1	
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		2	
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	Paxil CR	1	PA NSO; HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>		4	PA NSO; HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Paxil	1	PA NSO; HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>		2	
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Nardil	1	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		4	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	PA NSO; *, QL (1200 per 30 days); NEDS
<i>sertraline hcl 100 mg tablet f/c</i>	Zoloft	1	
<i>sertraline hcl 25 mg tablet f/c</i>	Zoloft	1	
<i>sertraline hcl 50 mg tablet f/c</i>	Zoloft	1	
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	Zoloft	1	
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Zoloft	1	
<i>tranlycypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Parnate	4	
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>		1	
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		4	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		4	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg</i>	Effexor XR	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg</i>	Effexor XR	1	QL (90 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>		1	
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Viibryd	1	QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG		5	PA NSO; *; QL (28 per 14 days); NEDS
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG		5	PA NSO; *; QL (14 per 14 days); NEDS

ANTIFÚNGICOS

Antifúngicos

<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>		4	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	AmBisome	5	PA BvD; *; NEDS
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	Ciclodan	1	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>		1	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	Lotrimin AF	1	
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	Lasolex	1	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>		1	
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>		1	QL (90 per 30 days)
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG		5	PA; *; NEDS
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>		1	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>		2	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml</i>		2	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	Diflucan	2	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>		1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Ancobon	5	*; NEDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>		4	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	Sporanox	2	
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>		1	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>		1	QL (360 per 30 days)
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>		1	
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>		2	
MICONAZOLE 3 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG		1	
<i>nyamyc external powder 100000 unit/gm</i>	Nystop	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>		1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>		1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	Nystop	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>		1	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>		1	
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>		1	
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>		1	
<i>nystop external powder 100000 unit/gm</i>	Nystop	1	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>		4	PA
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>		1	
<i>voriconazole intravenous solution 200 mg/20ml</i>		4	PA BvD
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	Vfend IV	4	PA BvD
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	Vfend	5	PA; *; NEDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>		2	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ANTIISTAMÍNICOS			
Antihistamínicos			
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	Xyzal Allergy 24HR	1	
ANTIMICOBACTERIALES			
Antimicobacteriales			
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>		1	
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>		1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>		1	
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG		4	QL (30 per 30 days)
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>		4	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>		2	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>		4	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		2	
<i>rifapentine oral tablet 150 mg</i>	Prifitin	1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG		5	PA; *, NEDS
ANTIVIRALES (SITÉMICO)			
Inhibidores De La Transcriptasa Inversa Análogos De Nucleósidos Y Nucleótidos Para El Vih			
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	Ziagen	1	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>		1	
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>		1	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		5	*, NEDS
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg</i>		1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>atazanavir sulfate oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Reyataz	1	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG		5	*; QL (30 per 30 days); NEDS
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 400 & 600 MG/2ML, 600 & 900 MG/3ML		5	*; NEDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		5	*; NEDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	Prezista	4	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		5	*; NEDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG		5	*; NEDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG		5	*; NEDS
EDURANT PED ORAL TABLET SOLUBLE 2.5 MG		5	*; NEDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i>		4	
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>		2	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>		4	
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>		2	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg</i>		5	*; NEDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 600-300-300 mg</i>	Symfi	5	*; NEDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	Emtriva	4	
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	Truvada	4	
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	Truvada	1	
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df oral tablet 200-25-300 mg</i>	Complera	5	*; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		4	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Intelence	4	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	*; NEDS
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>		4	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		5	*; NEDS
IDVYNZO ORAL TABLET 100-0.25 MG		5	*; QL (30 per 30 days); NEDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG		4	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		5	*; NEDS
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG		5	*; NEDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		5	*; NEDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG		5	*; NEDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG		3	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG		5	*; NEDS
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5ML		4	QL (480 per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	Epivir	1	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>		1	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Epivir	1	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>		2	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	Kaletra	2	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	Kaletra	4	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	Kaletra	4	QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Selzentry	5	*; NEDS
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>		4	QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>		4	QL (1200 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>		1	QL (60 per 30 days)
NORVIR ORAL PACKET 100 MG		4	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		5	*; NEDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG		5	*; NEDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG		5	*; NEDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		5	*; NEDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG		5	*; NEDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG		4	
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG		5	*; NEDS
<i>rilpivirine hcl oral tablet 25 mg</i>	Edurant	5	*; NEDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	Norvir	2	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG		5	*; NEDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML		5	*; NEDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG		3	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG		5	*; NEDS
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG		5	*; NEDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG		5	*; NEDS
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG		5	*; NEDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG		5	*; NEDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	Viread	1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG		4	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG		5	*; NEDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG		5	*; NEDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		5	*; QL (30 per 30 days); NEDS
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG		4	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG		5	*; NEDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		5	*; NEDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	*; NEDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	Retrovir	2	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	Retrovir	2	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>		1	
Antivirales Hcv			
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG		5	PA; *; QL (28 per 28 days); NEDS
EPCLUSA ORAL PACKET 200-50 MG		5	PA; *; QL (56 per 28 days); NEDS
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG		5	PA; *; QL (28 per 28 days); NEDS
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG		5	PA; *; QL (28 per 28 days); NEDS
Antivirales, Varios			
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG		5	PA; *; NEDS
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>		1	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg</i>		1	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 75 mg</i>	Tamiflu	1	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	Tamiflu	2	QL (540 per 180 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG		1	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 6 X 150 MG & 5 X 100MG		1	QL (11 per 28 days)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG		1	QL (30 per 5 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML		5	PA; *; NEDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML		5	PA; *; NEDS
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG		5	PA; *; QL (28 per 28 days); NEDS
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT		4	QL (60 per 180 days)
Nucleósidos Y Nucleótidos			
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>		1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>		1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>		4	PA BvD
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>		4	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Baraclude	4	
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>		2	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>		1	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	Valtrex	1	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	Valcyte	5	*; NEDS
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>		1	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		5	*; QL (30 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
DISPOSITIVOS			
Dispositivos			
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM		1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM		1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31G X 6 MM		1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31G X 8 MM		1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM		1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 32G X 6 MM		1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 33G X 4 MM		1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 29G X 12MM		1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 5 MM		1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 6 MM		1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 8 MM		1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 32G X 4 MM		1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 33G X 4 MM		1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8 MM		1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5 MM		1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8 MM		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4 MM		1	PA; ST
ADVOCATE ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %		1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM		1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 29G X 12.7MM		1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 33G X 4 MM		1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
ALCOHOL PADS PAD 70 %		1	PA; ST
ALCOHOL PREP PAD		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ALCOHOL PREP PAD 70 %		1	PA; ST
ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %		1	PA; ST
ALCOHOL SWABS PAD		1	PA; ST
ALCOHOL SWABS PAD 70 %		1	PA; ST
AQ INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
AQ INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
AQ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 31G X 5 MM		1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 32G X 4 MM		1	PA; ST
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM		1	PA; ST
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM		1	PA; ST
AUM ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %		1	PA; ST
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE 31G X 4 MM		1	PA; ST
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5 MM		1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM		1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 5 MM		1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 6 MM		1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 8 MM		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 33G X 4 MM		1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 33G X 5 MM		1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 33G X 6 MM		1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 32G X 4 MM		1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 32G X 5 MM		1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 32G X 6 MM		1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 33G X 4 MM		1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 33G X 5 MM		1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 33G X 6 MM		1	PA; ST
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE 32G X 4 MM		1	PA; ST
AUM SAFETY PEN NEEDLE 31G X 4 MM		1	PA; ST
AUM SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5 MM		1	PA; ST
AURORA PEN NEEDLES 29G X 12MM		1	PA; ST
AURORA PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
AURORA PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE 30G X 5 MM		1	PA; ST
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE 30G X 8 MM		1	PA; ST
BD AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM		1	PA; ST
BD ECLIPSE SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
BD INS SYR ULTRAFINE 1/2UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML (OTC)		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML (RX)		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (OTC)		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (RX)		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 27G X 5/8" 1 ML		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 28G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 28G X 1/2" 1 ML (OTC)		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 28G X 1/2" 1 ML (RX)		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE U/F 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE U-100 1 ML		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 29G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
BD PEN NEEDLE MICRO ULTRAFINE 32G X 6 MM		1	PA; ST
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM		1	PA; ST
BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE 31G X 5 MM		1	PA; ST
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN 32G X 4 MM		1	PA; ST
BD PEN NEEDLE NANO ULTRAFINE 32G X 4 MM		1	PA; ST
BD PEN NEEDLE ORIG ULTRAFINE 29G X 12.7MM		1	PA; ST
BD PEN NEEDLE SHORT ULTRAFINE 31G X 8 MM		1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML		1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML		1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE SYRINGE/NEEDLE 27G X 5/8" 1 ML		1	PA; ST
BD SWAB SINGLE USE REGULAR PAD		1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT 31G X 15/64" 0.3 ML		1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 0.3 ML		1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 0.5 ML		1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 1 ML		1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 0.3 ML		1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 0.5 ML		1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 1 ML		1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 29G X 12MM		1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 30G X 8 MM		1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
CAREFINE PEN NEEDLES 32G X 5 MM		1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 32G X 6 MM		1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS 29G X 12MM		1	PA; ST
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 5 MM		1	PA; ST
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 6 MM		1	PA; ST
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 8 MM		1	PA; ST
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS 32G X 4 MM		1	PA; ST
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS 33G X 4 MM		1	PA; ST
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 70 %		1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 29G X 12MM		1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 32G X 5 MM		1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 33G X 4 MM		1	PA; ST
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 29G X 12MM		1	PA; ST
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 33G X 4 MM		1	PA; ST
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS 32G X 4 MM		1	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML		1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML		1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 5 MM		1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 6 MM		1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 8 MM		1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 4 MM		1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 5 MM		1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 6 MM		1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 8 MM		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 30G X 8 MM		1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 4 MM		1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 4 MM		1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 5 MM		1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 6 MM		1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 8 MM		1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 4 MM		1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 5 MM		1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 6 MM		1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 8 MM		1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 33G X 4 MM		1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 33G X 5 MM		1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 33G X 6 MM		1	PA; ST
CURITY ALCOHOL PREPS PAD 70 %		1	PA; ST
CURITY ALL PURPOSE SPONGES PAD 2"X2"		1	PA; ST
CURITY GAUZE PAD 2"X2"		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
CURITY GAUZE SPONGE PAD 2"X2"		1	PA; ST
CURITY SPONGES PAD 2"X2"		1	PA; ST
CVS ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %		1	PA; ST
CVS GAUZE PAD 2"X2"		1	PA; ST
CVS GAUZE STERILE PAD 2"X2"		1	PA; ST
CVS PREP PAD 70 %		1	PA; ST
DERMACEA GAUZE SPONGE PAD 2"X2"		1	PA; ST
DERMACEA IV DRAIN SPONGES PAD 2"X2"		1	PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN SPONGES PAD 2"X2"		1	PA; ST
DERMACEA TYPE VII GAUZE PAD 2"X2"		1	PA; ST
DIATHRIVE PEN NEEDLE 31G X 5 MM		1	PA; ST
DIATHRIVE PEN NEEDLE 31G X 6 MM		1	PA; ST
DIATHRIVE PEN NEEDLE 31G X 8 MM		1	PA; ST
DIATHRIVE PEN NEEDLE 32G X 4 MM		1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 0.3 ML		1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 0.5 ML		1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 1 ML		1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML		1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML		1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML		1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM		1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 29G X 10MM		1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 29G X 12MM		1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 30G X 8 MM		1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 5 MM		1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 6 MM		1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 8 MM		1	PA; ST
DROPSAFE ALCOHOL PREP PAD 70 %		1	PA; ST
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO 31G X 4 MM		1	PA; ST
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO 31G X 5 MM		1	PA; ST
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO 31G X 8 MM		1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 15/64" 0.3 ML		1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 15/64" 0.5 ML		1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 15/64" 1 ML		1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
DRUG MART UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
DRUG MART UNIFINE PENTIPS 31G X 6 MM		1	PA; ST
DRUG MART UNIFINE PENTIPS 31G X 8 MM		1	PA; ST
DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS 32G X 4 MM		1	PA; ST
EASY COMFORT ALCOHOL PADS PAD		1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 32G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 32G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29G X 4MM		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29G X 5MM		1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33G X 4 MM		1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33G X 5 MM		1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33G X 6 MM		1	PA; ST
EASY GLIDE PEN NEEDLES 33G X 4 MM		1	PA; ST
EASY TOUCH ALCOHOL PREP MEDIUM PAD 70 %		1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK SAFETY SYR 27G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 5/8" 1 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 29G X 12MM		1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 30G X 5 MM		1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 30G X 6 MM		1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 30G X 8 MM		1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 32G X 5 MM		1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 32G X 6 MM		1	PA; ST
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 29G X 5MM		1	PA; ST
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 29G X 8MM		1	PA; ST
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM		1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM		1	PA; ST
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 31G X 15/64" 0.3 ML		1	PA; ST
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 0.3 ML		1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 0.5 ML		1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 1 ML		1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (OTC)		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
EMBECTA INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (RX)		1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" 1 ML		1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM		1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM		1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 29G X 12.7MM		1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 31G X 5 MM		1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 31G X 8 MM		1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 32G X 6 MM		1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 29G X 12MM		1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 30G X 5 MM		1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 30G X 8 MM		1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
EQL ALCOHOL SWABS PAD 70 %		1	PA; ST
EQL GAUZE PAD 2"X2"		1	PA; ST
EQL INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
EQL INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
EQL INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
EQL INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
EQL INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
EQL INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
EQL INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
EQL INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
EQL INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM		1	PA; ST
FIFTY50 ALCOHOL PREP PAD 70 %		1	PA; ST
FIFTY50 PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
FIFTY50 PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
FIFTY50 PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
FIFTY50 PEN NEEDLES 32G X 6 MM		1	PA; ST
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
GAUZE PADS PAD 2"X2"		1	PA; ST
GAUZE TYPE VII MEDI-PAK PAD 2"X2"		1	PA; ST
GLOBAL ALCOHOL PREP EASE PAD 70 %		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 29G X 12MM		1	PA; ST
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 0.3 ML		1	PA; ST
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 0.5 ML		1	PA; ST
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 1 ML		1	PA; ST
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
GLOBAL EASY GLIDE PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 28G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 28G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 29G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 30G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 30G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
GLOBAL INSULIN SYRINGES 30G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
GLOBAL INSULIN SYRINGES 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
GNP ALCOHOL SWABS PAD 70 %		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 28GX1/2" 28G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 30GX5/16" 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16" 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
GNP PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
GNP PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
GNP PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
GNP PEN NEEDLES 32G X 6 MM		1	PA; ST
GNP STERILE GAUZE PAD 2"X2"		1	PA; ST
GNP ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
GNP ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
GNP ULTICARE PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
GNP ULTICARE PEN NEEDLES 32G X 6 MM		1	PA; ST
GNP ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE 31G X 5 MM		1	PA; ST
GNP ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE 31G X 8 MM		1	PA; ST
GNP ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE 32G X 4 MM		1	PA; ST
GNP ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE 32G X 6 MM		1	PA; ST
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
GOODSENSE ALCOHOL SWABS PAD 70 %		1	PA; ST
GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE 31G X 5 MM		1	PA; ST
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 31G X 5 MM		1	PA; ST
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 31G X 8 MM		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 32G X 4 MM		1	PA; ST
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 32G X 6 MM		1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
H-E-B INCONTROL ALCOHOL PAD		1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 29G X 12MM		1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP 31G X 5 MM		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP 31G X 6 MM		1	PA; ST
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP 31G X 8 MM		1	PA; ST
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP 32G X 4 MM		1	PA; ST
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP 33G X 4 MM		1	PA; ST
HM STERILE PADS PAD 2"X2"		1	PA; ST
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
INPEN 100-BLUE-LILLY-HUMALOG DEVICE		3	
INPEN 100-BLUE-NOVOLOG-FIASP DEVICE		3	
INPEN 100-GREY-LILLY-HUMALOG DEVICE		3	
INPEN 100-GREY-NOVOLOG-FIASP DEVICE		3	
INPEN 100-PINK-LILLY-HUMALOG DEVICE		3	
