Alameda Alliance Wellness, HMO D-SNP

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos o formulario) de 2027

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

Número de identificación del formulario: 000 27337, Número de versión: 6

Esta *Lista de medicamentos* se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con nosotros al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) (TTY: 1.800.735.2929), siete (7) días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. o visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Introducción

Este documento se llama *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como *Lista de medicamentos*). Le dice qué medicamentos cubre Alameda Alliance Wellness. La *Lista de medicamentos* también le dice si hay alguna regla o restricción especial sobre algún medicamento cubierto por Alameda Alliance Wellness. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Avisos legales 4

B. Preguntas frecuentes (FAQ) 12

B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (A la *Lista de medicamentos cubiertos* la llamamos *"Lista de medicamentos"* para abreviar)..... 12

B2. ¿La *Lista de medicamentos* puede cambiar en algún momento?..... 13

B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la *Lista de medicamentos*? 14

B4. ¿Hay alguna restricción o límite sobre la cobertura de medicamentos o alguna medida que se deba tomar para obtener determinados medicamentos?..... 15

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si tengo que hacer algo para obtenerlo? 16

B6. ¿Qué sucede si Alameda Alliance Wellness cambia sus reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)?..... 16

B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la *Lista de medicamentos*?..... 17

B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la *Lista de medicamentos*? 17

B9. ¿Qué pasa si soy un miembro nuevo de Alameda Alliance Wellness y no encuentro mi medicamento en la *Lista de medicamentos* o tengo un problema para obtenerlo? 18

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

B10. ¿Puedo solicitar una excepción para cubrir mi medicamento? 19

B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción? 19

B12. ¿Cuánto tiempo se lleva obtener una excepción? 19

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos? 20

B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares? 20

B15. ¿Alameda Alliance Wellness cubre suministros de recetas médicas a largo plazo? 21

B16. ¿Puedo pedir que mi farmacia local entregue mis medicamentos en mi domicilio? 21

B17. ¿Cuál es mi copago? 21

C. Descripción general de la *Lista de medicamentos cubiertos* 21

C1. Lista de medicamentos según la afección médica. 22

D.Index of Covered Drugs I-1

A. Avisos legales

Esta es una lista de medicamentos que los miembros pueden obtener en *Alameda Alliance Wellness*.

- Alameda Alliance Wellness es un plan HMO D-SNP con un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Medi-Cal (Medicaid) del estado de California. La inscripción en Alameda Alliance Wellness depende de la renovación de los contratos.
- Siempre puede consultar la Lista de medicamentos cubiertos actualizada de Alameda Alliance Wellness en línea en www.alamedaalliance.org/alliancewellness o llamando al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) (TTY: 1.800.735.2929). La llamada es gratuita.
- Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame a los números que aparecen en el pie de página de este documento. La llamada es gratuita.
- *Este documento está disponible de forma gratuita en español, chino, vietnamita, farsi y tagalo.*

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística, y ayudas y servicios auxiliares

ATTENTION: If you need help in your language, call 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). These services are free of charge.

(Arabic) العربية

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). هذه الخدمات مجانية.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

中文 (Chinese – Simplified)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。这些服务都是免费的。

繁體中文 (Chinese Traditional)

请注意：如果您需要以您的母语提供的帮助，請撥打 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。我們可為殘障人士提供相應的輔助設施和服務，如盲文和大字印刷體格式的文件。請撥打1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。此類服務均免費提供。

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) تماس بگیرید.
کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است.
1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929).
ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929).
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Liouh lorx jauv-louc

tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1.888.882.3767 (линия TTY: 1.800.735.2929). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1.877.932.2738 (линия TTY: 1.800.735.2929). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) **นอกจากนี้ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข** 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Các dịch vụ này đều miễn phí.

- Puede solicitar que siempre le enviemos información en el idioma o formato que necesite. Esto se llama solicitud permanente. Para obtener este documento en un idioma distinto al inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro, llame a Servicios al Miembro 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Servicios al Miembro guardará su idioma y formato preferidos en nuestros archivos para futuras comunicaciones. Para hacer cualquier actualización sobre sus preferencias, comuníquese con Servicios al Miembro.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

Encuentre aquí respuestas a las preguntas que tenga sobre esta *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos*). Puede leer todas las FAQ para obtener más información o buscar una pregunta y su respuesta.

B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (A la *Lista de medicamentos cubiertos* la llamamos *"Lista de medicamentos"* para abreviar).

Los medicamentos de la *Lista de medicamentos* que comienza en la **Sección C1** son los medicamentos que cubre Alameda Alliance Wellness. Los medicamentos están disponibles en farmacias de nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si tenemos un acuerdo con ella para que trabaje con nosotros y le brinde servicios a usted. A estas farmacias las llamamos "farmacias de la red".

Otros medicamentos, como algunos de venta libre (over-the-counter, OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicios al Miembro de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de beneficios (Beneficiary Identification Card, BIC) de Medi-Cal cuando surta recetas médicas a través de Medi-Cal Rx.

- Alameda Alliance Wellness cubrirá todos los medicamentos médicamente necesarios de la *Lista de medicamentos* si:
    - su médico u otro profesional que le receta el medicamento dice que usted lo necesita para mejorar o mantenerse saludable;
    - Alameda Alliance Wellness está de acuerdo con que el medicamento es médicamente necesario para usted, **y**
    - usted surte la receta médica en una farmacia de la red de Alameda Alliance Wellness.
- En algunos casos debe hacer algo antes de poder obtener un medicamento. Consulte la pregunta B4 para obtener más información.

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web www.alamedaalliance.org/alliancewellness o bien, llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen en el pie de página de este documento.

B2. ¿La *Lista de medicamentos* puede cambiar en algún momento?

Sí, y Alameda Alliance Wellness debe seguir las reglas de Medicare y Medi-Cal al hacer cambios. Podemos agregar o quitar medicamentos de la *Lista de medicamentos* durante el año.

También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir exigir o no autorización previa para un medicamento. (Autorización previa es el permiso de Alameda Alliance Wellness antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad que puede obtener de un medicamento (llamados límites de cantidad).
- Agregar o cambiar restricciones de terapia escalonada sobre un medicamento. (La terapia escalonada significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

Para obtener más información sobre estas reglas sobre medicamentos, consulte la pregunta B4.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto **al inicio** del año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- salga al mercado un medicamento nuevo y más barato que sea tan eficaz como el medicamento de la *Lista de medicamentos* actual, **o**
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro, **o**
- un medicamento salga del mercado.

Las preguntas B3 y B6 que vienen a continuación tienen más información sobre lo que sucede cuando cambia la *Lista de medicamentos*.

- Siempre puede consultar la *Lista de medicamentos* actualizada de Alameda Alliance Wellness en línea en www.alamedaalliance.org/alliancewellness. Las actualizaciones de la *Lista de medicamentos* se publican en el sitio web mensualmente.

- También puede llamar a Servicios al Miembro a los números que aparecen en el pie de página de este documento para consultar la *Lista de Medicamentos* vigente.

B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la *Lista de medicamentos*?

Algunos cambios a la *Lista de medicamentos* se producirán **de inmediato**. Por ejemplo:

- **Sustitución de ciertas versiones nuevas de medicamentos.** Podemos quitar inmediatamente los medicamentos de la *Lista de medicamentos* si los reemplazamos por ciertas versiones nuevas, pero el costo del nuevo medicamento seguirá siendo de $0. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
    - Es posible que no le informemos de este cambio, pero le enviaremos la información sobre el cambio específico que hagamos en el momento en el que suceda.
    - Podemos hacer estos cambios solo si el medicamento que estamos agregando:
        - es una nueva versión genérica de un medicamento de marca, **o**
        - es una nueva versión biosimilar determinada de productos biológicos originales de la *Lista de medicamentos* (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que pueda sustituir a un producto biológico original sin una nueva receta médica).
        - Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la **Sección B14**.
    - Usted o su proveedor puede solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que debe dar para solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Eliminación de medicamentos inseguros y otros medicamentos que se retiraron del mercado.** En ocasiones, se puede determinar que un medicamento es inseguro o se le saca del mercado por alguna otra razón. Si esto sucede, podemos quitarlo de inmediato de nuestra *Lista de medicamentos*. Si usted está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de que hagamos el

cambio. Debe comunicarse con su proveedor o farmacia si tiene preguntas sobre el desecho del medicamento.

Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Le informaremos con anticipación sobre estos otros cambios en la *Lista de Medicamentos* . Estos cambios podrían ocurrir si:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) proporciona nueva orientación o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Quitamos un medicamento de marca de la *Lista de medicamentos* cuando agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, **o**
- eliminamos un producto biológico original al agregar un biosimilar, **o**
- cambiamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando se produzcan estos cambios:

- le informaremos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio a la *Lista de Medicamentos*, **o**
- le informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que pida un resurtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que le receta el medicamento. Este puede ayudarle a decidir:

- si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que puede tomar en su lugar, o
- si debe solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10 a B12.

B4. ¿Hay alguna restricción o límite sobre la cobertura de medicamentos o alguna medida que se deba tomar para obtener determinados medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen reglas de cobertura o límites en la cantidad que puede usted obtener. En algunos casos, usted, su médico u otro profesional que le receta el medicamento deben hacer algo antes de que pueda obtenerlo. Por ejemplo:

- **Autorización previa:** para algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional que le receta el medicamento deben obtener autorización de Alameda Alliance Wellness basada en criterios específicos antes de que pueda surtir su receta médica. La autorización previa es diferente de una remisión. Es posible que Alameda Alliance Wellness no cubra el medicamento si no obtiene autorización previa.

- **Límites de cantidad:** a veces, Alameda Alliance Wellness limita la cantidad de un medicamento que puede usted obtener.

- **Terapia escalonada:** a veces, Alameda Alliance Wellness requiere que usted haga una terapia escalonada. Esto significa que tendrá que probar medicamentos en un cierto orden para su afección médica. Es posible que tenga que probar un medicamento antes de que cubramos otro. Si el profesional que le receta el medicamento considera que el primero no le funciona, entonces cubriremos el segundo.

Puede averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional consultando las tablas de la **Sección C1.** También puede obtener más información visitando nuestro sitio web en www.alamedaalliance.org/alliancewellness. Publicamos documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitarnos que le enviemos una copia.

Puede solicitar una excepción a estos límites. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que le receta el medicamento. Este puede ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si tengo que hacer algo para obtenerlo?

La tabla de la sección titulada “Lista de medicamentos por tipo de afección médica” tiene una columna titulada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.

B6. ¿Qué sucede si Alameda Alliance Wellness cambia sus reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)?

En algunos casos, le diremos con anticipación si agregamos o cambiamos la autorización previa, los límites de cantidad o las restricciones de terapia escalonada sobre un medicamento.

Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso anticipado y las situaciones en las que es posible que no podamos decirle con anticipación cuando cambien nuestras reglas sobre medicamentos de la *Lista de medicamentos*.

B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la *Lista de medicamentos*?

Hay dos formas de encontrar un medicamento:

- puede buscar alfabéticamente, **o**
- puede buscar por afección médica.

Para buscar **alfabéticamente**, busque su medicamento en la sección Índice de medicamentos cubiertos. Puede encontrarlo buscando el nombre del medicamento correspondiente.

Para buscar **por afección médica** , busque la **Sección C1** titulada "Lista de medicamentos por afección médica". En este formulario, los medicamentos se agrupan en categorías según el tipo de afección médica para la que se utilicen. Por ejemplo, si usted tiene una afección cardiaca, debe buscar en la categoría de Agentes cardiovasculares. Ahí es donde encontrará medicamentos que tratan las afecciones cardiacas.

B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la *Lista de medicamentos*?

Si no encuentra su medicamento en la *Lista de Medicamentos* , llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen en el pie de página de este documento y pregunte al respecto. Si se entera de que Alameda Alliance Wellness no cubrirá el medicamento, puede hacer una de estas cosas:

- Solicite a Servicios al Miembro una lista de medicamentos como el que desea tomar. Luego muestre la lista a su médico u otro profesional que le receta el medicamento. Este puede recetarle un medicamento de la *Lista de medicamentos* que sea similar al que usted desea tomar. **Or**
- Pídale a Alameda Alliance Wellness que haga una excepción para cubrir su medicamento. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B9. ¿Qué pasa si soy un miembro nuevo de Alameda Alliance Wellness y no encuentro mi medicamento en la *Lista de medicamentos* o tengo un problema para obtenerlo?

Podemos ayudarle. Es posible que cubramos un suministro temporal para 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días que sea miembro de Alameda Alliance Wellness. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que le receta el medicamento. Este puede ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción.

Si su receta médica es para menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionarle hasta un máximo de 30 días de medicamento.

Cubriremos un suministro de 30 días de su medicamento si:

- está tomando un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*, **o**
- las reglas de nuestro plan no le permiten obtener la cantidad que ordenó su médico, **o**
- el medicamento requiere autorización previa de Alameda Alliance Wellness, **o**
- está tomando un medicamento que es parte de una restricción de terapia escalonada.