INPEN 100-PINK-NOVOLOG-FIASP DEVICE		3	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 27G X 1/2" 0.5 ML (OTC)		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 27G X 1/2" 0.5 ML (RX)		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 27G X 1/2" 1 ML (OTC)		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 27G X 1/2" 1 ML (RX)		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 28G X 1/2" 0.5 ML (OTC)		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 28G X 1/2" 0.5 ML (RX)		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 28G X 1/2" 1 ML (OTC)		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 28G X 1/2" 1 ML (RX)		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 29G X 1/2" 0.5 ML (OTC)		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 29G X 1/2" 0.5 ML (RX)		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 29G X 1/2" 1 ML (OTC)		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 29G X 1/2" 1 ML (RX)		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 30G X 1/2" 1 ML (OTC)		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 30G X 1/2" 1 ML (RX)		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 30G X 5/16" 0.5 ML (OTC)		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 30G X 5/16" 0.5 ML (RX)		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 1/4" 0.3 ML		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 1/4" 0.5 ML		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 1/4" 1 ML		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 5/16" 0.5 ML (OTC)		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 5/16" 0.5 ML (RX)		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 5/16" 1 ML (OTC)		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 5/16" 1 ML (RX)		1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLES 29G X 12MM		1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
INSUPEN PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLES 33G X 4 MM		1	PA; ST
INSUPEN SENSITIVE 32G X 6 MM		1	PA; ST
INSUPEN SENSITIVE 32G X 8 MM		1	PA; ST
INSUPEN ULTRAFIN 30G X 8 MM		1	PA; ST
INSUPEN ULTRAFIN 31G X 6 MM		1	PA; ST
INSUPEN ULTRAFIN 31G X 8 MM		1	PA; ST
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM		1	PA; ST
J & J GAUZE PAD 2"X2"		1	PA; ST
KENDALL HYDROPHILIC FOAM DRESS PAD 2"X2"		1	PA; ST
KENDALL HYDROPHILIC FOAM PLUS PAD 2"X2"		1	PA; ST
KINRAY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
KINRAY INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
KINRAY INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
KINRAY INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G U-100 0.5 ML		1	PA; ST
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G U-100 1 ML		1	PA; ST
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G U-100 0.3 ML		1	PA; ST
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G U-100 0.5 ML		1	PA; ST
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G U-100 1 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
KROGER INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
KROGER INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
KROGER INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
KROGER INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
KROGER INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
KROGER INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
KROGER INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
KROGER INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
KROGER INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
KROGER PEN NEEDLES 29G X 12MM		1	PA; ST
KROGER PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
KROGER PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
KROGER PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
KROGER PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
KROGER PEN NEEDLES 33G X 4 MM		1	PA; ST
LEADER INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
LEADER INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
LEADER INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
LEADER INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
LEADER INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LEADER INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
LEADER INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
LEADER INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
LEADER INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
LEADER INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
LEADER INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
LEADER UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM		1	PA; ST
LEADER UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM		1	PA; ST
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 5 MM		1	PA; ST
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 8 MM		1	PA; ST
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 32G X 4 MM		1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 29G X 12.7MM		1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
LONGS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
MARATHON MEDICAL PENTIPS 29G X 12MM		1	PA; ST
MARATHON MEDICAL PENTIPS 31G X 5 MM		1	PA; ST
MARATHON MEDICAL PENTIPS 31G X 8 MM		1	PA; ST
MARATHON MEDICAL PENTIPS 32G X 4 MM		1	PA; ST
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31G X 6 MM		1	PA; ST
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29G X 5MM		1	PA; ST
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29G X 8MM		1	PA; ST
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" 27G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" 27G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
MEDIC INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
MEDIC INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES 29G X 12MM		1	PA; ST
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
MEDPURA ALCOHOL PADS 70 % EXTERNAL		1	PA; ST
MEIJER ALCOHOL SWABS PAD 70 %		1	PA; ST
MEIJER PEN NEEDLES 29G X 12MM		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
MEIJER PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
MEIJER PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 31G X 6 MM		1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 32G X 4 MM		1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 33G X 4 MM		1	PA; ST
MIRASORB SPONGES 2"X2"		1	PA; ST
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
MM PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
MM PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
MM PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
MM PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 25G X 5/8" 1 ML		1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML (OTC)		1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML (RX)		1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (RX)		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (OTC)		1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (RX)		1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (RX)		1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (RX)		1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML (OTC)		1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML (RX)		1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE U-100 1 ML		1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (OTC)		1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (RX)		1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (OTC)		1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (RX)		1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML (OTC)		1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML (RX)		1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (OTC)		1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (RX)		1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
MS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
MS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
MS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
NOVOFINE AUTOCOVER PEN NEEDLE 30G X 8 MM		1	PA; ST
NOVOFINE PEN NEEDLE 32G X 6 MM		1	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 32G X 4 MM		1	PA; ST
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT		3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5		3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5) KIT		3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)		3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 LIBRE INTRO KIT		3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 LIBRE PODS		3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)		3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT		3	QL (1 per 365 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) KIT		3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)		3	QL (10 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM		1	PA; ST
PC UNIFINE PENTIPS 31G X 6 MM		1	PA; ST
PC UNIFINE PENTIPS 31G X 8 MM		1	PA; ST
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 31G X 8 MM		1	PA; ST
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 32G X 4 MM		1	PA; ST
PEN NEEDLES 29G X 12MM		1	PA; ST
PEN NEEDLES 30G X 5 MM (OTC)		1	PA; ST
PEN NEEDLES 30G X 5 MM (RX)		1	PA; ST
PEN NEEDLES 30G X 8 MM		1	PA; ST
PEN NEEDLES 31G X 5 MM (OTC)		1	PA; ST
PEN NEEDLES 31G X 5 MM (RX)		1	PA; ST
PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
PEN NEEDLES 31G X 8 MM (OTC)		1	PA; ST
PEN NEEDLES 31G X 8 MM (RX)		1	PA; ST
PEN NEEDLES 32G X 4 MM (OTC)		1	PA; ST
PEN NEEDLES 32G X 4 MM (RX)		1	PA; ST
PEN NEEDLES 32G X 5 MM		1	PA; ST
PEN NEEDLES 32G X 6 MM		1	PA; ST
PEN NEEDLES 33G X 4 MM		1	PA; ST
PEN NEEDLES 5/16" 31G X 8 MM		1	PA; ST
PENTIPS 29G X 12MM (OTC)		1	PA; ST
PENTIPS 29G X 12MM (RX)		1	PA; ST
PENTIPS 31G X 5 MM (OTC)		1	PA; ST
PENTIPS 31G X 5 MM (RX)		1	PA; ST
PENTIPS 31G X 6 MM		1	PA; ST
PENTIPS 31G X 8 MM (OTC)		1	PA; ST
PENTIPS 31G X 8 MM (RX)		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PENTIPS 32G X 4 MM (OTC)		1	PA; ST
PENTIPS 32G X 4 MM (RX)		1	PA; ST
PENTIPS 32G X 6 MM		1	PA; ST
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 29G X 12MM		1	PA; ST
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 32G X 6 MM		1	PA; ST
PHARMACIST CHOICE ALCOHOL PAD		1	PA; ST
PIP PEN NEEDLES 31G X 5MM 31G X 5 MM		1	PA; ST
PIP PEN NEEDLES 32G X 4MM 32G X 4 MM		1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM		1	PA; ST
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
PRO COMFORT ALCOHOL PAD 70 %		1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 5 MM		1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 6 MM		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 8 MM		1	PA; ST
PRODIGY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
PRODIGY INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
PRODIGY INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
PURE COMFORT ALCOHOL PREP PAD		1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 4 MM		1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 5 MM		1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 6 MM		1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 8 MM		1	PA; ST
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5 MM		1	PA; ST
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 6 MM		1	PA; ST
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G X 4 MM		1	PA; ST
PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
PX INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
PX MINI PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
PX PEN NEEDLE 29G X 12MM		1	PA; ST
PX PEN NEEDLE 31G X 8 MM		1	PA; ST
QC ALCOHOL SWABS PAD 70 %		1	PA; ST
QC BORDER ISLAND GAUZE PAD 2"X2"		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
QC PEN NEEDLES 29G X 12MM		1	PA; ST
QC PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
QC PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
QC UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM		1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 29G X 12.7MM		1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 31G X 4 MM		1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5 MM		1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 31G X 6 MM		1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 31G X 8 MM		1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM		1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 5 MM		1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 6 MM		1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 8 MM		1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 4 MM		1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 5 MM		1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 6 MM		1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 8 MM		1	PA; ST
RA ALCOHOL SWABS PAD 70 %		1	PA; ST
RA INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
RA INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
RA INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
RA INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
RA PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
RA PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
RA STERILE PAD 2"X2"		1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G X 12MM		1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G X 4 MM		1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G X 5 MM		1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G X 6 MM		1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G X 8 MM		1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
REALITY SWABS PAD		1	PA; ST
RELION ALCOHOL SWABS PAD		1	PA; ST
RELION ALCOHOL SWABS PAD 70 %		1	PA; ST
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML		1	PA; ST
RELION INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML		1	PA; ST
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML		1	PA; ST
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML		1	PA; ST
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
RELION MINI PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
RELION PEN NEEDLES 29G X 12MM		1	PA; ST
RELION PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
RELION PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
RELION PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
RELION SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
RESTORE CONTACT LAYER PAD 2"X2"		1	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLES 30G X 5 MM		1	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM		1	PA; ST
SAPS CARE ALCOHOL PREP PAD 70 %		1	PA; ST
SAPS HEALTH ALCOHOL PREP PAD 70 %		1	PA; ST
SAPS HEALTH CARE ALCOHOL PREP PAD 70 %		1	PA; ST
SB ALCOHOL PREP PAD 70 %		1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SB INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM		1	PA; ST
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
SM STERILE PAD 2"X2"		1	PA; ST
STERILE GAUZE PAD 2"X2"		1	PA; ST
STERILE PAD 2"X2"		1	PA; ST
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PAD 70 %		1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.3 ML		1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.5 ML		1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 1 ML		1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 29G X 12.7MM		1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 30G X 8 MM		1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM (OTC)		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SURE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM (RX)		1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 6 MM		1	PA; ST
SURGICAL GAUZE SPONGE PAD 2"X2"		1	PA; ST
TECHLITE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
TECHLITE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML		1	PA; ST
TECHLITE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML		1	PA; ST
TECHLITE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML		1	PA; ST
TECHLITE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
TECHLITE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
TECHLITE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLES 29G X 12MM		1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLES 32G X 6 MM		1	PA; ST
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
TEGADERM FOAM PAD 2"X2"		1	PA; ST
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES 29G X 12MM		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE 31G X 8 MM		1	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 29G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM		1	PA; ST
TRUE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %		1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 32G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PREP PAD 70 %		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 32G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 32G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 5 MM		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 6 MM		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 33G X 4 MM		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 33G X 5 MM		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 33G X 6 MM		1	PA; ST
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5 MM		1	PA; ST
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 6 MM		1	PA; ST
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G X 4 MM		1	PA; ST
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 29G X 12.7MM		1	PA; ST
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 29G X 12MM		1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
ULTICARE ALCOHOL SWABS PAD		1	PA; ST
ULTICARE ALCOHOL SWABS PAD 70 %		1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYR 1/2 UNIT 31G X 1/4" 0.3 ML		1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (OTC)		1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (RX)		1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.3 ML		1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.5 ML		1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 1 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML (OTC)		1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML (RX)		1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML (OTC)		1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML (RX)		1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 30G X 5 MM		1	PA; ST
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 32G X 6 MM		1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 29G X 12.7MM (OTC)		1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 29G X 12.7MM (RX)		1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 30G X 8 MM		1	PA; ST
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM (OTC)		1	PA; ST
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM (RX)		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE 29G X 12.7MM		1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE 31G X 5 MM		1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE 31G X 6 MM		1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE 31G X 8 MM		1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE 32G X 4 MM		1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE 32G X 6 MM		1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
ULTILET ALCOHOL SWABS PAD		1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 29G X 12.7MM		1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 31G X 5 MM		1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 31G X 8 MM		1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 32G X 4 MM		1	PA; ST
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 29G X 12MM		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 33G X 4 MM		1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 30G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
ULTRA THIN PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
ULTRA-CARE ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %		1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 32G X 5 MM		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ULTRACARE PEN NEEDLES 32G X 6 MM		1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 33G X 4 MM		1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 30G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE 31G X 5 MM		1	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT 31G X 8 MM		1	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES 29G X 12.7MM		1	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM		1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 30G X 5 MM		1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM		1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 31G X 6 MM		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
UNIFINE PENTIPS 31G X 8 MM		1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM		1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32G X 6 MM		1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 33G X 4 MM		1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 29G X 12MM		1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 30G X 5 MM		1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 5 MM		1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 6 MM		1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 8 MM		1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 32G X 4 MM		1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 33G X 4 MM		1	PA; ST
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 5 MM		1	PA; ST
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 8 MM		1	PA; ST
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 32G X 4 MM		1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 30G X 5 MM		1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 30G X 8 MM		1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31G X 5 MM		1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31G X 6 MM		1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31G X 8 MM		1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 32G X 4 MM		1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 29G X 12MM		1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G X 5 MM		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G X 6 MM		1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G X 8 MM		1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 32G X 4 MM		1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 32G X 6 MM		1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 34G X 3.5 MM		1	PA; ST
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 3/16" 0.5 ML		1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 3/16" 1 ML		1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 29G X 12MM		1	PA; ST
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5 MM		1	PA; ST
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 8 MM		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM		1	PA; ST
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 6 MM		1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G X 5 MM		1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G X 8 MM		1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 32G X 4 MM		1	PA; ST
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR 29G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
VP INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		1	PA; ST
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE PAD 70 %		1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
WEBCOL ALCOHOL PREP MEDIUM PAD 70 %		1	PA; ST
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 5 MM		1	PA; ST
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 6 MM		1	PA; ST
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 8 MM		1	PA; ST
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS 32G X 4 MM		1	PA; ST
ZEV RX INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML		1	PA; ST
ZEV RX INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
ZEV RX INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
ZEV RX INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
ZEV RX PEN NEEDLES 31G X 5 MM		1	PA; ST
ZEV RX PEN NEEDLES 31G X 6 MM		1	PA; ST
ZEV RX PEN NEEDLES 31G X 8 MM		1	PA; ST
ZEV RX PEN NEEDLES 32G X 4 MM		1	PA; ST
ZEV RX STERILE ALCOHOL PREP PAD PAD 70 %		1	PA; ST
PARASIMPATICOMIMÉTICOS (AGENTES COLINÉRGICOS)			
Parasimpaticomiméticos (Agentes Colinérgicos)			
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	Mestinon	1	
PREPARACIONES DE REEMPLAZO			
Preparaciones De Reemplazo			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq</i>	Klor-Con M10	1	
<i>klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq</i>	Klor-Con M15	1	
<i>klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq</i>	Klor-Con M20	1	
MAGNESIUM SULFATE INJECTION SOLUTION 50 %		2	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 % (10ml syringe)</i>		1	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq</i>	Klor-Con M10	1	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 15 meq</i>	Klor-Con M15	1	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 20 meq</i>	Klor-Con M20	1	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>		1	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq</i>	Klor-Con 10	1	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 15 meq, 20 meq</i>		1	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 8 meq</i>	Klor-Con	1	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>		1	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg)</i>	Urocit-K 10	1	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 15 meq (1620 mg)</i>	Urocit-K 15	2	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>		1	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %</i>		1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PRODUCTOS PARA LA TOS Y RESFRIADO			
Productos Para La Tos Y Resfriado			
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 200 mg</i>		2	EXCL; QL (30 per 10 days)
PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN			
Agentes Hematológicos, Varios			
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	Agrylin	2	
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>		2	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>		1	
Anticoagulantes			
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Pradaxa	4	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS (1.5 MG PACK) ORAL TABLET SOLUBLE 3 X 0.5 MG		3	QL (960 per 30 days)
ELIQUIS (2 MG PACK) ORAL TABLET SOLUBLE 4 X 0.5 MG		3	QL (960 per 30 days)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG		3	
ELIQUIS ORAL CAPSULE SPRINKLE 0.15 MG		3	QL (120 per 30 days)
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 SOLUBLE 0.5 MG		3	QL (960 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	Lovenox	4	QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml</i>	Lovenox	4	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 30 mg/0.3ml</i>	Lovenox	4	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i>	Lovenox	4	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 60 mg/0.6ml</i>	Lovenox	4	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml</i>	Arixtra	5	*; QL (24 per 30 days); NEDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	Arixtra	2	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 5 mg/0.4ml</i>	Arixtra	5	*; QL (12 per 30 days); NEDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 7.5 mg/0.6ml</i>	Arixtra	4	QL (18 per 30 days)
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>		1	
<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>		1	
<i>rivaroxaban oral suspension reconstituted 1 mg/ml</i>	Xarelto	1	QL (600 per 30 days)
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i>	Xarelto	1	
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>		1	
Inhibidores De Agregación De Plaquetas			
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>		2	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>		1	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	Plavix	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	PA; HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>		1	
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Effient	1	
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	Brilinta	1	
Modificadores De Formación De Sangre			
<i>eltrombopag olamine oral packet 12.5 mg</i>	Promacta	5	PA; *; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>eltrombopag olamine oral packet 25 mg</i>	Promacta	5	PA; *; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg</i>	Promacta	5	PA; *; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>eltrombopag olamine oral tablet 25 mg</i>	Promacta	5	PA; *; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	Promacta	5	PA; *; QL (60 per 30 days); NEDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT		5	PA; *; QL (30 per 30 days); NEDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT		5	PA; *; QL (20 per 30 days); NEDS
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG		5	PA; *; NEDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML		5	PA; *; NEDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		5	PA; *; NEDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML		5	PA; *; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML(1ML), 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML		3	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40000 UNIT/ML		3	PA; QL (4 per 28 days)
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML		5	PA; *; NEDS
REEMPLAZO/MODIFICADOR ES DE ENZIMA			
Reemplazo/Modificadores De Enzima			
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT		3	
<i>javygtor oral tablet 100 mg</i>	Javygtor	5	PA; *; NEDS
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5ML		5	PA; *; NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	Javygtor	5	PA; *; NEDS
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 UNIT		3	
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS			
Relajantes Musculares Esqueléticos			
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		1	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>		1	
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>		1	
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i>	Zanaflex	1	
VITAMINAS Y MINERALES			
Vitaminas Y Minerales			
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>		1	EXCL
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>		1	EXCL; QL (30 per 30 days)
FOLIVANE-OB CAPSULE 85-1 MG ORAL		1	
NIVA-PLUS TABLET 27-1 MG ORAL		1	
PNV 27-CA/FE/FA TABLET 60-1 MG ORAL		1	
PNV-SELECT TABLET 27-0.6-0.4 MG ORAL		1	
PRENA1 TABLET CHEWABLE 1.4 MG ORAL		1	
PRENATAL ORAL TABLET 27-1 MG		1	
PRENATAL-U CAPSULE 106.5-1 MG ORAL		1	
PRENATE MAX ORAL TABLET 15-0.4-0.6 MG		1	
TARON-C DHA CAPSULE 35-1 MG ORAL		1	
TRINATE TABLET ORAL		1	
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut)</i>		1	EXCL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