Si está tomando un medicamento que Alameda Alliance Wellness no considera que sea un medicamento de la Parte D y el medicamento no está en la *Lista de medicamentos*, y tiene un problema para obtenerlo, es posible que esté cubierto a través de Medi-Cal Rx. Si un medicamento excluido de la Parte D requiere una excepción y usted tiene una emergencia, Medi-Cal Rx permitirá un suministro del medicamento para no menos de 72 horas. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicios al Miembro de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su BIC de Medi-Cal cuando surta recetas médicas a través de Medi-Cal Rx.

Si se encuentra en un hogar de ancianos u otro centro de atención médica a largo plazo, y necesita un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos* o si no puede obtener fácilmente el medicamento que necesita, podemos ayudarle. Si ha estado en el plan durante más de 90 días, vive en un centro de atención médica a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:

- Cubriremos un suministro para 31 días del medicamento que necesita (a menos que tenga una receta médica para menos días), independientemente de si es o no un miembro nuevo de Alameda Alliance Wellness.
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días que sea miembro de Alameda Alliance Wellness.

Política de transición

Consulte el Capítulo 5, “Cómo obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios”, sección D1, “Cómo obtener un suministro temporal”, para obtener más detalles sobre el suministro de medicamentos durante la transición.

B10. ¿Puedo solicitar una excepción para cubrir mi medicamento?

Sí. Puede pedir a Alameda Alliance Wellness que haga una excepción para cubrir un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos*.

También puede solicitarnos que cambiemos las reglas sobre su medicamento.

- Por ejemplo, Alameda Alliance Wellness puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede pedirnos que cambiemos el límite y cubramos más.
- Otros ejemplos: puede pedirnos que eliminemos restricciones de terapia escalonada o requisitos de autorización previa.

B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?

Para pedir una excepción, llame a Servicios al Miembro. Un representante de Servicios al Miembro trabajará con usted y su médico para ayudarle a solicitar una excepción. También puede consultar el **Capítulo 9, Sección G2** del *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo se lleva obtener una excepción?

Después de que recibamos una declaración del profesional que le receta el medicamento que respalde su solicitud de excepción, le daremos una decisión en un máximo de 72 horas. Para solicitar una excepción, usted o el profesional que le receta el medicamento debe enviar a Alameda Alliance Wellness un formulario de Solicitud de excepción de cobertura completado, que puede encontrar en nuestro sitio web o llamando a Servicios al Miembro al **1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)** (TTY: **1.800.735.2929**). El profesional que le receta el

medicamento debe presentar una declaración de respaldo al patrocinador del plan que documente la solicitud.

Números de teléfono para solicitudes de excepción	
Línea telefónica para profesionales que recetan medicamentos	**1.888.213.1531**
Solicitud por fax estándar de profesionales que recetan medicamentos	1.858.790.7100
Solicitud por fax urgente de profesionales que recetan medicamentos	1.858.790.7100

Si usted o el profesional que le receta el medicamento cree que su salud puede verse perjudicada si tiene que esperar 72 horas para recibir una decisión, puede solicitar una excepción expedita. Esta es una decisión más rápida. Si su profesional que le receta el medicamento respalda su solicitud, le daremos una decisión dentro de las 24 horas después de recibir su declaración de respaldo.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están compuestos de los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos que el medicamento de marca y generalmente funcionan igual de bien. Generalmente no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente pueden sustituir a los medicamentos de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta médica, dependiendo de las leyes estatales.

Alameda Alliance Wellness cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

Cuando nos referimos a medicamentos, esto podría referirse a un medicamento o a 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 formas llamadas biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la

farmacia sin necesidad de una nueva receta médica, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el **Capítulo 5** del *Manual para miembros.*

B15. ¿Alameda Alliance Wellness cubre suministros de recetas médicas a largo plazo?

- **Programas de pedido por correo.** Ofrecemos un programa de pedido por correo que le permite recibir un suministro hasta para 90 días de sus medicamentos que se envían directamente a su hogar. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.
- **Programas de farmacias minoristas de 90 días.** Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer un suministro hasta para 90 días de medicamentos cubiertos. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

B16. ¿Puedo pedir que mi farmacia local entregue mis medicamentos en mi domicilio?

Es posible que su farmacia local pueda entregarle sus medicamentos en su domicilio. Puede llamar a su farmacia para averiguar si ofrece entrega a domicilio.

B17. ¿Cuál es mi copago?

Los miembros de Alameda Alliance Wellness tienen un copago de $0 por los medicamentos recetados si cumplen con las normas del plan.

Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos.*

- Nivel 1: Todos los medicamentos cubiertos por la Parte D tienen un copago de $0.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen en el pie de página de este documento.

C. Descripción general de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La *Lista de medicamentos cubiertos* le da información sobre los medicamentos que cubre Alameda Alliance Wellness. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista,

consulte el índice de medicamentos cubiertos que comienza en la **Sección D.** El índice enumera alfabéticamente todos los medicamentos que cubre Alameda Alliance Wellness.

Otros medicamentos, como algunos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicios al Miembro de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando surta recetas médicas a través de Medi-Cal Rx.

Apelaciones de la Parte D

- Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la cambiemos si cree que cometimos un error.
- Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted desea no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Medi-Cal.
- Si usted o el profesional que le receta el medicamento no está de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen en el pie de página de este documento.
- También puede leer el **Capítulo 9** del *Manual para Miembros* para saber cómo apelar una decisión.
- Los medicamentos que no son de la Parte D tienen diferentes reglas para las apelaciones.

C1. Lista de medicamentos según la afección médica.

En este formulario, los medicamentos se agrupan en categorías según el tipo de afección médica para la que se utilicen. Por ejemplo, si usted tiene una afección cardiaca, debe buscar en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Ahí es donde encontrará medicamentos que tratan las afecciones cardiacas.

A continuación, se detallan los significados de los códigos utilizados en la columna “Requisitos y límites”:

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN
PA	Se requiere autorización previa (Prior Authorization Applies)
PA NSO	PA solo para nuevos comienzos (PA for New Starts Only)
PA BvD	PA para la Parte D frente a solo la parte B (PA for Part D vs. Part B Only)
PA-HRM	Autorización para medicamentos de alto riesgo (PA for High Risk Meds)
PA-NSO-HRM	Autorización de viaje solo para nuevos pacientes con medicamentos de alto riesgo (PA for New Starts Only for High Risk Meds)
QL	Se aplica un límite de cantidad (Quantity Limit Applies)
ST	Se aplica la terapia escalonada (Step Therapy Applies)
CB	Beneficio limitado (Capped Benefit)
EDAD (máx. x años) AGE (Max x Years)	Edición de edad de autorización previa (Prior Authorization Age Edit)
EX	Medicamento excluido (Excluded Drug)
FFF	Primer llenado gratis (incentivo para el uso de medicamentos genéricos) (Free First Fill [Generic Use Incentive])
LA	Medicamento de acceso limitado (Limited Access Drug)
NDS	Suministro de días no extendidos (Non-Extended Days Supply)
NM	Medicamentos que no forman parte del programa de pedidos por correo (Non-Mail Order Drug)
HI	Medicamentos de infusión en el hogar (Home Infusion Drug)

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos se enumeran en cursiva minúscula (por ejemplo, *cápsula oral de cefadroxilo de 500 mg*), los medicamentos de marca se escriben con mayúscula inicial (por ejemplo, PARCHE EXTERNO de ZTLIDO al 1.8%) . La información en la columna "Requisitos y límites" le indica si Alameda Alliance Wellness tiene alguna norma para cubrir su medicamento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer 26
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias 44
Agentes Antiansiedad 45
Agentes Antidemencia 46
Agentes Antidiabetico 47
Agentes Antigota 52
Agentes Antihipoglicémicos 52
Agentes Antimigraña 53
Agentes Antinausea 54
Agentes Antiparasitarios 55
Agentes Antiparkinson 56
Agentes Antipsicóticos 57
Agentes Calóricos 64
Agentes Cardiovasculares 65
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica 75
Agentes De Trastorno De Sueño 76
Agentes Del Sistema Nervioso Central 77
Agentes Del Tracto Respiratorio 79
Agentes Dentales Y Orales 84
Agentes Dermatológicos 84
Agentes Gastrointestinales 89
Agentes Genitourinarios 92
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador 93
Agentes Inmunológicos 100
Agentes Oftálmicos 115
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta 116
Agentes Simpaticomiméticos (Adrenérgicos) 120

Agentes Terapeuticos Misceláneos 121
Agentes Vasodilatadores 122
Analgésicos 123
Anestésicos 126
Antagonistas De Metales Pesados 127
Antibacterianos 127
Anticonceptivos 135
Anticonvulsivos 145
Antidepresivos 150
Antifúngicos 154
Antihistamínicos 156
Antimicobacteriales 156
Antivirales (Sitémico) 157
Dispositivos 164
Parasimpaticomiméticos (Agentes Colinérgicos) 213
Preparaciones De Reemplazo 213
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen 215
Reemplazo/Modificadores De Enzima 217
Relajantes Musculares Esqueléticos 218
Vitaminas Y Minerales 219

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer			
Agentes Anti Cáncer			
abiraterone oral tablet 250 mg	(Abirtega)	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
abirtega oral tablet 250 mg	(abiraterone)	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml	(fluorouracil)	1	PA BvD
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)-180 MG (23)		1	PA NSO; NM; NDS
anastrozole oral tablet 1 mg	(Arimidex)	1	
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
AVMAPKI ORAL CAPSULE 0.8 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (66 per 28 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
azacitidine injection recon soln 100 mg	(Vidaza)	1	NM; NDS

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
bendamustine intravenous recon soln 25 mg (Treanda)	1	PA NSO
BEQALZI ORAL TABLET 1 MG, 20 MG, 5 MG, 80 MG	1	PA NSO; NM; NDS
BEQALZI STARTER PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 1-5-20-80 MG	1	PA NSO; NM; NDS
BESREMI PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 500 MCG/0.5 ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
bexarotene oral capsule 75 mg (Targretin)	1	PA NSO
bexarotene topical gel 1 % (Targretin)	1	PA NSO; NM; NDS
bicalutamide oral tablet 50 mg (Casodex)	1	
bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit	1	
bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg	1	PA NSO
bortezomib injection recon soln 3.5 mg (Velcade)	1	PA NSO; NM; NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG (bosutinib)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 500 MG (bosutinib)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
bosutinib oral tablet 100 mg	(Bosulif)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
bosutinib oral tablet 400 mg, 500 mg	(Bosulif)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAMCEVI (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 42 MG		1	PA NSO
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	(vandetanib)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	(vandetanib)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)		1	PA NSO; NM; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)		1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		1	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram		1	PA BvD

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cyclophosphamide intravenous recon soln 2 gram, 500 mg	1	PA BvD; NM; NDS
cyclophosphamide intravenous solution 200 mg/ml	1	PA BvD; NM; NDS
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	1	PA BvD; ST
cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg	1	PA BvD; ST
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg (Sprycel)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
dasatinib oral tablet 20 mg (Sprycel)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
decitabine intravenous recon soln 50 mg	1	
doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml (Caelyx)	1	PA BvD; NM; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	1	PA NSO
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	1	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	1	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	1	PA NSO
ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ENSACOVE ORAL CAPSULE 25 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
erlotinib oral tablet 100 mg		1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
erlotinib oral tablet 150 mg		1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
erlotinib oral tablet 25 mg		1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
etoposide intravenous solution 20 mg/ml	(Avopef)	1	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	(flutamide)	1	NM; NDS
everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg	(Torpenz)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg	(Torpenz)	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 7.5 mg	(Torpenz)	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg	(Afinitor Disperz)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
exemestane oral tablet 25 mg	(Aromasin)	1	
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG		1	PA BvD; NM; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG		1	PA BvD

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
floxuridine injection recon soln 0.5 gram	1	PA BvD
fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml	1	PA BvD
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml (Cligavyx)	1	
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
gefitinib oral tablet 250 mg (Iressa)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG (afatinib)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
hydroxyurea oral capsule 500 mg (Hydrea)	1	
HYRNUO ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAKAFI XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG, 33 MG, 44 MG, 55 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
JIDEYTRO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	1	PA BvD; ST
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
KEYTRUDA QLEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 395 MG-4,800 UNIT/2.4 ML, 790 MG-9,600 UNIT/4.8 ML	1	PA NSO; NM; NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (49 per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)		1	PA NSO; NM; NDS
letrozole oral tablet 2.5 mg	(Femara)	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		1	NM; NDS
leuprolide acetate (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg	(Lutrate Depot (3 month))	1	PA NSO
leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml		1	PA NSO
LIFYORLI ORAL CAPSULE 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X3), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X9), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X2), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X3), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X9)		1	PA NSO; NM; NDS
lomustine oral capsule 10 mg, 40 mg	(Gleostine)	1	
lomustine oral capsule 100 mg	(Gleostine)	1	NM; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (80 per 28 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO VELO SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/ML, 5 MG/0.5 ML	1	PA BvD; NM; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG (leuprolide acetate (3 month))	1	PA NSO
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	1	NM; NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (140 per 28 days)
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	1	NM; NDS
megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml (Purixan)	1	NM; NDS
mercaptopurine oral tablet 50 mg	1	
methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram	1	
methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml	1	
methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml	1	
methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg	1	PA BvD; ST
mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml	1	
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (20 per 28 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg (Tasigna)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
nilotinib hcl oral capsule 50 mg (Tasigna)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
nilutamide oral tablet 150 mg	1	NM; NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO; NM; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	1	PA NSO; NM; NDS
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG-5,000 UNIT/2.5 ML, 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	1	PA NSO; NM; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg (Abraxane)	1	PA BvD; NM; NDS
pazopanib oral tablet 200 mg (Votrient)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
pazopanib oral tablet 400 mg	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 100 mg	1	
pemetrexed disodium intravenous recon soln 500 mg, 750 mg	1	NM; NDS
pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml	1	NM; NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
pomalidomide oral capsule 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg (Pomalyst)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (pomalidomide)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RASONQUE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RYBREVANT FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,600 MG-20,000 UNIT/10 ML, 2,240 MG-28,000 UNIT/14 ML, 2,400 MG-30,000 UNIT/15 ML, 3,520 MG-44,000 UNIT/22 ML	1	PA NSO; NM; NDS
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	1	NM; NDS
sorafenib oral tablet 200 mg (Nexavar)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg	(Sutent)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	(thioguanine)	1	NM; NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		1	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg		1	
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG		1	
toremifene oral tablet 60 mg	(Fareston)	1	
torpenz oral tablet 10 mg	(everolimus (antineoplastic))	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	(everolimus (antineoplastic))	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg		1	NM; NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (64 per 28 days)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS
VEPPANU ORAL TABLET 100 MG, 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml	1	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 20 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	1	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (80 MG X 1)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (16 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
YONSA ORAL TABLET 125 MG	(abiraterone, submicronized)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
yulithira oral tablet 10 mg, 7.5 mg	(everolimus (antineoplastic))	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
yulithira oral tablet 2.5 mg, 5 mg	(everolimus (antineoplastic))	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ZENBEXUS ORAL CAPSULE 0.75 MG, 1 MG		1	PA NSO; NM; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML		1	PA BvD; NM; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		1	NM; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias			
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias			
acamprosate oral tablet,delayed release (dr/ec) 333 mg		1	
buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg		1	
buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	(Suboxone)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg		1	
bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg		1	
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg		1	
KLOXXADO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION		1	QL (4 per 30 days)
naloxone injection solution 0.4 mg/ml		1	
naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml		1	
naltrexone oral tablet 50 mg		1	
NICOTROL NS NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/ML		1	QL (240 per 180 days)
varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Chantix)	1	QL (336 per 365 days)
varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)		1	QL (336 per 365 days)
varenicline tartrate oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)	(Chantix Starting Month Box)	1	
Agentes Antiansiedad			
Benzodiacepinas			
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	(Xanax)	1	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
alprazolam oral tablet 2 mg	(Xanax)	1	NM; NDS; QL (150 per 30 days)
chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg		1	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Klonopin)	1	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet 2 mg	(Klonopin)	1	QL (300 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg		1	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg		1	QL (300 per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg		1	QL (180 per 30 days)
diazepam injection solution 5 mg/ml		1	QL (10 per 28 days)
diazepam injection syringe 5 mg/ml		1	
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml	(diazepam)	1	QL (1200 per 30 days)
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)		1	QL (1200 per 30 days)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	(Valium)	1	QL (120 per 30 days)
lorazepam 2 mg/ml oral concent	(Lorazepam Intensol)	1	NM; NDS; QL (150 per 30 days)
lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml	(Ativan)	1	QL (2 per 30 days)
lorazepam injection syringe 2 mg/ml		1	QL (2 per 30 days)
lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml	(lorazepam)	1	NM; NDS; QL (150 per 30 days)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Ativan)	1	NM; NDS; QL (90 per 30 days)
lorazepam oral tablet 2 mg	(Ativan)	1	NM; NDS; QL (150 per 30 days)
temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg	(Restoril)	1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
temazepam oral capsule 7.5 mg	(Restoril)	1	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Antidemencia			
Agentes Antidemencia			
donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg	(Aricept)	1	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg		1	
donepezil oral tablet,disintegrating 5 mg		1	QL (30 per 30 days)
ergoloid oral tablet 1 mg		1	
galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg		1	QL (30 per 30 days)
galantamine oral solution 4 mg/ml		1	QL (200 per 30 days)
galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg		1	QL (60 per 30 days)
LEQEMBI IQLIK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 360 MG/1.8 ML		1	PA; NM; NDS; QL (7.2 per 28 days)
LEQEMBI IQLIK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 500 MG/2.5 ML (250MG/1.25MLX2)		1	PA; NM; NDS; QL (10 per 28 days)
memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg		1	ST; QL (30 per 30 days)
memantine oral solution 2 mg/ml		1	QL (300 per 30 days)
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg		1	QL (60 per 30 days)
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg		1	
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour	(Exelon Patch)	1	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico			
Agentes Antidiabeticos, Varios			
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg		1	
dapagliflozin oral tablet 10 mg, 5 mg	(Farxiga)	1	QL (30 per 30 days)
dapagliflozin-metformin oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 10-1,000 mg, 10-500 mg, 5-1,000 mg, 5-500 mg	(Xigduo XR)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	(dapagliflozin)	1	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		1	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG		1	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	(linagliptin-metformin)	1	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG		1	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG		1	QL (30 per 30 days)
metformin oral tablet 1,000 mg		1	QL (75 per 30 days)
metformin oral tablet 500 mg		1	QL (150 per 30 days)
metformin oral tablet 850 mg		1	QL (90 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg		1	QL (120 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg		1	QL (60 per 30 days)
mifepristone oral tablet 300 mg	(Korlym)	1	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg		1	QL (90 per 30 days)
pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	(Actos)	1	QL (30 per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg		1	QL (90 per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg	(Actoplus MET)	1	QL (90 per 30 days)
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg		1	QL (120 per 30 days)
repaglinide oral tablet 2 mg		1	QL (240 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sitagliptin phos-metformin oral tablet 50-1,000 mg, 50-500 mg	(Janumet)	1	QL (60 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 100-1,000 mg	(Janumet XR)	1	QL (30 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 50-1,000 mg, 50-500 mg	(Janumet XR)	1	QL (60 per 30 days)
sitagliptin phosphate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Januvia)	1	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG		1	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG		1	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG		1	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	(linagliptin)	1	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG		1	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG		1	QL (60 per 30 days)
Insulinas			
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)		1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)		1	max $35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)
insulin glargine-yfgn subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)	(Semglee(insulin glarg-yfgn)Pen)	1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml	(Semglee(insulin glargine-yfgn))	1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml	(Admelog U-100 Insulin lispro)	1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine)	1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine)	1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)		1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)		1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin aspart u-100)	1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	(insulin asp prt-insulin aspart)	1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	(insulin asp prt-insulin aspart)	1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	(insulin aspart u-100)	1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin aspart u-100)	1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML		1	max $35 copay per month supply; QL (15 per 25 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	1	max $35 copay per month supply; QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	1	max $35 copay per month supply; QL (13.5 per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)		1	max $35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas			
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg		1	QL (30 per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg		1	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg		1	QL (120 per 30 days)
glipizide oral tablet 2.5 mg		1	QL (90 per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg		1	QL (240 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg		1	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg		1	QL (30 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg		1	QL (240 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg		1	QL (120 per 30 days)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
Agentes Antigota			
Agentes Antigota, Otros			
allopurinol oral tablet 100 mg	(Zyloprim)	1	
allopurinol oral tablet 300 mg		1	
colchicine oral tablet 0.6 mg	(Colcrys)	1	QL (120 per 30 days)
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	(Uloric)	1	QL (30 per 30 days)
probenecid oral tablet 500 mg		1	
probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg		1	
Agentes Antihipoglicémicos			