Listado alfabético

1

1ST TIER UNIFINE PENTIPS	120
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	120

A

<i>abacavir sulfate</i>	114
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	114
<i>abigale</i>	65
<i>abigale lo</i>	65
ABILIFY ASIMTUFII	33
ABILIFY MAINTENA	33
<i>abiraterone acetate</i>	3
<i>abirtega</i>	3
ABOUTTIME PEN NEEDLE	120, 121
ABRYSVO	78
<i>acamprosate calcium</i>	21
<i>acarbose</i>	23
<i>acebutolol hcl</i>	40
<i>acetaminophen-codeine</i>	89
<i>acetazolamide</i>	82
<i>acetazolamide er</i>	82
<i>acetazolamide sodium</i>	82
<i>acetic acid</i>	83
<i>acitretin</i>	58
ACTHIB	78
ACTIMMUNE	69
<i>acyclovir</i>	59, 119
<i>acyclovir sodium</i>	119
ADACEL	78
<i>adalimumab-aaty (1 pen)</i>	69
<i>adalimumab-aaty (2 pen)</i>	69
<i>adalimumab-aaty (2 syringe)</i>	70
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs start</i>	70
<i>adefovir dipivoxil</i>	119
ADEMPAS	87
ADVAIR HFA	54
ADVOCATE ALCOHOL PREP PADS	121

ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	121
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES	121
ADVOCATE INSULIN SYRINGE	121
AIMOVIG	29
AIRSUPRA	54
AKEEGA	3
<i>ala-cort</i>	56
<i>albendazole</i>	31
<i>albuterol sulfate</i>	54
<i>albuterol sulfate hfa</i>	54
ALCOHOL PADS	121
ALCOHOL PREP	121, 122
ALCOHOL PREP PADS	122
ALCOHOL SWABS	122
ALECENSA	3
<i>alendronate sodium</i>	49
<i>alfuzosin hcl er</i>	63
<i>aliskiren fumarate</i>	48
<i>allopurinol</i>	28
<i>alose tron hcl</i>	60
<i>alprazolam</i>	22
<i>altavera</i>	98
ALTRENO	58
ALUNBRIG	3
<i>alyacen 1/35</i>	98
<i>alyq</i>	87
<i>amantadine hcl</i>	32
<i>ambrisentan</i>	87, 88
<i>amethia</i>	98
<i>amikacin sulfate</i>	92
<i>amiloride hcl</i>	46
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	46
<i>amiodarone hcl</i>	39
<i>amitriptyline hcl</i>	108
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	41
<i>amlodipine besylate</i>	41, 42

<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	42
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	44
<i>amlodipine-olmesartan</i>	42
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	42
<i>ammonium lactate</i>	58
<i>amoxapine</i>	108
<i>amoxicillin</i>	95, 96
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	96
<i>amphetamine-dextroamphet er</i>	50
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	50
<i>amphotericin b</i>	112
<i>amphotericin b liposome</i>	112
<i>ampicillin</i>	96
<i>ampicillin sodium</i>	96
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	96
<i>anagrelide hcl</i>	183
<i>anastrozole</i>	3
ANORO ELLIPTA	54
<i>aprepitant</i>	30
<i>apri</i>	98
APTIVUS	114
AQ INSULIN SYRINGE	122
AQINJECT PEN NEEDLE	122
ARCALYST	70
AREXVY	78
ARIKAYCE	92
<i>aripiprazole</i>	33
ARISTADA	33, 34
ARISTADA INITIO	33
<i>armodafinil</i>	49
ARNUITY ELLIPTA	53
<i>asenapine maleate</i>	34
<i>ashlyna</i>	98
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	184
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	122
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR	122

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

ASSURE ID PRO PEN		<i>azelastine hcl</i>86	BD SAFETYGLIDE
NEEDLES122		<i>azithromycin</i>95	SYRINGE/NEEDLE126
ASSURE ID SAFETY PEN		<i>aztreonam</i>93	BD SWAB SINGLE USE
NEEDLES122		B	REGULAR126
<i>atazanavir sulfate</i>114, 115		<i>bacitracin</i>83	BD VEO INSULIN SYR U/F
<i>atenolol</i>40		<i>bacitracin-polymyxin b</i>83	1/2UNIT126
<i>atenolol-chlorthalidone</i>40		<i>baclofen</i>186	BD VEO INSULIN SYR
<i>atomoxetine hcl</i>50		<i>balsalazide disodium</i>61	ULTRAFINE126
<i>atorvastatin calcium</i>44		BALVERSA.....3	BD VEO INSULIN SYRINGE
<i>atovaquone</i>31		BAQSIMI ONE PACK86	U/F126
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>31		BAQSIMI TWO PACK87	<i>benazepril hcl</i>47
<i>atropine sulfate</i>85		BCG VACCINE78	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>
AUGTYRO3		BD AUTOSHIELD DUO ...123	47
AUM ALCOHOL PREP PADS		BD ECLIPSE SYRINGE123	<i>bendamustine hcl</i>4
.....122		BD INS SYR ULTRAFINE	BENLYSTA70
AUM INSULIN SAFETY PEN		1/2UNIT123	<i>benzonatate</i>183
NEEDLE122		BD INSULIN SYR	<i>benztropine mesylate</i>32
AUM MINI INSULIN PEN		ULTRAFINE II123, 124	BEQALZI4
NEEDLE122, 123		BD INSULIN SYRINGE124	BEQALZI STARTER PACK...4
AUM PEN NEEDLE123		BD INSULIN SYRINGE	BESREMI.....4
AUM READYGARD DUO		HALF-UNIT.....124	BESREMI PEN4
PEN NEEDLE.....123		BD INSULIN SYRINGE	<i>betamethasone dipropionate</i> ..56
AUM SAFETY PEN NEEDLE		MICROFINE124	<i>betamethasone dipropionate aug</i>
.....123		BD INSULIN SYRINGE U/F	56
AURORA PEN NEEDLES..123		124	<i>betamethasone valerate</i>56
<i>aurovela 24 fe</i>98		BD INSULIN SYRINGE	BETAMETHASONE
<i>aurovela fe 1/20</i>98		ULTRAFINE.....124, 125	VALERATE56
AUSTEDO50		BD PEN NEEDLE MICRO	BETASERON.....70
AUSTEDO XR.....50, 51		ULTRAFINE.....125	<i>bethanechol chloride</i>63
AUSTEDO XR PATIENT		BD PEN NEEDLE MINI U/F	<i>bexarotene</i>4
TITRATION.....51		125	BEXSERO.....78
AUTOKEEPER SAFETY PEN		BD PEN NEEDLE MINI	<i>bicalutamide</i>4
NEEDLE123		ULTRAFINE.....125	BICILLIN L-A96
AUVELITY.....108		BD PEN NEEDLE NANO 2ND	BIKTARVY115
AUVELITY TITRATION		GEN.....125	<i>bimatoprost</i>82
PACK.....108		BD PEN NEEDLE NANO	<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin</i>
<i>aviane</i>98		ULTRAFINE.....125	61
AVMAPKI FAKZYNJA CO-		BD PEN NEEDLE ORIG	<i>bisoprolol fumarate</i>40
PACK.....3		ULTRAFINE.....125	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>
AYVAKIT.....3		BD PEN NEEDLE SHORT	40
<i>azacitidine</i>3		ULTRAFINE.....125	<i>bleomycin sulfate</i>4
<i>azathioprine</i>70		BD SAFETYGLIDE INSULIN	<i>blisovi 24 fe</i>99
<i>azathioprine sodium</i>70		SYRINGE.....125, 126	<i>blisovi fe 1.5/30</i>99

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

<i>blisovi fe 1/20</i>	99	<i>calcium acetate</i>	61	<i>ceftriaxone sodium</i>	94
BOOSTRIX.....	78	<i>calcium acetate (phos binder)</i>	61	<i>cefuroxime axetil</i>	94
BORTEZOMIB.....	4	CALQUENCE.....	5	<i>cefuroxime sodium</i>	94, 95
BOSULIF.....	4	CAMCEVI.....	5	<i>celecoxib</i>	88
<i>bosutinib</i>	4	<i>camila</i>	99	<i>cephalexin</i>	95
BRAFTOVI.....	5	<i>camrese</i>	99	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	22
BREO ELLIPTA	54	<i>camrese lo</i>	99	<i>chlorhexidine gluconate</i>	56
<i>breyana</i>	54	<i>candesartan cilexetil</i>	43	<i>chloroquine phosphate</i>	31
BREZTRI AEROSPHERE	54	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	43	<i>chlorpromazine hcl</i>	34
<i>brimonidine tartrate</i>	82	CAPLYTA.....	34	<i>chlorthalidone</i>	46
<i>brimonidine tartrate-timolol</i> ..	82	CAPRELSA.....	5	<i>cholestyramine</i>	44
<i>brinzolamide</i>	82	<i>captopril</i>	47	<i>cholestyramine light</i>	44
<i>brivaracetam</i>	103	<i>carbamazepine</i>	103	<i>ciclopirox</i>	112
<i>bromocriptine mesylate</i>	32	<i>carbamazepine er</i>	103	<i>ciclopirox olamine</i>	112
BRUKINSA	5	<i>carbidopa-levodopa</i>	32	<i>cilostazol</i>	184
<i>budesonide</i>	53, 61	<i>carbidopa-levodopa er</i>	32	CIMDUO.....	115
<i>bumetanide</i>	46	CAREFINE PEN NEEDLES		<i>cimetidine hcl</i>	60
<i>buprenorphine</i>	89		126, 127	<i>cinacalcet hcl</i>	49
<i>buprenorphine hcl</i>	21	CAREONE INSULIN		<i>ciprofloxacin hcl</i>	83, 97
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>		SYRINGE.....	127	<i>ciprofloxacin in d5w</i>	97
.....	21	CAREONE UNIFINE PENTIPS		<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> ..	83
<i>bupropion hcl</i>	109	PLUS	127	<i>citalopram hydrobromide</i>	109
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>		CARETOUCH ALCOHOL		<i>clarithromycin</i>	95
.....	21	PREP	127	CLEVER CHOICE COMFORT	
<i>bupropion hcl er (sr)</i>	109	CARETOUCH INSULIN		EZ	128
<i>bupropion hcl er (xl)</i>	109	SYRINGE.....	127, 128	CLEVER CHOICE COMFORT	
<i>buspirone hcl</i>	87	CARETOUCH PEN NEEDLES		EZ PLUS	128
<i>butalbital-apap-caff-cod</i>	89		128	CLICKFINE PEN NEEDLES	
<i>butalbital-apap-caffeine</i>	89	<i>carglumic acid</i>	61		128, 129
BYSANTI.....	34	<i>carteolol hcl</i>	82	<i>clindamycin hcl</i>	92
BYSANTI TITRATION PACK		<i>cartia xt</i>	42	<i>clindamycin phosphate</i>	59, 92
A	34	<i>carvedilol</i>	40	<i>clobazam</i>	103
BYSANTI TITRATION PACK		CAYSTON	93	<i>clobetasol propionate</i>	57
B	34	<i>cefaclor</i>	94	<i>clomipramine hcl</i>	109
BYSANTI TITRATION PACK		<i>cefadroxil</i>	94	<i>clonazepam</i>	22
C	34	<i>cefazolin sodium</i>	94	<i>clonidine</i>	39
C		<i>cefdinir</i>	94	<i>clonidine hcl</i>	39
CABENUVA.....	115	<i>cefepime hcl</i>	94	<i>clopidogrel bisulfate</i>	184
<i>cabergoline</i>	32	<i>cefixime</i>	94	<i>clorazepate dipotassium</i>	22
CABOMETYX.....	5	<i>cefoxitin sodium</i>	93	<i>clotrimazole</i>	112
<i>calcipotriene</i>	58	<i>cefpodoxime proxetil</i>	94	<i>clotrimazole-betamethasone</i> ..	112
<i>calcitonin (salmon)</i>	49	<i>ceftaroline fosamil</i>	94	<i>clozapine</i>	34
<i>calcitriol</i>	49	<i>ceftazidime</i>	94	COARTEM.....	31

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

COBENFY	34	CURITY ALCOHOL PREPS	131	DELSTRIGO	115
COBENFY STARTER PACK	35	CURITY ALL PURPOSE SPONGES	131	DENG VAXIA	78
<i>colchicine</i>	28	CURITY GAUZE	131	DEPO-SUBQ PROVERA 104	69
<i>colchicine-probenecid</i>	29	CURITY GAUZE SPONGE	132	DERMACEA GAUZE SPONGE	132
<i>colesevelam hcl</i>	44	CURITY SPONGES	132	DERMACEA IV DRAIN SPONGES	132
<i>colestipol hcl</i>	44	CVS ALCOHOL PREP PADS	132	DERMACEA NON-WOVEN SPONGES	132
<i>colistimethate sodium (cba)</i> ...	92	CVS GAUZE	132	DERMACEA TYPE VII GAUZE	132
COMBIVENT RESPIMAT ...	54	CVS GAUZE STERILE	132	DESCOVY	115
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	5	<i>cvs isopropyl alcohol wipes</i> ...	58	<i>desipramine hcl</i>	109
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	5	CVS PREP	132	<i>desmopressin acetate</i>	67
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	5	<i>cyanocobalamin</i>	187	<i>desvenlafaxine succinate er</i> ..	109
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE	129	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	187	<i>dexamethasone</i>	66
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	129, 130	<i>cyclophosphamide</i>	5, 6	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	66, 85
COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES	130	CYCLOPHOSPHAMIDE ...	5, 6	<i>dextrose</i>	39
COMFORT EZ PEN NEEDLES	130	<i>cyclosporine</i>	70, 71	<i>dextrose-sodium chloride</i>	39
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES	131	<i>cyclosporine (pf)</i>	85	DIACOMIT	104
COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES	131	<i>cyclosporine modified</i>	71	DIATHRIVE PEN NEEDLE	132
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED	131	<i>cyred eq</i>	99	<i>diazepam</i>	22, 104
<i>compro</i>	30	D		<i>diazepam intensol</i>	22
<i>constulose</i>	61	<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	183	<i>diazoxide</i>	29
COPIKTRA	5	<i>dalfampridine er</i>	87	<i>diclofenac potassium</i>	88
COSENTYX	70	<i>danazol</i>	64	<i>diclofenac sodium</i> .57, 85, 88, 89	
COSENTYX (300 MG DOSE)	70	DANZITEN	6	<i>diclofenac sodium er</i>	88
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)	70	<i>dapagliflozin</i>	23	<i>diclofenac-misoprostol</i>	89
COSENTYX UNOREADY ...	70	<i>dapagliflozin-metformin hcl er</i>	24	<i>dicloxacillin sodium</i>	96
COTELIC	5	<i>dapsone</i>	114	<i>dicyclomine hcl</i>	61
CREON	186	DAPTACEL	78	<i>digoxin</i>	43
CRESEMBA	112	<i>daptomycin</i>	92	<i>dihydroergotamine mesylate</i> ..	29
<i>cromolyn sodium</i>	52, 61, 86	DAPTOMYCIN	92	DILANTIN	104
<i>cryselle</i>	99	<i>darifenacin hydrobromide er</i> ..	63	<i>diltiazem hcl</i>	42
		<i>darunavir</i>	115	<i>diltiazem hcl er beads</i>	42
		<i>dasatinib</i>	6	<i>diltiazem hcl er coated beads</i> ..	42
		DAURISMO	6	<i>dilt-xr</i>	42
		<i>daysee</i>	99	<i>dimethyl fumarate</i>	71
		<i>deblitane</i>	99	<i>dimethyl fumarate starter pack</i> ..	71
		<i>decitabine</i>	6	<i>diphenoxylate-atropine</i>	61
		<i>deferasirox</i>	91		
		<i>deferasirox granules</i>	91		