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antihipoglicémicos, Varios			
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	(Proglycem)	1	NM; NDS
Agentes Antimigraña			
Agentes Antimigraña			
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML		1	PA; QL (1 per 30 days)
dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)	(Migranal)	1	PA; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML		1	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML		1	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)		1	PA; QL (3 per 30 days)
naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg		1	QL (18 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG		1	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG		1	PA; QL (30 per 30 days)
rizatriptan oral tablet 10 mg	(Maxalt)	1	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet 5 mg		1	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg	(Maxalt-MLT)	1	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 5 mg		1	QL (18 per 30 days)
sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation		1	QL (12 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg	(Imitrex)	1	QL (9 per 30 days)
sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg	(Imitrex)	1	QL (18 per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml	(Imitrex STATdose Pen)	1	QL (4 per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml		1	QL (5 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		1	PA; QL (16 per 30 days)
Agentes Antinausea			
Agentes Antinausea			
aprepitant oral capsule 125 mg		1	PA BvD; QL (2 per 28 days)
aprepitant oral capsule 40 mg		1	PA BvD; QL (1 per 28 days)
aprepitant oral capsule 80 mg	(Emend)	1	PA BvD; QL (8 per 28 days)
aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)	(Emend)	1	PA BvD
compro rectal suppository 25 mg	(prochlorperazine)	1	
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Marinol)	1	PA; QL (60 per 30 days)
meclizine oral tablet 12.5 mg		1	
meclizine oral tablet 25 mg	(Dramamine (meclizine))	1	
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg		1	PA BvD
ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg		1	PA BvD
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)		1	
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	(Compazine)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	(Compro)	1	
promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days	(Transderm-Scop)	1	PA-HRM; QL (10 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
Agentes Antiparasitarios			
Agentes Antiparasitarios			
albendazole oral tablet 200 mg		1	
atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml	(Mepron)	1	
atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg	(Malarone)	1	
atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg	(Malarone Pediatric)	1	
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg		1	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		1	
hydroxychloroquine oral tablet 100 mg		1	QL (180 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	(Plaquenil)	1	QL (90 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 300 mg	(Sovuna)	1	QL (60 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 400 mg		1	QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG		1	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
ivermectin oral tablet 3 mg	(Stromectol)	1	
ivermectin oral tablet 6 mg		1	
mefloquine oral tablet 250 mg		1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
nitazoxanide oral tablet 500 mg	(Alinia)	1	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
pentamidine inhalation recon soln 300 mg	(Nebupent)	1	PA BvD
pentamidine injection recon soln 300 mg	(Pentam)	1	
praziquantel oral tablet 600 mg		1	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)		1	
pyrimethamine oral tablet 25 mg	(Daraprim)	1	PA; NM; NDS
quinine sulfate oral capsule 324 mg	(Qualaquin)	1	PA
tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg		1	
Agentes Antiparkinson			
Agentes Antiparkinson			
amantadine hcl oral capsule 100 mg		1	
amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml		1	
amantadine hcl oral tablet 100 mg		1	
benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		1	
bromocriptine oral tablet 2.5 mg		1	
cabergoline oral tablet 0.5 mg		1	
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg	(Sinemet)	1	
carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg	(Dhivy)	1	
carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg		1	
carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg		1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	1	
entacapone oral tablet 200 mg	1	
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML	1	PA; NM; NDS; QL (600 per 30 days)
pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	1	
rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Azilect)	1	
ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	1	
ropinirole oral tablet extended release 24 hr 2 mg, 4 mg	1	
selegiline hcl oral capsule 5 mg	1	
selegiline hcl oral tablet 5 mg	1	
trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg	1	
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (560 per 28 days)
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	1	NM; NDS; QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	1	NM; NDS; QL (3.2 per 42 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	1	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	1	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	1	
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg (Abilify)	1	
aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg	1	ST; QL (90 per 30 days)
aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg	1	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	1	NM; NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	1	NM; NDS; QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	1	NM; NDS; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	1	NM; NDS; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	1	NM; NDS; QL (3.2 per 14 days)
asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg (Saphris)	1	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BYSANTI ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
BYSANTI TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	1	ST
BYSANTI TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)	1	ST
BYSANTI TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2MG(2)- 6 MG (2)	1	ST
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	1	
chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1	
clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Clozaril)	1	
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg	1	ST; QL (90 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg	1	ST; QL (180 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg	1	ST; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	1	ST; NM; NDS
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	1	ST
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)	1	ST
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2)	1	ST
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml	1	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	1	
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	1	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml	1	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	1	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	1	
haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml	1	
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	1	
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	1	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	1	NM; NDS; QL (3.5 per 166 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	1	NM; NDS; QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	1	NM; NDS; QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	1	NM; NDS; QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	1	NM; NDS; QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	1	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	1	NM; NDS; QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	1	NM; NDS; QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	1	NM; NDS; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	1	NM; NDS; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	1	NM; NDS; QL (2.63 per 70 days)
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	1	
lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg (Latuda)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG		1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
molindone oral tablet 10 mg, 5 mg		1	QL (120 per 30 days)
molindone oral tablet 25 mg		1	QL (270 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
olanzapine intramuscular recon soln 10 mg	(Zyprexa)	1	QL (30 per 30 days)
olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg	(Zyprexa)	1	
olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	(Zyprexa Zydis)	1	
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG		1	ST; NM; NDS
paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg		1	QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg	(Invega)	1	QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg	(Invega)	1	QL (60 per 30 days)
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg		1	
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg		1	
quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	(Seroquel)	1	
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	(Seroquel XR)	1	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml	(Risperdal Consta)	1	QL (2 per 28 days)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 25 mg/2 ml	(Rykindo)	1	QL (2 per 28 days)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml	(Rykindo)	1	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	(Risperdal)	1	QL (480 per 30 days)
risperidone oral tablet 0.25 mg		1	
risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Risperdal)	1	
risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg		1	QL (60 per 30 days)
risperidone oral tablet,disintegrating 4 mg		1	QL (120 per 30 days)
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	(risperidone microspheres)	1	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR		1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg		1	
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		1	
trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		1	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		1	ST; NM; NDS; QL (540 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VRAYLAR ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG		1	QL (30 per 30 days)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	(Geodon)	1	
ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)	(Geodon)	1	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG		1	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG		1	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG		1	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos			
Agentes Calóricos			
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %		1	PA BvD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %		1	PA BvD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %		1	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %		1	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %		1	PA BvD
d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr intravenous parenteral solution	(d5 % and 0.9 % sodium chloride)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution	(D5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr)	1	
d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution		1	
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution		1	PA BvD
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION		1	PA BvD
Agentes Cardiovasculares			
Agentes Alfa-Adrenérgicos			
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg		1	
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr	(Catapres-TTS-1)	1	
clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr	(Catapres-TTS-2)	1	
clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr	(Catapres-TTS-3)	1	
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg		1	
midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	
Agentes Antiarritmicos			
amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg	(Pacerone)	1	
amiodarone oral tablet 400 mg		1	
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	(Tikosyn)	1	
flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg		1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		1	
pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	(amiodarone)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg		1	
propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg		1	
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg		1	
Agentes Bloqueadores Alfa-Adrenérgicos			
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Cardura)	1	
prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg		1	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos			
acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg		1	
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Tenormin)	1	
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg		1	
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg		1	
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	(Coreg)	1	
labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg		1	
metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Toprol XL)	1	
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg	(Lopressor)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg		1	
nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	(Bystolic)	1	
propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	(Inderal LA)	1	
propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)		1	
propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg		1	
sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	(sotalol)	1	
sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	(Sotalol AF)	1	
sotalol oral tablet 240 mg		1	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		1	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio			
amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Norvasc)	1	
amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg	(Lotrel)	1	
amlodipine-benazepril oral capsule 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg		1	
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	(Azor)	1	
amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	(Exforge)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
amlodipine-valsartan-hcthiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg	(Exforge HCT)	1	
cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	(diltiazem hcl)	1	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg		1	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg	(Tiadylt ER)	1	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	(Cartia XT)	1	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg	(Cardizem)	1	
diltiazem hcl oral tablet 90 mg		1	
dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	(diltiazem hcl)	1	
felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg	(Procardia XL)	1	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 90 mg		1	
nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg		1	
taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	(diltiazem hcl)	1	
tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	(diltiazem hcl)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg		1	
verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg		1	
verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg		1	
Agentes Cardiovasculares, Varios			
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	(Lanoxin)	1	
icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	(Firazyr)	1	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg	(Corlanor)	1	ST; QL (60 per 30 days)
metyrosine oral capsule 250 mg		1	PA; NM; NDS
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	(Nitro-Dur)	1	
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg		1	
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG		1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii			
candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	(Atacand)	1	
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg	(Atacand HCT)	1	
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg	(Avapro)	1	
irbesartan oral tablet 75 mg		1	
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	(Avalide)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Cozaar)	1	
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg	(Hyzaar)	1	
olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg	(Benicar)	1	
olmesartan-amlodipin-hcthiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg	(Tribenzor)	1	
olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	(Benicar HCT)	1	
sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg	(Entresto)	1	QL (180 per 30 days)
sacubitril-valsartan oral tablet 49-51 mg, 97-103 mg	(Entresto)	1	QL (60 per 30 days)
telmisartan oral tablet 20 mg		1	
telmisartan oral tablet 40 mg, 80 mg	(Micardis)	1	
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg	(Micardis HCT)	1	
valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg	(Diovan)	1	
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	(Diovan HCT)	1	
Dislipidémicos			
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	(Caduet)	1	
amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg		1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Lipitor)	1	
cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram	(Questran)	1	
cholestyramine light oral powder in packet 4 gram	(cholestyramine)	1	
colesevelam oral tablet 625 mg	(WelChol)	1	
colestipol oral packet 5 gram		1	
colestipol oral tablet 1 gram	(Colestid)	1	
ezetimibe oral tablet 10 mg	(Zetia)	1	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg	(Vytorin 10-10)	1	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg	(Vytorin 10-20)	1	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg	(Vytorin 10-40)	1	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg	(Vytorin 10-80)	1	QL (30 per 30 days)
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg		1	
fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg		1	
fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg		1	
fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg		1	QL (60 per 30 days)
fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg	(Lescol XL)	1	
gemfibrozil oral tablet 600 mg	(Lopid)	1	
icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram	(Vascepa)	1	QL (240 per 30 days)
icosapent ethyl oral capsule 1 gram	(Vascepa)	1	QL (120 per 30 days)
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg		1	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG		1	ST; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG		1	ST; QL (30 per 30 days)
niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg		1	
omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram	(Lovaza)	1	ST; QL (120 per 30 days)
pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	(Livalo)	1	QL (30 per 30 days)
pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg		1	
prevalite oral powder in packet 4 gram	(cholestyramine)	1	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML		1	ST; QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML		1	ST; QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML		1	ST; QL (6 per 28 days)
rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	(Crestor)	1	
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Zocor)	1	
simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg		1	
TRYNGOLZA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 50 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML		1	PA; NM; NDS; QL (0.8 per 28 days)
Diuréticos			
amiloride oral tablet 5 mg		1	
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg		1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		1	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg		1	
furosemide injection solution 10 mg/ml		1	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)		1	
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Lasix)	1	
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg		1	
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		1	
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg		1	
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Aldactone)	1	
spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg		1	
tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablet 15 mg, 30 mg	(Jynarque)	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablets, sequential 15 mg (am)/ 15 mg (pm), 30 mg (am)/ 15 mg (pm), 45 mg (am)/ 15 mg (pm), 60 mg (am)/ 30 mg (pm), 90 mg (am)/ 30 mg (pm)	(Jynarque)	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg		1	
triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg		1	
triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg		1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	1	
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	1	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg (Tekturna)	1	
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	1	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores		
hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg	1	
isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg (Isordil Titradose)	1	
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg	1	
isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg	1	
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg	1	
nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg (Nitrostat)	1	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
alendronate oral tablet 10 mg	1	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
alendronate oral tablet 35 mg		1	QL (4 per 28 days)
alendronate oral tablet 70 mg	(Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)
calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation		1	
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg		1	
cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg	(Sensipar)	1	QL (60 per 30 days)
cinacalcet oral tablet 90 mg	(Sensipar)	1	QL (120 per 30 days)
ibandronate oral tablet 150 mg		1	QL (1 per 28 days)
OSENVELT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)		1	PA; NM; NDS
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg	(Zemplar)	1	
paricalcitol oral capsule 4 mcg		1	
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG		1	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
STOBOCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML		1	QL (1 per 180 days)
teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)	(Bonsity)	1	PA; NM; NDS; QL (2.24 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)		1	PA; NM; NDS; QL (1.56 per 30 days)
Agentes De Trastorno De Sueño			
Agentes De Trastorno De Sueño			
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	(Nuvigil)	1	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG		1	QL (30 per 30 days)
doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg	(Silenor)	1	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg	(Lunesta)	1	QL (30 per 30 days)
modafinil oral tablet 100 mg	(Provigil)	1	PA; QL (30 per 30 days)
modafinil oral tablet 200 mg	(Provigil)	1	PA; QL (60 per 30 days)
sodium oxybate oral solution 500 mg/ml	(Xyrem)	1	PA; NM; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg		1	QL (30 per 30 days)
zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg	(Ambien)	1	QL (30 per 30 days)
Agentes Del Sistema Nervioso Central			
Agentes Del Sistema Nervioso Central			
atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg		1	QL (60 per 30 days)
atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg		1	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG		1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG		1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG		1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG		1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG		1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG		1	PA; NM; NDS; QL (210 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG, 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)		1	PA; NM; NDS
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg	(Adderall XR)	1	QL (30 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg	(Adderall XR)	1	QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	(Adderall)	1	QL (60 per 30 days)
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Intuniv ER)	1	
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)-80 MG (21)		1	PA; NM; NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG		1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG		1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg		1	
lithium carbonate oral tablet 300 mg		1	
lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg	(Lithobid)	1	
lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg		1	
lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml		1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml	(Methylin)	1	QL (900 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	(Ritalin)	1	QL (90 per 30 days)
riluzole oral tablet 50 mg		1	
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	(Xenazine)	1	PA; QL (112 per 28 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG		1	PA; QL (30 per 30 days)
Agentes Del Tracto Respiratorio			
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros			
acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)		1	PA BvD
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG		1	NM; NDS; QL (560 per 28 days)
cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml		1	PA BvD
JASCAYD ORAL TABLET 18 MG, 9 MG		1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG		1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG		1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
nintedanib oral capsule 100 mg, 150 mg	(Ofev)	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	(nintedanib)	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		1	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
pirfenidone oral capsule 267 mg		1	PA; QL (270 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
pirfenidone oral tablet 267 mg	(Esbriet)	1	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 534 mg		1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 801 mg	(Esbriet)	1	PA; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML		1	PA BvD; NM; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML		1	PA BvD; NM; NDS
roflumilast oral tablet 250 mcg	(Daliresp)	1	QL (28 per 28 days)
roflumilast oral tablet 500 mcg	(Daliresp)	1	QL (30 per 30 days)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)		1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)		1	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2)		1	PA; NM; NDS; QL (1 per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML		1	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG		1	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML		1	PA; NM; NDS
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados			

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	(fluticasone furoate)	1	QL (30 per 30 days)
budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml	(Pulmicort)	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation		1	QL (12 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation		1	QL (24 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation		1	QL (21.2 per 30 days)
Antileucotrinos			
montelukast oral tablet 10 mg	(Singulair)	1	
montelukast oral tablet,chewable 4 mg, 5 mg	(Singulair)	1	
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg		1	
Broncodilatadores			
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	(fluticasone propion-salmeterol)	1	QL (12 per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION		1	QL (32.1 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation	(Ventolin HFA)	1	QL (17 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)		1	QL (13.4 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)		1	QL (36 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml		1	PA BvD
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	(umeclidinium-vilanterol)	1	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	(fluticasone furoate-vilanterol)	1	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE		1	QL (60 per 30 days)
breyna inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	(budesonide-formoterol)	1	QL (30.9 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE 160-18-4.8 MCG 160-18-4.8 MCG/ACTUATION		1	QL (23.6 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG 160-9-4.8 MCG/ACTUATION		1	QL (23.6 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-18-4.8 MCG/ACTUATION, 160-9-4.8 MCG/ACTUATION		1	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION		1	QL (8 per 30 days)
fluticasone furoate-vilanterol inhalation blister with device 100-25 mcg/dose, 200-25 mcg/dose	(Breo Ellipta)	1	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose	(Wixela Inhub)	1	QL (60 per 30 days)
ipratropium bromide inhalation hfa aerosol inhaler 17 mcg/actuation	(Atrovent HFA)	1	QL (25.8 per 28 days)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %		1	PA BvD
ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml		1	PA BvD; QL (540 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE		1	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION		1	QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION		1	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION		1	QL (4 per 28 days)
theophylline oral solution 80 mg/15 ml		1	
theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 450 mg		1	
theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg		1	
tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg	(Spiriva with HandiHaler)	1	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG		1	QL (60 per 30 days)
wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose	(fluticasone propion-salmeterol)	1	QL (60 per 30 days)
Agentes Dentales Y Orales			
Agentes Dentales Y Orales			
cevimeline oral capsule 30 mg	(Evoxac)	1	
chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %	(Periogard)	1	
periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %	(chlorhexidine gluconate)	1	
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	(Salagen (pilocarpine))	1	
triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %	(Kourzeq)	1	
Agentes Dermatológicos			
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos			
ala-cort topical cream 1 %	(hydrocortisone)	1	
betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %		1	
betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %		1	
betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %		1	
betamethasone valerate topical cream 0.1 %		1	
betamethasone valerate topical lotion 0.1 %		1	
betamethasone valerate topical ointment 0.1 %		1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
betamethasone, augmented topical cream 0.05 %		1	
betamethasone, augmented topical gel 0.05 %		1	
betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %		1	
betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %	(Diprolene (augmented))	1	
clobetasol scalp solution 0.05 %		1	
clobetasol topical cream 0.05 %		1	
clobetasol topical gel 0.05 %		1	
clobetasol topical ointment 0.05 %		1	
clobetasol topical shampoo 0.05 %	(Clodan)	1	
clobetasol-emollient topical cream 0.05 %		1	
diclofenac sodium topical drops 1.5 %		1	QL (300 per 30 days)
diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)		1	PA; QL (224 per 28 days)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %		1	
fluocinolone topical cream 0.01 %		1	
fluocinolone topical cream 0.025 %	(Synalar)	1	
fluocinolone topical ointment 0.025 %	(Synalar)	1	
fluocinonide topical cream 0.05 %		1	
fluocinonide topical cream 0.1 %	(Vanos)	1	
fluocinonide topical gel 0.05 %		1	
fluocinonide topical ointment 0.05 %		1	
fluocinonide topical solution 0.05 %		1	
fluticasone propionate topical cream 0.05 %		1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
halobetasol propionate topical cream 0.05 %		1	
halobetasol propionate topical ointment 0.05 %		1	
hydrocortisone 2.5% cream		1	
hydrocortisone topical cream 1 %	(Ala-Cort)	1	
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %	(Procto-Med HC)	1	
hydrocortisone topical lotion 2.5 %		1	
hydrocortisone topical ointment 1 %	(Anti-Itch (HC))	1	
hydrocortisone topical ointment 2.5 %		1	
hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %		1	
mometasone topical cream 0.1 %		1	
mometasone topical ointment 0.1 %		1	
mometasone topical solution 0.1 %		1	
procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(hydrocortisone)	1	
proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(hydrocortisone)	1	
proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(hydrocortisone)	1	
triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %		1	
triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %	(Triderm)	1	
triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %		1	
triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %		1	
Agentes Dermatológicos, Otros			

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg		1	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %		1	PA
ammonium lactate topical cream 12 %		1	
ammonium lactate topical lotion 12 %	(AmLactin)	1	
calcipotriene scalp solution 0.005 %	(Pellix)	1	QL (120 per 30 days)
calcipotriene topical cream 0.005 %		1	QL (120 per 30 days)
calcipotriene topical ointment 0.005 %		1	QL (120 per 30 days)
fluorouracil topical cream 5 %	(Efudex)	1	
fluorouracil topical solution 2 %, 5 %		1	
imiquimod topical cream in packet 5 %		1	QL (24 per 30 days)
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %		1	ST; NM; NDS; QL (5 per 5 days)
methoxsalen oral capsule,liqd-filled,rapid rel 10 mg		1	NM; NDS
nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)	(Rectiv)	1	QL (30 per 30 days)
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %		1	NM; NDS; QL (60 per 28 days)
podofilox topical solution 0.5 %		1	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM		1	QL (180 per 30 days)
selenium sulfide topical lotion 2.5 %		1	
silver sulfadiazine topical cream 1 %	(SSD)	1	
ssd topical cream 1 %	(silver sulfadiazine)	1	
tazarotene topical cream 0.1 %	(Tazorac)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	(Retin-A)	1	PA
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %		1	PA NSO; NM; NDS
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	(isotretinoin)	1	
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)			
acyclovir topical ointment 5 %	(Zovirax)	1	QL (30 per 30 days)
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	(Cleocin)	1	
metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)	(Vandazole)	1	
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %		1	
terconazole vaginal suppository 80 mg		1	
Antibacterianos Dermatológicos			
clindamycin phosphate topical solution 1 %		1	QL (180 per 30 days)
clindamycin phosphate topical swab 1 %	(Clindacin ETZ)	1	
erythromycin with ethanol topical solution 2 %		1	
gentamicin topical cream 0.1 %		1	QL (90 per 30 days)
metronidazole topical cream 0.75 %	(Rosadan)	1	
metronidazole topical gel 0.75 %	(Rosadan)	1	
metronidazole topical gel 1 %		1	
mupirocin topical ointment 2 %	(Centany)	1	QL (220 per 30 days)
rosadan topical cream 0.75 %	(metronidazole)	1	
Escabicidas Y Pediculicidas			
malathion topical lotion 0.5 %	(Ovide)	1	
permethrin topical cream 5 %		1	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Gastrointestinales			
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos			
cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml		1	
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg	(Acid Reducer (esomeprazole))	1	
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg	(Nexium)	1	
famotidine oral tablet 20 mg	(Acid Controller)	1	
famotidine oral tablet 40 mg	(Pepcid)	1	
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg	(Acid Reducer (lansoprazole))	1	QL (30 per 30 days)
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg	(Prevacid)	1	QL (60 per 30 days)
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	(Cytotec)	1	
omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg		1	
pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg	(Protonix)	1	
rabeprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg	(AcipHex)	1	
sucralfate oral tablet 1 gram	(Carafate)	1	
TALICIA ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 10-250-12.5 MG		1	QL (168 per 14 days)
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		1	PA
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria			
alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Lotronex)	1	
balsalazide oral capsule 750 mg	(Colazal)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
dicyclomine oral tablet 20 mg		1	
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	(Lomotil)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
enulose oral solution 10 gram/15 ml	(lactulose)	1	
generlac oral solution 10 gram/15 ml	(lactulose)	1	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg	(Robinul)	1	
glycopyrrolate oral tablet 2 mg	(Robinul Forte)	1	
kionex oral suspension 15 gram/60 ml	(sodium polystyrene sulfonate)	1	
lactulose oral solution 10 gram/15 ml	(Constulose)	1	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		1	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM		1	QL (34 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM		1	QL (30 per 30 days)
loperamide oral capsule 2 mg	(Anti-Diarrheal (loperamide))	1	
lubiprostone oral capsule 24 mcg		1	QL (60 per 30 days)
lubiprostone oral capsule 8 mcg	(Amitiza)	1	QL (120 per 30 days)
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml		1	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	(Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		1	QL (30 per 30 days)
sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram	(Renvela)	1	
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	(Renvela)	1	
sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg		1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram		1	
sodium polystyrene sulfonate oral suspension 15 gram/60 ml	(Kionex)	1	
sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml		1	
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG		1	QL (30 per 30 days)
ursodiol oral capsule 300 mg		1	
ursodiol oral tablet 250 mg		1	
ursodiol oral tablet 500 mg	(URSO Forte)	1	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM		1	
VOWST ORAL CAPSULE 1 X 10EXP6 TO 3 X 10EXP7 CELL		1	PA; NM; NDS; QL (12 per 30 days)
XERMELO ORAL TABLET 250 MG		1	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
Laxantes			
gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram	(peg 3350-electrolytes)	1	
gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	(peg 3350-electrolytes)	1	
gavilyte-n oral recon soln 420 gram	(peg-electrolyte soln)	1	
peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	(GaviLyte-G)	1	
peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram	(GaviLyte-N)	1	
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram	(Suprep Bowel Prep Kit)	1	
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)		1	
Agentes Genitourinarios			
Agentes Genitourinarios, Varios			

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg	(Uroxatral)	1	QL (30 per 30 days)
dutasteride oral capsule 0.5 mg	(Avodart)	1	
finasteride oral tablet 5 mg	(Proscar)	1	
tamsulosin oral capsule 0.4 mg		1	
terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		1	
Antiespasmódicos, Urinario			
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg		1	
darifenacin oral tablet extended release 24 hr 15 mg, 7.5 mg		1	
fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg	(Toviaz)	1	
flavoxate oral tablet 100 mg		1	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	(mirabegron)	1	
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml		1	
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg		1	
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg		1	
solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg	(Vesicare)	1	
tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg		1	
tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg		1	
trospium oral tablet 20 mg		1	
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador			
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos			

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	(Levo-T)	1	
liomny oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	(liothyronine)	1	
liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	(Liomny)	1	
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg		1	
propylthiouracil oral tablet 50 mg		1	
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG		1	PA; NM; NDS
Andrógenos			
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg		1	
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml	(Depo-Testosterone)	1	PA
testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)		1	PA
testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml		1	PA; QL (5 per 28 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)	(Vogelxo)	1	PA; QL (300 per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)	(AndroGel)	1	PA; QL (150 per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram)		1	PA; QL (300 per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (50 mg/5 gram)	(Vogelxo)	1	PA; QL (300 per 30 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos			
abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg	(estradiol-norethindrone acet)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
abigale oral tablet 1-0.5 mg	(estradiol-norethindrone acet)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
conjugated estrogens oral tablet 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg	(Premarin)	1	
dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	(estradiol)	1	QL (8 per 28 days)
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		1	
estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	(Dotti)	1	QL (8 per 28 days)
estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	(Climara)	1	QL (4 per 28 days)
estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)	(Estrace)	1	
estradiol vaginal tablet 10 mcg	(Yuvafem)	1	QL (18 per 28 days)
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg	(Abigale Lo)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg	(Abigale)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
mimvey oral tablet 1-0.5 mg	(estradiol-norethindrone acet)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM		1	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)		1	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		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
raloxifene oral tablet 60 mg	(Evista)	1	
yuvafem vaginal tablet 10 mcg	(estradiol)	1	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides			
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml		1	
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg		1	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml		1	
fludrocortisone oral tablet 0.1 mg		1	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	(Cortef)	1	
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG		1	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ISTURISA ORAL TABLET 5 MG		1	PA; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml	(Depo-Medrol)	1	
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	(Medrol)	1	
methylprednisolone oral tablet 32 mg		1	
methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg	(Medrol (Pak))	1	
prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)		1	
prednisolone oral solution 15 mg/5 ml		1	
prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)		1	
prednisone oral solution 5 mg/5 ml		1	PA BvD

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	1	PA BvD
prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)	1	
TARPEYO ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 4 MG	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml (Kenalog)	1	
Miméticos De Incretina		
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	1	PA; QL (2 per 28 days)
OZEMPIC ORAL TABLET 1.5 MG, 4 MG, 9 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	1	PA; QL (3 per 28 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	1	PA; QL (2 per 28 days)
WEGOVY ORAL TABLET 1.5 MG, 25 MG, 4 MG, 9 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML	1	PA; QL (2 per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML	1	PA; QL (3 per 28 days)
Pituitario		
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	1	PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days)
desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)	1	
desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)	1	
desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg (DDAVP)	1	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA; NM; NDS
lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml (Somatuline Depot)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG	1	PA; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	1	PA; NM; NDS
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	1	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml		1	
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml	(Sandostatin)	1	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG		1	PA NSO; NM; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG		1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG		1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG		1	PA; NM; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)		1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	(lanreotide)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	(lanreotide)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG		1	PA; NM; NDS
Progestinas			
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML		1	QL (0.65 per 84 days)
gallifrey oral tablet 5 mg	(norethindrone acetate)	1	
medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml	(Depo-Provera)	1	
medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml	(Depo-Provera)	1	
medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Provera)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
megestrol 400 mg/10 ml susp cup outer 400 mg/10 ml (10 ml)		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	(Gallifrey)	1	
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	(Prometrium)	1	
Agentes Inmunológicos			
Agentes Inmunológicos			
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML		1	PA; NM; NDS
adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml	(Yuflyma(CF) Autoinjector)	1	PA; NM; NDS
adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 80 mg/0.8 ml	(adalimumab-aaty(CF) AI Crohns)	1	PA; NM; NDS
adalimumab-aaty subcutaneous syringe kit 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml	(Yuflyma(CF))	1	PA; NM; NDS
adalimumab-aaty(cf) ai crohns subcutaneous auto-injector, kit 80 mg/0.8 ml	(adalimumab-aaty)	1	PA; NM; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG		1	PA; NM; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML		1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML		1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
azathioprine oral tablet 50 mg	(Imuran)	1	PA BvD
azathioprine sodium injection recon soln 100 mg		1	PA BvD