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

<i>dipyridamole</i>	185	EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	135	EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT.....	139
<i>disulfiram</i>	21	EASY COMFORT PEN NEEDLES	135, 136	EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE.....	139
<i>divalproex sodium</i>	104	EASY GLIDE PEN NEEDLES	136	EMBECTA INSULIN SYRINGE.....	139, 140
<i>divalproex sodium er</i>	104	EASY TOUCH ALCOHOL PREP MEDIUM.....	136	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100.....	140
<i>dofetilide</i>	39	EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY	136	EMBECTA PEN NEEDLE NANO.....	140
<i>donepezil hcl</i>	23	EASY TOUCH FLIPLOCK SAFETY SYR	136	EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN	140
<i>dorzolamide hcl</i>	82	EASY TOUCH INSULIN BARRELS.....	136	EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE.....	140
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> ..	83	EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR	136, 137	EMBRACE PEN NEEDLES	140
<i>dotti</i>	65	EASY TOUCH INSULIN SYRINGE.....	137, 138	EMGALITY	29
DOVATO	115	EASY TOUCH PEN NEEDLES	138	EMGALITY (300 MG DOSE)	29
<i>doxazosin mesylate</i>	40	EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES	138	EMSAM	110
<i>doxepin hcl</i>	49, 109	EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE	138, 139	<i>emtricitabine</i>	115
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	6	<i>econazole nitrate</i>	112	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	115
<i>doxy 100</i>	98	EDURANT PED	115	<i>emtricitab-rilpivir-tenofovir df</i>	115
<i>doxycycline hyclate</i>	98	<i>efavirenz</i>	115	EMTRIVA	116
<i>doxycycline monohydrate</i>	98	<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	115	<i>emzahh</i>	99
DRIZALMA SPRINKLE.....	109	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	115	<i>enalapril maleate</i>	47
<i>dronabinol</i>	30	ELIGARD	6	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	47
DROPLET INSULIN SYRINGE.....	132, 133	ELIQUIS	183	ENBREL.....	71
DROPLET MICRON.....	133	ELIQUIS (1.5 MG PACK)...	183	ENBREL MINI	71
DROPLET PEN NEEDLES	133, 134	ELIQUIS (2 MG PACK).....	183	ENBREL SURECLICK	71
DROPSAFE ALCOHOL PREP	134	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	183	ENGERIX-B.....	78
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO	134	<i>eltrombopag olamine</i>	185	<i>enilloring</i>	99
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES	134	<i>eluryng</i>	99	<i>enoxaparin sodium</i>	183, 184
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE.....	134	EMBECTA AUTOSHIELD DUO	139	ENSACOVE.....	6
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	99			<i>enskyce</i>	99
<i>droxidopa</i>	86			<i>entacapone</i>	32
DRUG MART UNIFINE PENTIPS	134, 135			<i>entecavir</i>	119
DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS	135			ENTYVIO	71
<i>duloxetine hcl</i>	109			ENTYVIO PEN.....	71
DUPIXENT	71			<i>enulose</i>	61
<i>dutasteride</i>	63			ENVARUSUS XR	72
E				EPCLUSA	118
EASY COMFORT ALCOHOL PADS.....	135			EPIDIOLEX	104
				<i>epinephrine</i>	86

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

<i>epitol</i>	104	FANAPT TITRATION PACK	<i>fluorometholone</i>	85
<i>eplerenone</i>	48	A	<i>fluorouracil</i>	7, 58
EQL ALCOHOL SWABS ...	140	FANAPT TITRATION PACK	<i>fluoxetine hcl</i>	110
EQL GAUZE.....	140	B	<i>fluphenazine decanoate</i>	35
EQL INSULIN SYRINGE..	140,	FANAPT TITRATION PACK	<i>fluphenazine hcl</i>	35
141		C	<i>flurbiprofen sodium</i>	85
ERIVEDGE	6	FARXIGA	<i>fluticasone furoate-vilanterol</i> ..	55
ERLEADA	6	FASENRA.....	<i>fluticasone propionate</i>	85
<i>erlotinib hcl</i>	6, 7	FASENRA PEN	<i>fluticasone propionate hfa</i>	53
<i>errin</i>	99	<i>feirza 1.5/30</i>	<i>fluticasone-salmeterol</i>	55
<i>ertapenem sodium</i>	93	<i>feirza 1/20</i>	<i>fluvastatin sodium</i>	45
<i>erythromycin</i>	59, 83	<i>felbamate</i>	<i>fluvastatin sodium er</i>	45
<i>erythromycin base</i>	95	<i>felodipine er</i>	<i>fluvoxamine maleate</i>	110
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...	95	<i>fenofibrate</i>	<i>folic acid</i>	187
<i>escitalopram oxalate</i>	110	<i>fenofibrate micronized</i>	FOLIVANE-OB	187
<i>eslicarbazepine acetate</i>	104	<i>fentanyl</i>	<i>fondaparinux sodium</i>	184
<i>esomeprazole magnesium</i>	60	<i>fesoterodine fumarate er</i>	<i>fosamprenavir calcium</i>	116
<i>estarylla</i>	99	FETZIMA.....	<i>fosfomycin tromethamine</i>	92
<i>estradiol</i>	65	FETZIMA TITRATION	<i>fosinopril sodium</i>	47
<i>estradiol-norethindrone acet</i> ..	65	FIASP	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	47
<i>eszopiclone</i>	49	FIASP FLEXTOUCH	<i>fosphenytoin sodium</i>	104
<i>ethambutol hcl</i>	114	FIASP PENFILL	FOTIVDA.....	7
<i>ethosuximide</i>	104	<i>fidaxomicin</i>	FRUZAQLA.....	7
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	99	FIFTY50 ALCOHOL PREP	<i>fulvestrant</i>	7
<i>etoposide</i>	7	FIFTY50 PEN NEEDLES ...	<i>furosemide</i>	46
<i>etravirine</i>	116	FIFTY50 SUPERIOR	G	
EUCRISA.....	57	COMFORT SYR.....	<i>gabapentin</i>	104, 105
EULEXIN.....	7	FILSPARI.....	<i>galantamine hydrobromide</i>	23
<i>everolimus</i>	7, 72	<i>finasteride</i>	<i>galantamine hydrobromide er</i> ..	23
EVOTAZ.....	116	<i>ingolimod hcl</i>	<i>gallifrey</i>	69
EXEL COMFORT POINT PEN		FINTEPLA	GAMUNEX-C.....	72
NEEDLE	141	FIRMAGON.....	GARDASIL 9	78, 79
<i>exemestane</i>	7	FIRMAGON (240 MG DOSE)	GAUZE PADS	141
EXXUA.....	110	<i>flavoxate hcl</i>	GAUZE TYPE VII MEDI-PAK	
EXXUA TITRATION PACK		<i>flecainide acetate</i>		141
.....	110	<i>floxuridine</i>	GAVILYTE-C.....	63
EYSUVIS.....	85	<i>fluconazole</i>	<i>gavilyte-g</i>	63
<i>ezetimibe</i>	44	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	<i>gavilyte-n with flavor pack</i>	63
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	44		GAVRETO	7
F		<i>flucytosine</i>	<i>gefitinib</i>	7
<i>falmina</i>	99	<i>fludrocortisone acetate</i>	<i>gemfibrozil</i>	45
<i>famotidine</i>	60	<i>fluocinolone acetonide</i>	<i>generlac</i>	61
FANAPT	35	<i>fluocinonide</i>	<i>gengraf</i>	72

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

<i>gentamicin sulfate</i> 59, 83, 92	GNP ULTICARE PEN	H-E-B INCONTROL UNIFINE
GENVOYA 116	NEEDLES 145	PENTIP 146, 147
GILOTRIF 8	GNP ULTIGUARD	<i>heparin sodium (porcine)</i> 184
<i>glatiramer acetate</i> 72	SAFEPAK NEEDLE 145	HEPLISAV-B 79
<i>glatopa</i> 72	GNP ULTRA COM INSULIN	HERCEPTIN HYLECTA 8
<i>glimepiride</i> 28	SYRINGE 145	HERNEXEOS 8
<i>glipizide</i> 28	GOMEKLI 8	HIBERIX 79
<i>glipizide er</i> 28	GOODSENSE ALCOHOL	HM STERILE PADS 147
<i>glipizide-metformin hcl</i> 28	SWABS 145	HM ULTICARE INSULIN
GLOBAL ALCOHOL PREP	GOODSENSE CLICKFINE	SYRINGE 147
EASE 141	PEN NEEDLE 145	HM ULTICARE MINI PEN
GLOBAL EASE INJECT PEN	GOODSENSE PEN NEEDLE	NEEDLES 147
NEEDLES 142	PENFINE 145, 146	HM ULTICARE SHORT PEN
GLOBAL EASY GLIDE	<i>griseofulvin microsize</i> 113	NEEDLES 147
INSULIN SYR 142	<i>guanfacine hcl</i> 39	HUMIRA (2 PEN) 73
GLOBAL EASY GLIDE PEN	<i>guanfacine hcl er</i> 51	HUMIRA (2 SYRINGE) 73
NEEDLES 142	GVOKE HYPOPEN 2-PACK 87	HUMIRA-CD/UC/HS
GLOBAL INJECT EASE	GVOKE KIT 87	STARTER 73
INSULIN SYR 142, 143	GVOKE PFS 87	HUMIRA-PED > / = 40KG UC
GLOBAL INSULIN	H	STARTER 73
SYRINGES 143	HADLIMA 72	HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT
GLUCOPRO INSULIN	HADLIMA PUSHTOUCH ... 72	STARTER 73
SYRINGE 143	HAEGARDA 185	HUMULIN R U-500
<i>glyburide</i> 28	<i>hailey 24 fe</i> 99	(CONCENTRATED) 26
<i>glyburide micronized</i> 28	<i>hailey fe 1.5/30</i> 99	HUMULIN R U-500
<i>glyburide-metformin</i> 28	<i>hailey fe 1/20</i> 99	KWIKPEN 26
<i>glycopyrrolate</i> 61	<i>halobetasol propionate</i> 57	<i>hydralazine hcl</i> 48
GLYXAMBI 24	<i>haloperidol</i> 35	<i>hydrochlorothiazide</i> 46
GNP ALCOHOL SWABS ... 143	<i>haloperidol decanoate</i> 35	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> .90
GNP CLICKFINE PEN	<i>haloperidol lactate</i> 35	<i>hydrocortisone</i> 57, 61, 66
NEEDLES 144	HAVRIX 79	<i>hydrocortisone (perianal)</i> 57
GNP INSULIN SYRINGE... 144	HEALTHWISE INSULIN	<i>hydrocortisone valerate</i> 57
GNP INSULIN SYRINGES 144	SYR/NEEDLE 146	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> 84
GNP INSULIN SYRINGES	HEALTHWISE MICRON PEN	<i>hydromorphone hcl</i> 90
28GX1/2 144	NEEDLES 146	<i>hydroxychloroquine sulfate</i> 31
GNP INSULIN SYRINGES	HEALTHWISE SHORT PEN	<i>hydroxyurea</i> 8
29GX1/2 144	NEEDLES 146	<i>hydroxyzine hcl</i> 114
GNP INSULIN SYRINGES	<i>heather</i> 99	<i>hydroxyzine pamoate</i> 87
30GX5/16 144	H-E-B INCONTROL	HYRNUO 8
GNP INSULIN SYRINGES	ALCOHOL 146	I
31GX5/16 145	H-E-B INCONTROL PEN	<i>ibandronate sodium</i> 49
GNP PEN NEEDLES 145	NEEDLES 146	IBRANCE 8
GNP STERILE GAUZE 145		IBTROZI 8

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

<i>ibu</i>	89	INSULIN SYRINGE-NEEDLE	JENTADUETO	24
<i>ibuprofen</i>	89	U-100.....	JENTADUETO XR.....	24
<i>icatibant acetate</i>	43	INSUPEN PEN NEEDLES. 149,	JIDEYTRO	10
ICLUSIG	8	150	<i>juleber</i>	100
<i>icosapent ethyl</i>	45	INSUPEN SENSITIVE	JULUCA.....	116
IDHIFA	8	INSUPEN ULTRAFIN	<i>junel fe 1.5/30</i>	100
IDVYNZO.....	116	INSUPEN32G EXTR3ME... 150	<i>junel fe 1/20</i>	100
<i>ifosfamide</i>	8	INTELENCE	<i>junel fe 24</i>	100
<i>imatinib mesylate</i>	8	INVEGA HAFYERA.....	JYLAMVO	10
IMBRUVICA	9	INVEGA SUSTENNA.....	JYNNEOS	79
<i>imipenem-cilastatin</i>	93	INVEGA TRINZA	K	
<i>imipramine hcl</i>	110	IPOL	KALETRA	116
<i>imiquimod</i>	58	<i>ipratropium bromide</i>	KALYDECO	52
IMKELDI.....	9	<i>ipratropium bromide hfa</i>	KENDALL HYDROPHILIC	
IMOVAX RABIES	79	<i>ipratropium-albuterol</i>	FOAM DRESS	150
IMPAVIDO	31	<i>irbesartan</i>	KENDALL HYDROPHILIC	
<i>incassia</i>	99	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	FOAM PLUS.....	150
INCONTROL ULTICARE PEN			KERENDIA.....	48
NEEDLES	147	ISENTRESS	<i>ketoconazole</i>	113
INCRELEX	68	ISENTRESS HD	<i>ketorolac tromethamine</i>	85
<i>indapamide</i>	46	<i>isibloom</i>	KEVZARA	73
<i>indomethacin</i>	89	<i>isoniazid</i>	KEYTRUDA QLEX	10
INFANRIX.....	79	<i>isosorbide dinitrate</i>	KINERET	73
INGREZZA.....	51	<i>isosorbide mononitrate</i>	KINRAY INSULIN SYRINGE	
INLEXZO.....	9	<i>isosorbide mononitrate er</i>		150
INLURIYO.....	9	ISTURISA	KINRIX	79
INLYTA.....	9	ITOVEBI.....	<i>kionex</i>	62
INPEN 100-BLUE-LILLY-		<i>itraconazole</i>	KISQALI (200 MG DOSE)....	10
HUMALOG	147	<i>ivabradine hcl</i>	KISQALI (400 MG DOSE)....	10
INPEN 100-BLUE-		<i>ivermectin</i>	KISQALI (600 MG DOSE)....	10
NOVOLOG-FIASP	147	IWILFIN.....	KISQALI FEMARA (200 MG	
INPEN 100-GREY-LILLY-		IXIARO	DOSE)	10
HUMALOG	147	J	KISQALI FEMARA (400 MG	
INPEN 100-GREY-		J & J GAUZE	DOSE)	10
NOVOLOG-FIASP	147	<i>jaimiess</i>	KISQALI FEMARA (600 MG	
INPEN 100-PINK-LILLY-		JAKAFI	DOSE)	10
HUMALOG	147	JAKAFI XR.....	KLISYRI (250 MG)	58
INPEN 100-PINK-NOVOLOG-		<i>jantoven</i>	<i>klor-con m10</i>	182
FIASP	147	JARDIANCE.....	<i>klor-con m15</i>	182
INQOVI.....	9	JASCAYD	<i>klor-con m20</i>	182
INREBIC.....	9	<i>javygtor</i>	KLOXXADO	21
<i>insulin glargine-yfgn</i>	26	JAYPIRCA.....	KMART VALU INSULIN	
INSULIN SYRINGE.....	148	<i>jencycla</i>	SYRINGE 29G.....	150