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		1	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML		1	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG		1	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML		1	PA; NM; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML		1	PA; NM; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML		1	PA; NM; NDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML		1	PA; NM; NDS
cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml	(Sandimmune)	1	PA BvD
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg	(Gengraf)	1	PA BvD
cyclosporine modified oral capsule 50 mg		1	PA BvD
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	(Neoral)	1	PA BvD
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	(Sandimmune)	1	PA BvD
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg	(Tecfidera)	1	PA; QL (14 per 7 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)	(Tecfidera)	1	PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg (Tecfidera)	1	PA; QL (60 per 30 days)
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	1	PA; NM; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	1	PA; NM; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM; NDS
ENTYVIO INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG	1	PA; NM; NDS
ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 108 MG/0.68 ML	1	PA; NM; NDS
ENVARSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	1	PA BvD
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg (Zortress)	1	PA BvD
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 1 mg (Zortress)	1	PA BvD; NM; NDS
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fingolimod oral capsule 0.5 mg	(Gilenya)	1	PA; QL (30 per 30 days)
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)		1	PA BvD; NM; NDS
gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg	(cyclosporine modified)	1	PA BvD
gengraf oral solution 100 mg/ml	(cyclosporine modified)	1	PA BvD
glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml	(Glatopa)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml	(Glatopa)	1	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml	(glatiramer)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml	(glatiramer)	1	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML		1	PA; NM; NDS
HADLIMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML		1	PA; NM; NDS
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML	(adalimumab-bwwd)	1	PA; NM; NDS
HADLIMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	(adalimumab-bwwd)	1	PA; NM; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML		1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML		1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML		1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML		1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML		1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML		1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML		1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
infliximab intravenous recon soln 100 mg	(Remicade)	1	PA; NM; NDS
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML		1	PA; NM; NDS; QL (1.2 per 28 days)
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML		1	PA; NM; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML		1	PA; NM; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML		1	PA; NM; NDS
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	(Arava)	1	
mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg	(CellCept Intravenous)	1	PA BvD
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	(CellCept)	1	PA BvD
mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml	(CellCept)	1	PA BvD
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	(CellCept)	1	PA BvD

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
mycophenolate sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg (Myfortic)	1	PA BvD
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	1	PA; NM; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
OMLYCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	1	PA; NM; NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	1	PA; NM; NDS
OTEZLA XR INITIATION ORAL TABLET AND TABLET ER DOSE PACK 10-20-30-75 MG	1	PA; NM; NDS
OTEZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 75 MG	1	PA; NM; NDS
OTULFI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	1	PA; NM; NDS
OTULFI SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	1	PA
OTULFI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML (ustekinumab-aauz)	1	PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OTULFI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aauz) SYRINGE 90 MG/ML	1	PA; NM; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML-94 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	1	PA BvD
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA; NM; NDS
SAPHNELO PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 120 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS; QL (3.2 per 28 days)
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	1	PA; NM; NDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	1	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aekn) SYRINGE 45 MG/0.5 ML	1	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aekn) SYRINGE 90 MG/ML	1	PA; NM; NDS
sirolimus oral solution 1 mg/ml	1	PA BvD
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1	PA BvD

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML		1	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML		1	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 55 MG/0.37 ML		1	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)		1	PA; NM; NDS
tacrolimus intravenous solution 5 mg/ml	(Prograf)	1	PA BvD
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	(Prograf)	1	PA BvD
tacrolimus oral capsule,extended release 24hr 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	(Astagraf XL)	1	PA BvD
tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %		1	QL (100 per 30 days)
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG		1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
tofacitinib oral solution 1 mg/ml	(Xeljanz)	1	PA; NM; NDS
tofacitinib oral tablet 10 mg, 5 mg	(Xeljanz)	1	PA; NM; NDS
tofacitinib oral tablet extended release 24 hr 11 mg, 22 mg	(Xeljanz XR)	1	PA; NM; NDS
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)		1	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; NM; NDS
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	1	PA; NM; NDS
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	1	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	1	PA; NM; NDS
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	1	PA; NM; NDS
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	1	PA; NM; NDS
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	1	PA; NM; NDS
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	1	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	1	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	1	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML	1	PA; NM; NDS
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML	1	PA; NM; NDS
Vacunas		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	1	$0 copay
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	1	$0 copay
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	1	$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	1	$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	1	$0 copay

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	1	
DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	1	QL (3 per 365 days)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	1	PA BvD; $0 copay
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	1	PA BvD; $0 copay
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	1	PA BvD; $0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	1	$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	1	$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	1	$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	1	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	1	PA BvD; $0 copay
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	1	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	1	PA BvD; $0 copay

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	1	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	1	$0 copay
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	1	$0 copay
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	1	
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	1	$0 copay
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	1	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	1	
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	1	$0 copay

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) INTRAMUSCULAR KIT 0.5 ML	1	$0 copay
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10-5 MCG	1	$0 copay
PENMENVY MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	1	
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2-3.3CCID50/0.5ML	1	$0 copay
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3-3.99 TCID50/0.5	1	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	1	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	1	PA BvD; $0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	1	PA BvD; $0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	1	PA BvD; $0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	1	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	1	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	1	$0 copay; QL (2 per 365 days)
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	1	$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	1	$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	1	$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	1	$0 copay
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	1	$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (typhoid vi polysacch vaccine)	1	$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	1	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	1	$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	1	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	1	$0 copay
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	1	$0 copay
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	1	$0 copay
VIMKUNYA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	1	$0 copay
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT	1	$0 copay

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML	1	$0 copay
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg	1	
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	1	
acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg	1	
betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	1	
bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.01 % (Lumigan)	1	
bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %	1	QL (2.5 per 25 days)
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 % (Alphagan P)	1	
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	1	
brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 % (Combigan)	1	
brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 % (Azopt)	1	
carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %	1	
dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %	1	
dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml (Cosopt)	1	
latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 % (Xalatan)	1	QL (2.5 per 25 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	1	
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg	1	
pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %	1	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	1	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	1	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	1	
timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %	1	
timolol ophthalmic (eye) drops 0.5 % (Betimol)	1	
travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 % (Travatan Z)	1	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	1	QL (5 per 30 days)
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta		
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
acetic acid otic (ear) solution 2 %	1	
bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram	1	
bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	1	
ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %	1	
ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %	1	QL (7.5 per 7 days)
erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)	1	QL (3.5 per 4 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %		1	
hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %		1	
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Vigamox)	1	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %		1	
neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%		1	
neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g		1	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %	(Maxitrol)	1	
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml		1	
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%		1	
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%		1	
neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	(neomycin-bacitracin-poly-hc)	1	
neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	(neomycin-bacitracin-polymyxin)	1	
ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	(Ocuflox)	1	
ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %		1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	(bacitracin-polymyxin b)	1	
polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml		1	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %		1	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %		1	
tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %		1	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %		1	
tobramycin-lotepred ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.5 %	(Zylet)	1	
trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %		1	
XDEMVY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %		1	PA; NM; NDS; QL (10 per 42 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %		1	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta			
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %	(Prolensa)	1	
cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %	(Restasis)	1	QL (60 per 30 days)
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %		1	
diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %		1	
difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %	(Durezol)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %		1	QL (8.3 per 14 days)
flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)		1	QL (50 per 25 days)
fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %	(DermOtic Oil)	1	
fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %	(FML Liquifilm)	1	
flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %		1	
fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation	(24 Hour Allergy Relief)	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %		1	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %		1	QL (5.6 per 14 days)
ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Acular)	1	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %		1	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %		1	QL (5 per 16 days)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %	(Lotemax)	1	QL (10 per 14 days)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %		1	ST
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %		1	QL (15 per 19 days)
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 %		1	QL (12 per 28 days)
mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation	(Allergy Nasal (mometasone))	1	QL (34 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %		1	
prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	(Pred Forte)	1	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)		1	
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %		1	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios			
atropine ophthalmic (eye) drops 1 %		1	
azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)		1	QL (60 per 30 days)
azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)	(Astepro Allergy)	1	QL (30 per 25 days)
azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %		1	
cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %		1	
epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %		1	
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)		1	QL (30 per 28 days)
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)		1	QL (15 per 10 days)
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %	(Eye Allergy Itch-Redness Rlf)	1	
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	(Advanced Eye Relief (olopatad))	1	
Agentes Simpaticomiméticos (Adrenérgicos)			
Agentes Simpaticomiméticos (Adrenérgicos)			

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
droxidopa oral capsule 100 mg, 300 mg	(Northera)	1	PA; QL (180 per 30 days)
droxidopa oral capsule 200 mg	(Northera)	1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.3 mg/0.3 ml	(Auvi-Q)	1	QL (4 per 30 days)
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml	(EpiPen Jr)	1	QL (4 per 30 days)
Agentes Terapeuticos Misceláneos			
Agentes Terapeuticos Misceláneos			
BAQSIMI NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION		1	
betaine oral powder 1 gram/scoop	(Cystadane)	1	PA; NM; NDS
buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg		1	
dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg	(Ampyra)	1	PA; QL (60 per 30 days)
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram	(Endari)	1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML		1	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML		1	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML		1	
hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg		1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg		1	
mesna oral tablet 400 mg	(Mesnex)	1	
Agentes Vasodilatadores			
Agentes Vasodilatadores			
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
alyq oral tablet 20 mg	(tadalafil (pulm. hypertension))	1	PA; QL (60 per 30 days)
ambrisentan oral tablet 10 mg	(Letairis)	1	PA; QL (30 per 30 days)
ambrisentan oral tablet 5 mg	(Letairis)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
macitentan oral tablet 10 mg	(Opsumit)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg	(Revatio)	1	PA; QL (360 per 30 days)
tadalafil oral tablet 2.5 mg		1	PA; QL (30 per 30 days)
tadalafil oral tablet 5 mg	(Cialis)	1	PA; QL (30 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 100 MCG		1	PA; NM; NDS; QL (480 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 150 MCG		1	PA; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG		1	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)		1	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
YUTREPIA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 106 MCG, 26.5 MCG, 53 MCG, 79.5 MCG		1	PA; NM; NDS
Analgésicos			
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos			
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg	(Celebrex)	1	QL (60 per 30 days)
diclofenac potassium oral tablet 50 mg		1	QL (120 per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg		1	
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 25 mg		1	
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 50 mg		1	QL (120 per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 75 mg		1	QL (60 per 30 days)
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg	(Arthrotec 50)	1	
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 75-200 mg-mcg	(Arthrotec 75)	1	
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg		1	
etodolac oral tablet 400 mg	(Lodine)	1	
etodolac oral tablet 500 mg		1	
flurbiprofen oral tablet 100 mg	(Lurbiro)	1	
ibu oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	(ibuprofen)	1	
ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml	(Children's Advil)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	(IBU)	1	
indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
ketorolac oral tablet 10 mg		1	PA-HRM; QL (20 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg		1	
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg		1	
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg		1	
naproxen oral tablet 500 mg	(Naprosyn)	1	
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg	(EC-Naprosyn)	1	
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg		1	
Analgésicos, Varios			
acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5 ml cup inner 300 mg-30 mg /12.5 ml		1	NM; NDS; QL (4500 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml		1	NM; NDS; QL (4500 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg		1	NM; NDS; QL (360 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg		1	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour	(Butrans)	1	NM; NDS; QL (4 per 28 days)
butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg		1	PA-HRM; NM; NDS; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg		1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
endocet oral tablet 10-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	1	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	1	NM; NDS; QL (360 per 30 days)
endocet oral tablet 7.5-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	1	NM; NDS; QL (240 per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg		1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr		1	NM; NDS; QL (10 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml		1	NM; NDS; QL (2700 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg		1	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg		1	NM; NDS; QL (240 per 30 days)
hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Dilaudid)	1	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
methadone oral solution 10 mg/5 ml		1	NM; NDS; QL (600 per 30 days)
methadone oral solution 5 mg/5 ml		1	NM; NDS; QL (1200 per 30 days)
methadone oral tablet 10 mg		1	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
methadone oral tablet 5 mg		1	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)		1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
morphine oral solution 10 mg/5 ml (2 mg/ml)		1	NM; NDS; QL (700 per 30 days)
morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)		1	NM; NDS; QL (300 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG		1	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG		1	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg		1	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg	(MS Contin)	1	NM; NDS; QL (90 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 60 mg	(MS Contin)	1	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
oxycodone oral capsule 5 mg		1	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg		1	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg	(Roxicodone)	1	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
oxycodone oral tablet 20 mg		1	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	(Endocet)	1	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	(Endocet)	1	NM; NDS; QL (360 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	(Endocet)	1	NM; NDS; QL (240 per 30 days)
tramadol oral tablet 50 mg		1	NM; NDS; QL (240 per 30 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg		1	NM; NDS; QL (300 per 30 days)
Anestésicos			
Anestesia Local			
dermacinrx lidocan 5% patch outer	(lidocaine)	1	PA; QL (90 per 30 days)
glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %	(lidocaine hcl)	1	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %	(Glydo)	1	QL (30 per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %		1	
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	(DermacinRx Lidocan)	1	PA; QL (90 per 30 days)
lidocaine topical ointment 5 %		1	PA; QL (240 per 30 days)
lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %		1	PA; QL (30 per 30 days)
lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %	(lidocaine)	1	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados			
Antagonistas De Metales Pesados			
deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg	(Jadenu Sprinkle)	1	PA; NM; NDS
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg	(Jadenu)	1	PA
penicillamine oral tablet 250 mg	(Depen Titratabs)	1	PA; NM; NDS
trientine oral capsule 250 mg	(Syprine)	1	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
Antibacterianos			
Aminoglicósidos			
amikacin injection solution 500 mg/2 ml		1	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML		1	PA; NM; NDS; QL (235.2 per 28 days)
gentamicin injection solution 40 mg/ml		1	
gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml		1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
neomycin oral tablet 500 mg		1	
streptomycin intramuscular recon soln 1 gram		1	NM; NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG		1	NM; NDS; QL (224 per 28 days)
tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml	(Tobi)	1	PA BvD; NM; NDS
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml		1	
Antibacteriales, Misceláneos			
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	(Cleocin HCl)	1	
clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml)		1	
clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml	(Cleocin)	1	
colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg	(Coly-Mycin M Parenteral)	1	
daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg		1	PA BvD
fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram		1	
linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml	(Zyvox)	1	PA BvD
linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	(Zyvox)	1	NM; NDS
linezolid oral tablet 600 mg		1	
methenamine hippurate oral tablet 1 gram		1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml	(Metro I.V.)	1	PA BvD
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg		1	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg		1	QL (120 per 30 days)
nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg	(Macrobid)	1	QL (60 per 30 days)
SIVEXTRO INTRAVENOUS RECON SOLN 200 MG		1	PA BvD; NM; NDS
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG		1	NM; NDS
trimethoprim oral tablet 100 mg		1	
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 500 mg, 750 mg		1	PA BvD
vancomycin oral capsule 125 mg	(Vancocin)	1	QL (77 per 28 days)
vancomycin oral capsule 250 mg	(Vancocin)	1	QL (112 per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		1	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG		1	PA; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos			
aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram		1	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML		1	PA; NM; LA; NDS
cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram		1	PA BvD
ertapenem injection recon soln 1 gram		1	
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg		1	PA BvD
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg	(Primaxin IV)	1	PA BvD

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
meropenem intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg	1	PA BvD
Cefalosporinas		
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg	1	
cefadroxil oral capsule 500 mg	1	
cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml	1	
cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg	1	
cefazolin intravenous recon soln 10 gram	1	
cefdinir oral capsule 300 mg	1	
cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	1	
cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram	1	
cefixime oral capsule 400 mg	1	
cefixime oral tablet 400 mg	1	
cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg	1	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
ceftaroline fosamil intravenous recon soln 400 mg, 600 mg (Teflaro)	1	PA BvD; NM; NDS
ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram (Tazicef)	1	
ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg	1	
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg		1	
cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram		1	PA BvD
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg		1	
cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml		1	
tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram	(ceftazidime)	1	
Macrólidos			
azithromycin intravenous recon soln 500 mg		1	
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml		1	
azithromycin oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml	(Zithromax)	1	
azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg		1	
azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	(Zithromax)	1	
clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml		1	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg		1	
erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml	(E.E.S. Granules)	1	
erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml	(EryPed 400)	1	
erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg		1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fidaxomicin oral tablet 200 mg	(Dificid)	1	NM; NDS; QL (20 per 10 days)
Penicilinas			
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg		1	
amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml		1	
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg		1	
amoxicillin oral tablet,chewable 125 mg, 250 mg		1	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml		1	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml	(Augmentin)	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml	(Augmentin ES-600)	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg		1	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg	(Augmentin)	1	
ampicillin oral capsule 500 mg		1	
ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg		1	
ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram	(Unasyn)	1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML		1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg	1	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT	1	
LENTOCILIN S (WITH LIDOCAINE) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT-1.5 %	1	
nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	1	
penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit (Pfizerpen-G)	1	
penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	1	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram	1	PA BvD
Quinolonas		
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg (Cipro)	1	
ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg	1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	1	PA BvD
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml	1	PA BvD
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
moxifloxacin 400 mg/250 ml bag suv, p/f, inner		1	PA BvD
moxifloxacin oral tablet 400 mg		1	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml		1	PA BvD
Sulfonamidas			
sulfadiazine oral tablet 500 mg		1	NM; NDS
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml	(Sulfatrim)	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg	(Bactrim)	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg	(Bactrim DS)	1	
Tetraciclinas			
doxy-100 intravenous recon soln 100 mg	(doxycycline hyclate)	1	PA BvD
doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg	(Doxy-100)	1	PA BvD
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg		1	
doxycycline hyclate oral capsule 50 mg	(Morgidox)	1	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg		1	
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg	(Mondoxyne NL)	1	
doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg		1	
doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml		1	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg	(Avidoxy)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg		1	
minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg		1	
tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg		1	
tigecycline intravenous recon soln 50 mg	(Tygacil)	1	PA BvD
Anticonceptivos			
Anticonceptivos			
afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		1	
amethia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
apri oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
camila oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
camrese lo oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
camrese oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		1	
daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
deblitane oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Azurette (28))	1	
dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg	(Lo-Zumandimine (28))	1	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg	(Ocella)	1	
elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
emzahh oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(levonorg-eth estrad triphasic)	1	
enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
errin oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg	(Kelnor 1/35 (28))	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg	(Valtya)	1	
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(EluRyng)	1	QL (1 per 28 days)
falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
feirza oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
heather oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)
incassia oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)
isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
jencycla oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
juleber oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG		1	
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	(Camrese Lo)	1	QL (91 per 84 days)
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg	(Rivelsa)	1	QL (91 per 84 days)
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(Amethia)	1	QL (91 per 84 days)
larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(levonorg-eth estrad triphasic)	1	
levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)	(Balcoltra)	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Afirmelle)	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg	(Altavera (28))	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)	(Amethyst (28))	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(Iclevia)	1	QL (91 per 84 days)
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(Enpresse)	1	
levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG		1	
lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
luizza oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
lyleq oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
lyza oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
meleya oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
mili oral tablet 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG		1	
MIUDELLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 175 SQUARE MM		1	
mono-linyah oral tablet 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG		1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(Xulane)	1	QL (3 per 28 days)
norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg	(Camila)	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Aurovela Fe 1-20 (28))	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Aurovela Fe 1.5/30 (28))	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(Tilia Fe)	1	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(Tri-Lo-Estarylla)	1	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Tri-Estarylla)	1	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg	(Estarylla)	1	
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg		1	
nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)		1	
nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		1	
nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		1	
orquidea oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
rivelsa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
rosyrah oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)
sharobel oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
simpesse oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG		1	
sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
vylibra oral tablet 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(norelgestromin-ethin.estradiol)	1	QL (3 per 28 days)
zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(norelgestromin-ethin.estradiol)	1	QL (3 per 28 days)
zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
Anticonvulsivos			
Anticonvulsivos			
brivaracetam intravenous solution 50 mg/5 ml	(Briviact)	1	NM; NDS; QL (80 per 30 days)
brivaracetam oral solution 10 mg/ml	(Briviact)	1	QL (600 per 30 days)
brivaracetam oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Briviact)	1	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg	(Carbatrol)	1	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml	(Tegretol)	1	
carbamazepine oral tablet 200 mg	(Tegretol)	1	
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg	(Tegretol XR)	1	
carbamazepine oral tablet,chewable 100 mg, 200 mg		1	
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	(Onfi)	1	QL (480 per 30 days)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	(Onfi)	1	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG		1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg		1	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG		1	
divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg	(Depakote Sprinkles)	1	
divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg	(Depakote ER)	1	
divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg	(Depakote)	1	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		1	PA NSO; NM; NDS
epitol oral tablet 200 mg	(carbamazepine)	1	
eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg	(Aptiom)	1	ST; QL (30 per 30 days)
eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg	(Aptiom)	1	ST; QL (60 per 30 days)
ethosuximide oral capsule 250 mg	(Zarontin)	1	
ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml	(Zarontin)	1	
felbamate oral suspension 600 mg/5 ml		1	
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	(Felbatol)	1	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML		1	PA NSO; NM; NDS

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml	(Cerebyx)	1	
gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg	(Neurontin)	1	QL (360 per 30 days)
gabapentin oral capsule 400 mg	(Neurontin)	1	QL (270 per 30 days)
gabapentin oral solution 250 mg/5 ml	(Neurontin)	1	QL (2160 per 30 days)
gabapentin oral tablet 600 mg	(Neurontin)	1	QL (180 per 30 days)
gabapentin oral tablet 800 mg	(Neurontin)	1	QL (120 per 30 days)
lacosamide oral solution 10 mg/ml	(Vimpat)	1	QL (1200 per 30 days)
lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	(Vimpat)	1	QL (60 per 30 days)
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	(Subvenite)	1	
lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg	(Lamictal)	1	
lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Lamictal ODT)	1	
levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml	(Keppra)	1	
levetiracetam oral solution 100 mg/ml	(Keppra)	1	
levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	(Keppra)	1	
levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg	(Keppra XR)	1	
levetiracetam oral tablet for suspension 250 mg, 500 mg	(Spritam)	1	ST
methsuximide oral capsule 300 mg	(Celontin)	1	
NAYZILAM NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)		1	PA NSO; QL (10 per 30 days)
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)	(Trileptal)	1	
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	(Trileptal)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
perampanel oral suspension 0.5 mg/ml	(Fycompa)	1	ST; NM; NDS; QL (720 per 30 days)
perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 2 mg, 8 mg	(Fycompa)	1	ST; QL (30 per 30 days)
perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg	(Fycompa)	1	ST; QL (60 per 30 days)
phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)		1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg		1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
phenytek oral capsule 200 mg, 300 mg	(phenytoin sodium extended)	1	
phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml	(Dilantin-125)	1	
phenytoin oral tablet,chewable 50 mg	(Dilantin Infatabs)	1	
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg	(Dilantin Extended)	1	
phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg	(Phenytek)	1	
phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml		1	
phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml		1	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Lyrica)	1	QL (90 per 30 days)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	(Lyrica)	1	QL (60 per 30 days)
pregabalin oral solution 20 mg/ml	(Lyrica)	1	QL (900 per 30 days)
primidone oral tablet 125 mg		1	
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	(Mysoline)	1	
rufinamide oral suspension 40 mg/ml	(Banzel)	1	NM; NDS
rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg	(Banzel)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 750 MG	1	ST
SUBVENITE ORAL SUSPENSION 10 MG/ML	1	PA NSO
subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg (lamotrigine)	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg	1	
topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg (Topamax)	1	
topiramate oral capsule, sprinkle 50 mg	1	
topiramate oral solution 25 mg/ml (Eprontia)	1	ST
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Topamax)	1	
valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)	1	
valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml	1	
valproic acid oral capsule 250 mg	1	
VALTOCO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (10 per 30 days)
vigabatrin oral powder in packet 500 mg (Vigadrone)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
vigabatrin oral tablet 500 mg (Vigadrone)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
vigadrone oral powder in packet 500 mg	(vigabatrin)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
vigadrone oral tablet 500 mg	(vigabatrin)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
vigpoder oral powder in packet 500 mg	(vigabatrin)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)		1	NM; NDS; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		1	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)		1	
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)		1	NM; NDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML		1	NM; NDS
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg	(Zonegran)	1	
zonisamide oral capsule 50 mg		1	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		1	PA NSO; NM; NDS; QL (1080 per 30 days)
Antidepresivos			
Antidepresivos			
amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		1	
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg		1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg		1	
mirtazapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg	(Remeron SolTab)	1	
nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg		1	
nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		1	
nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml		1	
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml		1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	(Paxil)	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg	(Paxil CR)	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg		1	
phenelzine oral tablet 15 mg	(Nardil)	1	
protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg		1	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML		1	PA NSO; NM; NDS; QL (1200 per 30 days)
sertraline oral concentrate 20 mg/ml	(Zoloft)	1	
sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Zoloft)	1	
tranylcypromine oral tablet 10 mg	(Parnate)	1	
trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg		1	
trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg		1	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		1	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG		1	PA; NM; NDS
econazole nitrate topical cream 1 %		1	QL (170 per 30 days)
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml		1	
fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml		1	
fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml	(Diflucan)	1	
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg		1	
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	(Ancobon)	1	NM; NDS
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml		1	
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg		1	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg		1	
itraconazole oral capsule 100 mg	(Sporanox)	1	
ketoconazole oral tablet 200 mg		1	
ketoconazole topical cream 2 %		1	QL (180 per 30 days)
ketoconazole topical shampoo 2 %		1	QL (360 per 30 days)
micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg		1	
miconazole-3 vaginal suppository 200 mg		1	
nyamyc topical powder 100,000 unit/gram	(nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
nystatin oral suspension 100,000 unit/ml		1	
nystatin oral tablet 500,000 unit		1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg	1	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg	1	
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG	1	QL (30 per 30 days)
pyrazinamide oral tablet 500 mg	1	
rifabutin oral capsule 150 mg	1	
rifampin intravenous recon soln 600 mg (Rifadin)	1	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	1	
rifapentine oral tablet 150 mg (Priftin)	1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	1	PA; NM; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	1	
Antivirales (Sitémico)		
Inhibidores De La Transcriptasa Inversa Análogos De Nucleósidos Y Nucleótidos Para El Vih		
abacavir oral solution 20 mg/ml (Ziagen)	1	
abacavir oral tablet 300 mg	1	
abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg	1	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	1	NM; NDS
atazanavir oral capsule 150 mg	1	
atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg (Reyataz)	1	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML		1	NM; NDS
cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)		1	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
cabotegravir intramuscular suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)	(Apretude)	1	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		1	NM; NDS
darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg	(Prezista)	1	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		1	NM; NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG		1	NM; NDS
didanosine oral capsule,delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg		1	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG		1	NM; NDS
EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 MG		1	NM; NDS
efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg		1	
efavirenz oral tablet 600 mg		1	
efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg		1	
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg		1	NM; NDS
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 600-300-300 mg	(Symfi)	1	NM; NDS
emtricitabine oral capsule 200 mg	(Emtriva)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg	(Truvada)	1	
emtricita-rilpivirine-tenof df oral tablet 200-25-300 mg	(Complera)	1	NM; NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		1	
etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg	(Intelence)	1	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		1	NM; NDS
fosamprenavir oral tablet 700 mg		1	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		1	NM; NDS
IDVYNSO ORAL TABLET 100-0.25 MG		1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG		1	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		1	NM; NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG		1	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		1	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG		1	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG		1	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG		1	NM; NDS
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5 ML	(lopinavir-ritonavir)	1	QL (480 per 30 days)
lamivudine oral solution 10 mg/ml	(Epivir)	1	
lamivudine oral tablet 100 mg		1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg	(Epivir)	1	
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg		1	
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml	(Kaletra)	1	QL (480 per 30 days)
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg	(Kaletra)	1	QL (300 per 30 days)
lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg	(Kaletra)	1	QL (120 per 30 days)
maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg	(Selzentry)	1	NM; NDS
nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml		1	QL (1200 per 30 days)
nevirapine oral tablet 200 mg		1	QL (60 per 30 days)
nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg		1	QL (30 per 30 days)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG		1	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		1	NM; NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG		1	NM; NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG-MG		1	NM; NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		1	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG		1	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG		1	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG		1	NM; NDS
rilpivirine hcl oral tablet 25 mg	(Edurant)	1	NM; NDS