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

KMART VALU INSULIN	LENVIMA (20 MG DAILY	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> 47
SYRINGE 30G..... 150	DOSE) 11	LITETOUCH INSULIN
KOMZIFTI..... 10	LENVIMA (24 MG DAILY	SYRINGE..... 152, 153
KOSELUGO 10	DOSE) 11	LITETOUCH PEN NEEDLES
KRAZATI 10	LENVIMA (4 MG DAILY	 153
KROGER INSULIN SYRINGE	DOSE) 11	<i>lithium</i> 51
..... 151	LENVIMA (8 MG DAILY	<i>lithium carbonate</i> 51
KROGER PEN NEEDLES .. 151	DOSE) 11	LITHIUM CARBONATE..... 51
<i>kurvelo</i> 100	LEQEMBI IQLIK 23	<i>lithium carbonate er</i> 51
KYLEENA 100	LEQEMBI IQLIK (500 MG	LIVTENCITY 118
L	DOSE) 23	<i>lojaimiess</i> 100
<i>labetalol hcl</i> 41	<i>lessina</i> 100	LOKELMA..... 62
<i>lacosamide</i> 105	<i>letrozole</i> 11	<i>lomustine</i> 12
<i>lactulose</i> 62	<i>leucovorin calcium</i> 87	LONGS INSULIN SYRINGE
<i>lamivudine</i> 116	LEUKERAN 11	 153
<i>lamivudine-zidovudine</i> 116	LEUKINE..... 185	LONSURF 12
<i>lamotrigine</i> 105	<i>leuprolide acetate</i> 11	<i>loperamide hcl</i> 62
LANREOTIDE ACETATE .. 68	LEUPROLIDE ACETATE (3	<i>lopinavir-ritonavir</i> 116
<i>lansoprazole</i> 60	MONTH) 11	<i>lorazepam</i> 22
LANTUS 26	<i>levetiracetam</i> 105	<i>lorazepam intensol</i> 22
LANTUS SOLOSTAR 26	<i>levetiracetam er</i> 105	LORBRENA..... 12
<i>lapatinib ditosylate</i> 11	<i>levobunolol hcl</i> 83	<i>losartan potassium</i> 43
<i>larin 24 fe</i> 100	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	<i>losartan potassium-hctz</i> 43
<i>larin fe 1.5/30</i> 100	 114	<i>lovastatin</i> 45
<i>larin fe 1/20</i> 100	<i>levofloxacin</i> 97	<i>low-ogestrel</i> 100
<i>latanoprost</i> 83	<i>levofloxacin in d5w</i> 97	<i>loxapine succinate</i> 36
LAZCLUZE 11	<i>levonorgest-eth est & eth est</i> 100	<i>lo-zumandimine</i> 100
LEADER INSULIN SYRINGE	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	<i>lubiprostone</i> 62
..... 151, 152	 100	LUMAKRAS..... 12
LEADER UNIFINE PENTIPS	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> 100	LUNSUMIO VELO 12
..... 152	<i>levothyroxine sodium</i> 64	LUPRON DEPOT (1-MONTH)
LEADER UNIFINE PENTIPS	<i>l-glutamine</i> 87	 12, 68
PLUS 152	<i>lidocaine</i> 91	LUPRON DEPOT (3-MONTH)
<i>leflunomide</i> 73	<i>lidocaine viscous hcl</i> 91	 12, 68
<i>lenalidomide</i> 11	<i>lidocaine-prilocaine</i> 91	LUPRON DEPOT (4-MONTH)
LENVIMA (10 MG DAILY	<i>lidocan</i> 91	 12
DOSE) 11	LIFYORLI (125 MG DOSE) . 12	LUPRON DEPOT (6-MONTH)
LENVIMA (12 MG DAILY	LIFYORLI (150 MG DOSE) . 12	 12
DOSE) 11	LILETTA (52 MG) 100	LUPRON DEPOT-PED (3-
LENVIMA (14 MG DAILY	<i>linezolid</i> 92	MONTH) 68
DOSE) 11	LINZESS 62	LUPRON DEPOT-PED (6-
LENVIMA (18 MG DAILY	<i>liothyronine sodium</i> 64	MONTH) 68
DOSE) 11	<i>lisinopril</i> 47	<i>lurasidone hcl</i> 36

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

<i>luter</i>	100	MEIJER ALCOHOL SWABS	154	<i>microgestin fe 1/20</i>	101
LUTRATE DEPOT	13	MEIJER PEN NEEDLES....	154,	<i>midodrine hcl</i>	39
LYBALVI	36	155		MIEBO	85
<i>lyleq</i>	101	MEKINIST	13	<i>mifepristone</i>	24
LYNPARZA	13	MEKTOVI	13	<i>mili</i>	101
LYSODREN	13	<i>meleya</i>	101	<i>mimvey</i>	65
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	13	<i>meloxicam</i>	89	<i>minocycline hcl</i>	98
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	13	<i>memantine hcl</i>	23	<i>minoxidil</i>	48
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	13	<i>memantine hcl er</i>	23	MIRASORB SPONGES	155
<i>lyza</i>	101	MENQUADFI	79	MIRENA (52 MG)	101
M		MENVEO	79	<i>mirtazapine</i>	110
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR	153	<i>mercaptopurine</i>	13	<i>misoprostol</i>	60
<i>magnesium sulfate</i>	182	<i>meropenem</i>	94	<i>mitoxantrone hcl</i>	14
MAGNESIUM SULFATE... ..	182	<i>mesalamine</i>	61	MIUDELLA	101
<i>malathion</i>	60	<i>mesalamine er</i>	61	MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE	155
MARATHON MEDICAL PENTIPS	154	<i>mesna</i>	87	MM PEN NEEDLES	155
<i>maraviroc</i>	116	<i>metformin hcl</i>	24	M-M-R II	79
<i>marlissa</i>	101	<i>metformin hcl er</i>	24	<i>modafinil</i>	49, 50
MARPLAN	110	<i>methadone hcl</i>	90	MODEYSO	14
MATULANE	13	METHADONE HCL	90	<i>moexipril hcl</i>	47
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE	154	<i>methenamine hippurate</i>	92	<i>molindone hcl</i>	37
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE	154	<i>methimazole</i>	64	<i>mometasone furoate</i>	57, 58, 85
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	154	<i>methocarbamol</i>	187	MONOJECT INSULIN SYRINGE	155, 156
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2	154	<i>methotrexate (anti-rheumatic)</i>	13	MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE ...	156, 157
<i>meclizine hcl</i>	30	<i>methotrexate sodium</i>	14	<i>mono-lynyah</i>	101
MEDIC INSULIN SYRINGE	154	METHOTREXATE SODIUM	13	<i>montelukast sodium</i>	53
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES	154	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	13	MORPHINE SULFATE	90
MEDPURA ALCOHOL PADS	154	<i>methoxsalen rapid</i>	58	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	90
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	69	<i>methsuximide</i>	105	<i>morphine sulfate er</i>	90
<i>mefloquine hcl</i>	31	<i>methylphenidate hcl</i>	51	MOUNJARO	67
<i>megestrol acetate</i>	13, 69	<i>methylprednisolone</i>	66	MOVANTIK	62
		<i>metoclopramide hcl</i>	62	<i>moxifloxacin hcl</i>	84, 97
		<i>metolazone</i>	46	MOXIFLOXACIN HCL	97
		<i>metoprolol succinate er</i>	41	MOXIFLOXACIN HCL IN NACL	97
		<i>metoprolol tartrate</i>	41	MRESVIA	80
		<i>metronidazole</i>	59, 93	MS INSULIN SYRINGE	157
		<i>metyrosine</i>	43	MULTAQ	40
		<i>micafungin sodium</i>	113		
		MICONAZOLE 3	113		
		MICRODOT PEN NEEDLE	155		
		<i>microgestin fe 1.5/30</i>	101		

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

<i>mupirocin</i>	59	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ...	93	NUPLAZID	37
<i>mycophenolate mofetil</i>	73	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>		NURTEC	29
<i>mycophenolate mofetil hcl</i>	73		93	<i>nyamyc</i>	113
<i>mycophenolate sodium</i>	74	<i>nitroglycerin</i>	43, 48, 58	<i>nylia 1/35</i>	102
MYRBETRIQ	64	NIVA-PLUS	187	<i>nylia 7/7/7</i>	102
N		NIVESTYM	185	<i>nystatin</i>	113
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	63	NORDITROPIN FLEXPPO ..	68	<i>nystatin-triamcinolone</i>	113
<i>nabumetone</i>	89	<i>norelgestromin-eth estradiol</i> 101		<i>nystop</i>	113
<i>nafcillin sodium</i>	96	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	101	NYVEPRIA	185
<i>naloxone hcl</i>	21	<i>norethindrone</i>	101	O	
<i>naltrexone hcl</i>	21	<i>norethindrone acetate</i>	69	<i>octreotide acetate</i>	68
<i>naproxen</i>	89	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	101	ODEFSEY	117
NATACYN	84	<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>		ODOMZO.....	14
<i>nateglinide</i>	24		101	OFEV	52
NAYZILAM.....	105	<i>norlyroc</i>	101	<i>ofloxacin</i>	84
<i>nebivolol hcl</i>	41	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	101	OGIVRI	14
<i>nefazodone hcl</i>	110	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	102	OGSIVEO.....	14
<i>neomycin sulfate</i>	92	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	102	OJEMDA	14
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>		<i>nortrel 7/7/7</i>	102	OJJAARA.....	14
.....	84	<i>nortriptyline hcl</i>	111	<i>olanzapine</i>	37
<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>		NORVIR.....	117	<i>olmesartan medoxomil</i>	44
.....	84, 85	NOVOFINE AUTOCOVER		<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	44
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>		PEN NEEDLE	157	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> ...	44
.....	84	NOVOFINE PEN NEEDLE	157	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	45
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	84	NOVOFINE PLUS PEN		<i>omeprazole</i>	60
<i>neo-polycin</i>	84	NEEDLE	157	OMLYCLO	74
NERLYNX.....	14	NOVOLIN 70/30.....	26	OMNIPOD 5 DEXG7G6	
<i>nevirapine</i>	117	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN .	26	INTRO GEN 5.....	157
<i>nevirapine er</i>	116	NOVOLIN 70/30 RELION	26	OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS	
NEXLETOL	45	NOVOLIN N	27	GEN 5	157
NEXLIZET.....	45	NOVOLIN N FLEXPEN	26	OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN	
NEXPLANON	101	NOVOLIN N RELION	27	5).....	157
<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i> 45		NOVOLIN R	27	OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN	
NICOTROL NS.....	21	NOVOLIN R FLEXPEN.....	27	5).....	157
<i>nifedipine er</i>	42	NOVOLIN R RELION	27	OMNIPOD 5 LIBRE INTRO	
<i>nifedipine er osmotic release</i> ..	42	NOVOLOG	27		157
<i>nikki</i>	101	NOVOLOG FLEXPEN.....	27	OMNIPOD 5 LIBRE PODS.	157
NIKTIMVO.....	74	NOVOLOG MIX 70/30	27	OMNIPOD CLASSIC PODS	
<i>nilotinib hcl</i>	14	NOVOLOG MIX 70/30		(GEN 3)	157
<i>nilutamide</i>	14	FLEXPEN	27	OMNIPOD DASH INTRO	
NINLARO.....	14	NOVOLOG PENFILL	27	(GEN 4)	157
<i>nintedanib esylate</i>	52	NUBEQA	14	OMNIPOD DASH PDM (GEN	
<i>nitazoxanide</i>	31	NUCALA	74	4).....	158

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	158	<i>pazopanib hcl</i>	15	<i>pimozide</i>	37
ONAPGO	32	PC UNIFINE PENTIPS	158	<i>pioglitazone hcl</i>	24
<i>ondansetron</i>	30	PEDIARIX	80	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	24, 25
<i>ondansetron hcl</i>	30	PEDVAXHIB	80	PIP PEN NEEDLES 31G X 5MM	159
ONUREG	14	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> ..	63	PIP PEN NEEDLES 32G X 4MM	159
OPDIVO	15	<i>peg-3350/electrolytes</i>	63	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	97
OPDIVO QVANTIG.....	15	PEGASYS	119	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	15
OPIPZA	37	PEMAZYRE	15	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	15
ORGOVYX	68	<i>pemetrexed disodium</i>	15	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	15
ORKAMBI	52	PEMETREXED DISODIUM ..	15	<i>pirfenidone</i>	52
<i>orquidea</i>	102	PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP	158	PNV 27-CA/FE/FA	187
ORSERDU	15	PEN NEEDLES	158	PNV-SELECT	187
<i>oseltamivir phosphate</i>	118	PEN NEEDLES 5/16.....	158	<i>podofilox</i>	59
OSENVELT	49	PENBRAYA	80	<i>polycin</i>	84
OTEZLA	74	<i>penicillamine</i>	91	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	84
OTEZLA XR.....	74	<i>penicillin g potassium</i>	96	POMALIDOMIDE.....	16
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK	74	<i>penicillin v potassium</i>	97	POMALYST.....	16
OTULFI.....	74, 75	PENICILLIN V POTASSIUM	96	<i>posaconazole</i>	113
<i>oxcarbazepine</i>	105	PENMENVY	80	<i>potassium chloride</i>	182
<i>oxybutynin chloride</i>	64	PENTACEL.....	80	<i>potassium chloride crys er</i>	182
<i>oxybutynin chloride er</i>	64	<i>pentamidine isethionate</i>	32	<i>potassium chloride er</i>	182
<i>oxycodone hcl</i>	90	PENTIPS	158, 159	<i>potassium citrate er</i>	182
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	91	PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES	159	<i>pramipexole dihydrochloride</i> ..	32
OZEMPIC	67	<i>pentoxifylline er</i>	185	<i>prasugrel hcl</i>	185
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	67	<i>perampanel</i>	105, 106	<i>pravastatin sodium</i>	45
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	67	<i>perindopril erbumine</i>	48	<i>praziquantel</i>	32
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	67	<i>periogard</i>	56	<i>prazosin hcl</i>	40
P		<i>permethrin</i>	60	PRECISION SURE-DOSE SYRINGE.....	159
<i>pacerone</i>	40	<i>perphenazine</i>	37	<i>prednisolone</i>	66
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART	15	<i>perphenazine-amitriptyline</i> ..	111	<i>prednisolone acetate</i>	85
<i>paliperidone er</i>	37	PHARMACIST CHOICE ALCOHOL	159	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	66
PANRETIN	59	<i>phenelzine sulfate</i>	111	<i>prednisone</i>	66
<i>pantoprazole sodium</i>	60	<i>phenobarbital</i>	106	PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE.....	159, 160
<i>paroxetine hcl</i>	111	<i>phenytek</i>	106		
<i>paroxetine hcl er</i>	111	<i>phenytoin</i>	106		
PAXLOVID (150/100).....	119	<i>phenytoin sodium</i>	106		
PAXLOVID (300/100 & 150/100)	119	<i>phenytoin sodium extended</i> ..	106		
PAXLOVID (300/100).....	119	PIFELTRO	117		
		<i>pilocarpine hcl</i>	56, 83		

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

PREFERRED PLUS UNIFINE	<i>propafenone hcl er</i>40	RA INSULIN SYRINGE162,
PENTIPS160	<i>propranolol hcl</i>41	163
<i>pregabalin</i>106	<i>propranolol hcl er</i>41	<i>ra isopropyl alcohol wipes</i>59
PREMARIN65	<i>propylthiouracil</i>64	RA PEN NEEDLES163
PREMPHASE65	PROQUAD.....80	RA STERILE.....163
PREMPRO65	PROSOL.....39	RABAVERT.....80
PRENA1.....187	<i>protriptyline hcl</i>111	<i>rabeprazole sodium</i>60
PRENATAL187	PULMOZYME.....52	RALDESY111
PRENATAL-U187	PURE COMFORT ALCOHOL	<i>raloxifene hcl</i>65
PRENATE MAX.....187	PREP161	<i>ramipril</i>48
PRETOMANID.....114	PURE COMFORT PEN	<i>ranolazine er</i>43
<i>prevalite</i>45	NEEDLE161	<i>rasagiline mesylate</i>32
PREVENT DROPSAFE PEN	PURE COMFORT SAFETY	RASONQUE16
NEEDLES160	PEN NEEDLE.....161	RAYA SURE PEN NEEDLE
PREVENT SAFETY PEN	PX EXTRA SHORT PEN	163
NEEDLES160	NEEDLES161	RAYALDEE.....49
PREVYMIS.....119	PX INSULIN SYRINGE.....161	REALITY INSULIN SYRINGE
PREZCOBIX.....117	PX MINI PEN NEEDLES ...161	163
PREZISTA117	PX PEN NEEDLE.....161	REALITY SWABS163
PRIMAQUINE PHOSPHATE	<i>pyrazinamide</i>114	<i>reclipsen</i>102
.....32	<i>pyridostigmine bromide</i>181	RECOMBIVAX HB.....80
<i>primidone</i>106	<i>pyrimethamine</i>32	RELENZA DISKHALER119
PRIORIX.....80	Q	RELION ALCOHOL SWABS
PRO COMFORT ALCOHOL	QC ALCOHOL59	163
.....160	QC ALCOHOL SWABS.....161	RELION INSULIN SYRINGE
PRO COMFORT INSULIN	QC BORDER ISLAND	163, 164
SYRINGE.....160	GAUZE161	RELI-ON INSULIN SYRINGE
PRO COMFORT PEN	QC PEN NEEDLES162	163
NEEDLES160, 161	QC UNIFINE PENTIPS.....162	RELION MINI PEN NEEDLES
<i>probenecid</i>29	QINLOCK.....16	164
<i>prochlorperazine</i>31	QUADRACEL80	RELION PEN NEEDLES164
<i>prochlorperazine edisylate</i>30	<i>quetiapine fumarate</i>37	RELION SHORT PEN
<i>prochlorperazine maleate</i>31	<i>quetiapine fumarate er</i>37	NEEDLES164
<i>procto-med hc</i>58	QUICK TOUCH INSULIN	<i>repaglinide</i>25
<i>proctosol hc</i>58	PEN NEEDLE.....162	REPATHA.....45
<i>proctozone-hc</i>58	<i>quinapril hcl</i>48	REPATHA PUSHTRONEX
PRODIGY INSULIN	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> 48	SYSTEM45
SYRINGE.....161	<i>quinidine sulfate</i>40	REPATHA SURECLICK46
<i>progesterone</i>69	<i>quinine sulfate</i>32	RESTORE CONTACT LAYER
PROGRAF75	QULIPTA29	164
PROLASTIN-C.....52	R	RETACRIT.....186
<i>promethazine hcl</i>31	RA ALCOHOL SWABS.....162	RETEVMO.....16
<i>propafenone hcl</i>40		REVCIVI186

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

REVUFORJ.....	16	RYKINDO.....	38	<i>sitagliip phos-metformin hcl er</i>	25
REXULTI.....	37	S		<i>sitagliptin phos-metformin hcl</i>	25
REYATAZ.....	117	<i>sacubitril-valsartan</i>	44	<i>sitagliptin phosphate</i>	25
REZDIFFRA.....	64	SAFETY PEN NEEDLES ...	164	SIVEXTRO	93
REZLIDHIA.....	16	SANTYL	59	SKYLA.....	102
REZUROCK	75	SAPHNELO PEN.....	75	SKYRIZI	75, 76
RHOPRESSA.....	83	<i>sapropterin dihydrochloride</i> ..	186	SKYRIZI PEN.....	75
<i>ribavirin</i>	119	SAPS CARE ALCOHOL PREP		SM STERILE	165
<i>rifabutin</i>	114		164	<i>sodium chloride</i>	182
<i>rifampin</i>	114	SAPS HEALTH ALCOHOL		<i>sodium oxybate</i>	50
<i>rifapentine</i>	114	PREP	164	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> ..	62
<i>rilpivirine hcl</i>	117	SAPS HEALTH CARE		<i>solifenacin succinate</i>	64
<i>riluzole</i>	51	ALCOHOL PREP	164	SOLQUA.....	27
RINVOQ	75	SB ALCOHOL PREP	164	SOLTAMOX.....	17
RINVOQ LQ.....	75	SB INSULIN SYRINGE.....	164,	SOMATULINE DEPOT	68
<i>risperidone</i>	38	165		SOMAVERT	69
<i>risperidone microspheres er</i> ..	37,	SCSEMBLIX.....	17	<i>sorafenib tosylate</i>	17
38		<i>scopolamine</i>	31	<i>sotalol hcl</i>	41
<i>ritonavir</i>	117	SECUADO	38	<i>sotalol hcl (af)</i>	41
<i>rivaroxaban</i>	184	SECURESAFE INSULIN		SPIRIVA RESPIMAT.....	55
<i>rivastigmine</i>	23	SYRINGE.....	165	<i>spironolactone</i>	46
<i>rivastigmine tartrate</i>	23	SECURESAFE SAFETY PEN		<i>spironolactone-hctz</i>	46
<i>rivelsa</i>	102	NEEDLES	165	<i>sprintec 28</i>	102
<i>rizatriptan benzoate</i>	29	SELARSDI.....	75	SPRITAM.....	106
ROCKLATAN	83	<i>selegiline hcl</i>	33	<i>sps (sodium polystyrene sulf)</i> ..	62
<i>roflumilast</i>	52	<i>selenium sulfide</i>	59	<i>ssd</i>	59
ROMVIMZA.....	16	SELZENTRY	117	STERILE	165
<i>ropinirole hcl</i>	33	SEREVENT DISKUS	55	STERILE GAUZE.....	165
<i>ropinirole hcl er</i>	32	SEROSTIM	68	STIOLTO RESPIMAT.....	55
<i>rosuvastatin calcium</i>	46	<i>sertraline hcl</i>	111	STIVARGA	17
<i>rosyrah</i>	102	<i>setlakin</i>	102	STOBOCLO	49
ROTARIX	80	<i>sevelamer carbonate</i>	62	<i>streptomycin sulfate</i>	92
ROTATEQ	80	<i>sevelamer hcl</i>	62	STRIBILD	117
ROZLYTREK	16	<i>sharobel</i>	102	STRIVERDI RESPIMAT	55
RUBRACA.....	16	SHINGRIX.....	81	<i>subvenite</i>	106
<i>rufinamide</i>	106	SIGNIFOR.....	68	SUBVENITE.....	106
RUKOBIA.....	117	<i>sildenafil citrate</i>	88	<i>sucalfate</i>	60
RYBELSUS	67	<i>silver sulfadiazine</i>	59	<i>sulfacetamide sodium</i>	84
RYBELSUS (FORMULATION		SIMBRINZA	83	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	85
R2).....	67	<i>simpesse</i>	102	<i>sulfadiazine</i>	97
RYBREVANT	17	<i>simvastatin</i>	46	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	
RYBREVANT FASPRO	16	<i>sirolimus</i>	75		97
RYDAPT.....	17	SIRTURO.....	114	<i>sulfasalazine</i>	61

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

<i>sulindac</i>	89	TEGADERM FOAM	167	TODAYS HEALTH SHORT	
<i>sumatriptan</i>	30	<i>telmisartan</i>	44	PEN NEEDLE	168
<i>sumatriptan succinate</i>	30	<i>telmisartan-hctz</i>	44	<i>tofacitinib citrate</i>	76
<i>sunitinib malate</i>	17	<i>temazepam</i>	23	<i>tofacitinib citrate er</i>	76
SUNLENCA.....	117	TENIVAC	81	<i>tolterodine tartrate</i>	64
SURE COMFORT ALCOHOL		<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>		<i>tolterodine tartrate er</i>	64
PREP	165		117	<i>tolvaptan</i>	46, 47
SURE COMFORT INSULIN		TEPMETKO.....	17	TOPCARE CLICKFINE PEN	
SYRINGE.....	165, 166	<i>terazosin hcl</i>	63	NEEDLES	168
SURE COMFORT PEN		<i>terbinafine hcl</i>	113	TOPCARE ULTRA	
NEEDLES	166, 167	<i>terconazole</i>	59	COMFORT INS SYR.....	168
SURGICAL GAUZE SPONGE		<i>teriparatide</i>	49	TOPFINE INSULIN PEN	
.....	167	<i>testosterone cypionate</i>	65	NEEDLE.....	168
SYMPAZAN.....	107	<i>testosterone enanthate</i>	65	<i>topiramate</i>	107
SYMTUZA.....	117	<i>tetrabenazine</i>	51	<i>toremifene citrate</i>	18
SYNJARDY	25	<i>tetracycline hcl</i>	98	<i>torpenz</i>	18
SYNJARDY XR	25	THALOMID.....	76	<i>torse mide</i>	47
T		<i>theophylline</i>	55	TOUJEO MAX SOLOSTAR	27
TABLOID	17	<i>theophylline er</i>	55	TOUJEO SOLOSTAR	28
TABRECTA.....	17	<i>thioridazine hcl</i>	38	TRADJENTA	25
<i>tacrolimus</i>	76	<i>thiothixene</i>	38	<i>tramadol hcl</i>	91
<i>tacrolimus er</i>	76	<i>tiadylt er</i>	42	<i>tramadol-acetaminophen</i>	91
<i>tadalafil</i>	88	<i>tiagabine hcl</i>	107	<i>trandolapril</i>	48
TAFINLAR	17	TIBSOVO.....	17	<i>tranexamic acid</i>	183
TAGRISO	17	<i>ticagrelor</i>	185	<i>tranylcypromine sulfate</i>	111
TALICIA.....	60	TICE BCG.....	18	<i>trazodone hcl</i>	111
TALZENNA.....	17	TICOVAC	81	TRELEGY ELLIPTA.....	55
<i>tamoxifen citrate</i>	17	<i>tigecycline</i>	98	TREMFYA	76
<i>tamsulosin hcl</i>	63	<i>tilia fe</i>	102	TREMFYA ONE-PRESS.....	76
<i>tarina 24 fe</i>	102	<i>timolol hemihydrate</i>	83	TREMFYA PEN	76
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	102	<i>timolol maleate</i>	83	TREMFYA-CD/UC	
TARON-C DHA	187	<i>tinidazole</i>	32	INDUCTION	77
TARPEYO	66	<i>tiotropium bromide</i>	55	<i>tretinoin</i>	18, 59
TAVNEOS	76	TIVICAY.....	117, 118	<i>triamcinolone acetonide</i> ...	56, 58
<i>tazarotene</i>	59	TIVICAY PD	118	<i>triamterene-hctz</i>	47
<i>tazicef</i>	95	<i>tizanidine hcl</i>	187	<i>trientine hcl</i>	91
TAZICEF	95	TOBI PODHALER	92	<i>tri-estarylla</i>	102
TDVAX.....	81	<i>tobramycin</i>	84, 92	<i>trifluoperazine hcl</i>	38
TECHLITE INSULIN		<i>tobramycin pak</i>	92	<i>trifluridine</i>	84
SYRINGE.....	167	<i>tobramycin sulfate</i>	92	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	33
TECHLITE PEN NEEDLES	167	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	84	TRIJARDY XR	25
TECHLITE PLUS PEN		TODAYS HEALTH PEN		TRIKAFTA	53
NEEDLES	167	NEEDLES	167	<i>tri-legest fe</i>	102

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

<i>tri-lo-estarylla</i>	102	TYENNE	77	ULTRACARE PEN NEEDLES	
<i>tri-lo-marzia</i>	102	TYMLOS	49		176, 177
<i>tri-lo-sprintec</i>	102	TYPHIM VI	81	ULTRA-THIN II INS SYR	
<i>trimethoprim</i>	93	U		SHORT	177
<i>tri-mili</i>	102	UBRELVY	30	ULTRA-THIN II INSULIN	
<i>trimipramine maleate</i>	111	UDENYCA ONBODY	186	SYRINGE	177
TRINATE	187	ULTICARE ALCOHOL		ULTRA-THIN II MINI PEN	
TRINTELLIX	111	SWABS	171	NEEDLE	177
<i>tri-sprintec</i>	103	ULTICARE INSULIN		ULTRA-THIN II PEN	
TRIUMEQ	118	SAFETY SYR	171, 172	NEEDLE SHORT	177
TRIUMEQ PD	118	ULTICARE INSULIN SYR 1/2		ULTRA-THIN II PEN	
<i>tri-vylibra</i>	103	UNIT	172	NEEDLES	177
<i>tri-vylibra lo</i>	103	ULTICARE INSULIN		UNIFINE OTC PEN NEEDLES	
<i>tropium chloride</i>	64	SYRINGE	172, 173		177
TRUE COMFORT ALCOHOL		ULTICARE MICRO PEN		UNIFINE PENTIPS	177, 178
PREP PADS	168	NEEDLES	173	UNIFINE PENTIPS PLUS..	178
TRUE COMFORT INSULIN		ULTICARE MINI PEN		UNIFINE PROTECT PEN	
SYRINGE	168, 169	NEEDLES	173	NEEDLE	178
TRUE COMFORT PEN		ULTICARE PEN NEEDLES		UNIFINE SAFECONTROL	
NEEDLES	169		173	PEN NEEDLE	178
TRUE COMFORT PRO		ULTICARE SHORT PEN		UNIFINE ULTRA PEN	
ALCOHOL PREP	169	NEEDLES	173	NEEDLE	178, 179
TRUE COMFORT PRO		ULTIGUARD SAFEPACK		UPTRAVI	88
INSULIN SYR	169	PEN NEEDLE	174	UPTRAVI TITRATION	88
TRUE COMFORT PRO PEN		ULTIGUARD SAFEPACK		<i>ursodiol</i>	62
NEEDLES	169, 170	SYR/NEEDLE	174	V	
TRUE COMFORT SAFETY		ULTILET ALCOHOL SWABS		<i>valacyclovir hcl</i>	119
PEN NEEDLE	170		174	VALCHLOR	59
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN		ULTILET PEN NEEDLE	174	<i>valganciclovir hcl</i>	119
NEEDLES	170	ULTRA COMFORT INSULIN		<i>valproate sodium</i>	107
TRUEPLUS INSULIN		SYRINGE	174	<i>valproic acid</i>	107
SYRINGE	170, 171	ULTRA FLO INSULIN PEN		<i>valsartan</i>	44
TRUEPLUS PEN NEEDLES		NEEDLES	174, 175	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	
.....	171	ULTRA FLO INSULIN SYR			44
TRULANCE	62	1/2 UNIT	175	VALTOCO 10 MG DOSE ...	107
TRULICITY	67	ULTRA FLO INSULIN		VALTOCO 15 MG DOSE ...	107
TRUMENBA	81	SYRINGE	175, 176	VALTOCO 20 MG DOSE ...	107
TRUQAP	18	ULTRA THIN PEN NEEDLES		VALTOCO 5 MG DOSE	107
TRYNGOLZA	46		176	VALUE HEALTH INSULIN	
TUKYSA	18	ULTRA-CARE ALCOHOL		SYRINGE	179
TURALIO	18	PREP PADS	176	<i>vancomycin hcl</i>	93
<i>turqoz</i>	103	ULTRACARE INSULIN		VANFLYTA	18
TWINRIX	81	SYRINGE	176		

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

VANISHPOINT INSULIN	VIZIMPRO.....	19	XPOVIO (40 MG TWICE
SYRINGE.....	VONJO.....	19	WEEKLY).....
VAQTA.....	VOQUEZNA.....	60	20
<i>varenicline tartrate</i>	VORANIGO.....	19	XPOVIO (60 MG ONCE
<i>varenicline tartrate (starter)</i> ..	<i>voriconazole</i>	113	WEEKLY).....
<i>varenicline tartrate(continue)</i> 22	VOSEVI	118	20
VARIVAX	VOWST.....	62	XPOVIO (60 MG TWICE
VAXCHORA	VP INSULIN SYRINGE.....	180	WEEKLY).....
VELSIPITY.....	VRAYLAR.....	38	20
VELTASSA	<i>vylibra</i>	103	XPOVIO (80 MG ONCE
VEMLIDY	VYNDAMAX	43	WEEKLY).....
VENCLEXTA.....	W		20
VENCLEXTA STARTING	<i>warfarin sodium</i>	184	XPOVIO (80 MG TWICE
PACK.....	WEBCOL ALCOHOL PREP		WEEKLY).....
<i>venlafaxine hcl</i>	LARGE.....	180	20
<i>venlafaxine hcl er</i>	WEBCOL ALCOHOL PREP		XPOVIO (80 MG TWICE
VEOZAH	MEDIUM	181	WEEKLY).....
VEPPANU	WEGMANS UNIFINE		20
<i>verapamil hcl</i>	PENTIPS PLUS	181	XTANDI.....
<i>verapamil hcl er</i>	WEGOVY	67	<i>xulane</i>
VERIFINE INSULIN PEN	WELIREG	19	103
NEEDLE	WINREVAIR	53	XULTOPHY.....
179, 180	<i>wixela inhub</i>	56	Y
VERIFINE INSULIN	X		YESINTEK.....
SYRINGE.....	XALKORI.....	19	77
180	<i>xarah fe</i>	103	YF-VAX.....
VERIFINE PLUS PEN	XATMEP.....	19	82
NEEDLE	XCOPRI	108	YONSA
180	XCOPRI (250 MG DAILY		20
VERISAFE SAFETY INSULIN	DOSE)	108	<i>yulithira</i>
SYR.....	XCOPRI (350 MG DAILY		Z
180	DOSE)	108	<i>zafemy</i>
VERQUVO	XDEMVY	84	103
48	XERMELO.....	63	<i>zafirlukast</i>
VERSACLOZ	XIFAXAN	93	53
38	XIIDRA	85	<i>zaleplon</i>
VERZENIO.....	XOLAIR.....	53	50
18	XOSPATA.....	19	ZEJULA
<i>vienva</i>	XPOVIO (100 MG ONCE		20
103	WEEKLY).....	19	ZELBORAF
<i>vigabatrin</i>	20		20
107			<i>zenatane</i>
<i>vigadrone</i>			59
107			ZENBEXUS
<i>vigpoder</i>			20
108			ZENPEP
<i>vilazodone hcl</i>			186
112			ZEVRX INSULIN SYRINGE
VIMKUNYA.....			
82			181
<i>vinorelbine tartrate</i>			ZEVRX PEN NEEDLES
19			181
VIRACEPT			ZEVRX STERILE ALCOHOL
118			PREP PAD.....
VIREAD.....			181
118			<i>zidovudine</i>
<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>			118
187			<i>ziprasidone hcl</i>
VITRAKVI.....			38
19			<i>ziprasidone mesylate</i>
VIVOTIF			38
82			ZIRABEV
			21
			ZIRGAN.....
			84
			ZOLINZA.....
			21
			<i>zolpidem tartrate</i>
			50
			ZONISADE
			108
			<i>zonisamide</i>
			108
			ZTALMY
			108
			ZURZUVAE.....
			112

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026

ZYDELIG.....	21	ZYMFENTRA (1 PEN)	77	ZYMFENTRA (2 SYRINGE)77
ZYKADIA.....	21	ZYMFENTRA (2 PEN)	77	ZYPREXA RELPREVV ..38, 39

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 27284

Fecha de Efectividad: 01/01/2027
Última Actualización: 05/10/2026



Notice of availability of language assistance services and auxiliary aids and services

English: 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 1-844-280-5555 (TTY 711).

Español: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También se encuentran disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-844-280-5555 (TTY 711).

Chinese: 如果您會說中文，我們可以為您提供免費語言幫助服務。也免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打 1-844-280-5555 (TTY 711)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang naaangkop na mga pantulong na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-280-5555 (TTY 711).

French: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-844-280-5555 (TTY 711).

Vietnamese: Nếu bạn nói tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-844-280-5555 (TTY 711).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Auch entsprechende Hilfsmittel und Services zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-844-280-5555 (TTY 711) an.

Korean: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 지원 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-844-280-5555 (TTY 711) 로 전화하세요.



Russian: Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой помощи. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по номеру 1-844-280-5555 (TTY 711).

Arabic: المساعدات والخدمات المساعدة تتوفر لك متاحة المجانية اللغوية المساعدة خدمات فإن ، العربية تتحدث كنت إذا 1-844-280-5555 (TTY 711) بالرقم اتصل. مجاً إليها الوصول يمكن بتنسيقات المعلومات لتوفير المناسبة

Italian: Se parli italiano, sono a tua disposizione servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-844-280-5555 (TTY 711).

Portuguese: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Também estão disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-844-280-5555 (TTY 711).

French Creole: Si w pale kreyòl franse, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib tou gratis. Rele 1-844-280-5555 (TTY 711).

Polish: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Odpowiednie pomoce pomocnicze i usługi umożliwiające dostarczanie informacji w przystępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-844-280-5555 (TTY 711).

Hindi: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक एड्स और सेवाएं भी निः शुल्क उपलब्ध हैं। कॉल 1-844-280-5555 (TTY 711)।

Japanese: 日本語を話せる場合は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブルな形式で情報を提供するための適切な補助援助やサービスも無料で利用できます。1-844-280-5555 (TTY 711) に電話します。

GlobalHealth es un plan HMO ofrecido por GlobalHealth, Inc.

Esta lista se actualizó el 05/10/2026. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-866-494-3927 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, o visite www.globalhealth.com.



Esta lista se actualizó el 05/10/2026. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-866-494-3927 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, o visite www.globalhealth.com.