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
rilpivirine intramuscular suspension,extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)	1	NM; NDS
ritonavir oral tablet 100 mg (Norvir)	1	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	1	NM; NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	NM; NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	1	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	1	NM; NDS
stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	1	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	1	NM; NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK), 300 MG (5-TABLET PACK)	1	NM; NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	1	NM; NDS
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg (Viread)	1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	1	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	1	NM; NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	1	NM; NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		1	QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG		1	NM; NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)		1	NM; NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		1	NM; NDS
zidovudine oral capsule 100 mg	(Retrovir)	1	
zidovudine oral syrup 10 mg/ml	(Retrovir)	1	
zidovudine oral tablet 300 mg		1	
Antivirales Hcv			
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG		1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG		1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG		1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG	(sofosbuvir-velpatasvir)	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG		1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios			
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG		1	PA; NM; NDS
oseltamivir oral capsule 30 mg		1	QL (84 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg		1	QL (48 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 75 mg	(Tamiflu)	1	QL (42 per 180 days)
oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml	(Tamiflu)	1	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)		1	QL (20 per 5 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
Dispositivos			
Dispositivos			
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
COMFORT EZ PLS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 6MM OUTER 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"		1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 10MM 29 GAUGE X 3/8"		1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"		1	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 4MM 29 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT SYR 0.5 ML 29G 8MM 1/2 ML 29 X5/16 "	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT SYR 1 ML 29G 8MM 1 ML 29 GAUGE X 5/16		1	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML 30G 8MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML 31G 6MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syr/ndl u100 half mark)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML 31G 8MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH INS 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML	(insulin syringe needleless)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML	(insulin syringe needleless)	1	PA; ST
EASYLIFE ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 7/16", 1 ML 30 GAUGE X 7/16"		1	PA; ST
INSULIN 1/2 ML SYRINGE 1/2 ML 29	(Ultilet Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN 1/2 ML SYRINGE 1/2 ML 30 GAUGE		1	PA; ST
INSULIN 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 30	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Easy Touch Ins Syr (half unit))	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (RX) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(Easy Touch Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Sure Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Easy Touch Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "		1	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"		1	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(CareFine Pen Needle)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(Comfort EZ Pen Needles)	1	PA; ST
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable))	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
NANO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
NOVOFINE AUTOCOVER 30G NEEDLE 30 GAUGE X 1/3"		1	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"		1	PA; ST
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	QL (10 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)		1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	QL (10 per 30 days)
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16"	(Embrace Pen Needle)	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16"	(CareFine Pen Needle)	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PEN NEEDLE 31G X 1/4" HRI 31 GAUGE X 1/4"	(1st Tier Unifine Pentips)	1	PA; ST
PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(Advocate Pen Needle)	1	PA; ST
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	(1st Tier Unifine Pentips Plus)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PEN NEEDLES 5MM 31G 31GX5MM,STRL,MINI (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PRO-COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	(alcohol swabs)	1	PA; ST
RA STERILE PADS 2"X 2" 2 X 2 "	(Bordered Gauze)	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"		1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(Comfort Touch Pen Needle)	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"		1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	(True-Comfort Pro Pen Needle)	1	PA; ST
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
RELION PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(1st Tier Unifine Pentips)	1	PA; ST
RELION SYRING 0.3 ML 31GX5/16" INNER 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
RELION SYRING 0.5 ML 31GX5/16" INNER (OTC) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(Thinpro Insulin Syringe)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"		1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"		1	PA; ST

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syr/ndl u100 half mark)	1	PA; ST
ULTICARE INS 0.3 ML 31GX1/4" 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE INS 0.5 ML 31GX1/4" 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "		1	PA; ST
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	(alcohol swabs)	1	PA; ST
WM UNIFINE PENTIP PLUS 8MM 31G W/ SAFETY CLICK 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
Parasimpaticomiméticos (Agentes Colinérgicos)			
Parasimpaticomiméticos (Agentes Colinérgicos)			
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	(Mestinon)	1	
Preparaciones De Reemplazo			
Preparaciones De Reemplazo			
klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq	(potassium chloride)	1	
klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq	(potassium chloride)	1	
klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq	(potassium chloride)	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen			
Agentes Hematológicos, Varios			
anagrelide oral capsule 0.5 mg	(Agrylin)	1	
anagrelide oral capsule 1 mg		1	
tranexamic acid oral tablet 650 mg		1	
Anticoagulantes			
dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg	(Pradaxa)	1	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)		1	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG		1	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG		1	QL (74 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 0.5 MG, 1.5 MG (0.5 MG X 3), 2 MG (0.5 MG X 4)		1	QL (960 per 30 days)
ELIQUIS SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.15 MG		1	QL (120 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml	(Lovenox)	1	QL (60 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml	(Lovenox)	1	QL (48 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml	(Lovenox)	1	QL (18 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml	(Lovenox)	1	QL (24 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml	(Lovenox)	1	QL (36 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml	(Arixtra)	1	NM; NDS; QL (24 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml	(Arixtra)	1	QL (15 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml	(Arixtra)	1	NM; NDS; QL (12 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml	(Arixtra)	1	QL (18 per 30 days)
heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml		1	
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	(warfarin)	1	
rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml	(Xarelto)	1	QL (600 per 30 days)
rivaroxaban oral tablet 2.5 mg	(Xarelto)	1	
warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg		1	
Inhibidores De Agregación De Plaquetas			
aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg		1	
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg		1	
clopidogrel oral tablet 75 mg	(Plavix)	1	
dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg		1	
prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	(Effient)	1	
ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg	(Brilinta)	1	
Modificadores De Formación De Sangre			
eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg	(Promacta)	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
eltrombopag olamine oral powder in packet 25 mg (Promacta)	1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg (Promacta)	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
eltrombopag olamine oral tablet 25 mg (Promacta)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg (Promacta)	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	1	PA; NM; NDS; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	1	PA; NM; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	1	PA; NM; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	1	PA; NM; NDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	1	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	1	PA; QL (4 per 28 days)
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	1	PA; NM; NDS
Reemplazo/Modificadores De Enzima		

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Reemplazo/Modificadores De Enzima			
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 - 60,000 UNIT, 24,000-76,000 - 120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT		1	
javygtor oral tablet,soluble 100 mg	(sapropterin)	1	PA; NM; NDS
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	(Orfadin)	1	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML		1	PA; NM; NDS
REVCOVI INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)		1	PA; NM; NDS
sapropterin oral tablet,soluble 100 mg	(Javygtor)	1	PA; NM; NDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML		1	PA; NM; LA; NDS
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT		1	
Relajantes Musculares Esqueléticos			
Relajantes Musculares Esqueléticos			

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		1	
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg		1	
dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg		1	
dantrolene oral capsule 25 mg	(Dantrium)	1	
methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg		1	
tizanidine oral tablet 2 mg		1	
tizanidine oral tablet 4 mg	(Zanaflex)	1	
Vitaminas Y Minerales			
Vitaminas Y Minerales			
bal-care dha combo pack 27-1-430 mg		1	
bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg		1	
c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg - 200 mg		1	
folivane-ob capsule 85-1 mg		1	
marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg		1	
m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg		1	
mynatal oral tablet 90-1-50 mg		1	
mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg		1	
obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg		1	
pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg		1	
pnv-omega softgel 28-1-300 mg		1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la Sección C1.

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

01/01/2027

D. Index of Covered Drugs

In this section, you can find a drug by searching for its name alphabetically. This will tell you the page number where you can find additional coverage information for your drug.

ÍNDICE

1

1ST TIER UNIFINE PENTIPS 164
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 164

A

abacavir 157
abacavir-lamivudine 157
ABELCET 154
abigale 95
abigale lo 94
ABILIFY ASIMTUFII 57
ABILIFY MAINTENA 58
abiraterone 26
abirtega 26
ABRYSVO (PF) 109
acamprosate 44
acarbose 47
acebutolol 66
acetaminophen-codeine 124
acetazolamide 115
acetazolamide sodium 115
acetic acid 116
acetylcysteine 79
acitretin 87
ACTHIB (PF) 109
ACTIMMUNE 100
acyclovir 88, 163
acyclovir sodium 163
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 109
adalimumab-aaty 100
adalimumab-aaty(cf) ai crohns 100
adefovir 163
ADEMPAS 122
adrucil 26
ADVAIR HFA 81
ADVOCATE PEN NEEDLE 165
ADVOCATE SYRINGES .. 164, 165
afirmelle 135
AIMOVIG AUTOINJECTOR 53
AIRSUPRA 81
AKEEGA 26
ala-cort 84
albendazole 55
albuterol sulfate 81, 82
ALCOHOL PADS 165
ALCOHOL PREP PADS 188
ALCOHOL SWABS 183
ALCOHOL WIPES 194
ALECENSA 26
alendronate 75, 76
alfuzosin 93
aliskiren 75
allopurinol 52
alosetron 89
alprazolam 45
altavera (28) 135
ALTRENO 87
ALUNBRIG 26
alyacen 1/35 (28) 135
alyacen 7/7/7 (28) 135
alyq 122
amantadine hcl 56
ambrisentan 122
amethia 135
amethyst (28) 135
amikacin 127
amiloride 72
amiloride-hydrochlorothiazide 72
amiodarone 65
amitriptyline 150
amlodipine 67
amlodipine-atorvastatin 70
amlodipine-benazepril 67
amlodipine-olmesartan 67
amlodipine-valsartan 67
amlodipine-valsartan-hcthiazid 68
ammonium lactate 87
amoxapine 150
amoxicillin 132
amoxicillin-pot clavulanate 132
amphotericin b 154
amphotericin b liposome 154
ampicillin 132
ampicillin sodium 132
ampicillin-sulbactam 132
anagrelide 215
anastrozole 26
ANORO ELLIPTA 82
aprepitant 54
apri 135
APTIVUS 157
AQINJECT PEN NEEDLE 165
ARCALYST 100
AREXVY (PF) 109
ARIKAYCE 127
aripiprazole 58
ARISTADA 58
ARISTADA INITIO 58
armodafinil 76
ARNUITY ELLIPTA 81
asenapine maleate 58
ashlyna 135

aspirin-dipyridamole 216
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL 165
ASSURE ID DUO-SHIELD 165
ASSURE ID INSULIN SAFETY 165
ASSURE ID PEN NEEDLE 165
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE 165
atazanavir 157
atenolol 66
atenolol-chlorthalidone 66
atomoxetine 77
atorvastatin 71
atovaquone 55
atovaquone-proguanil 55
atropine 120
aubra eq 135
AUGTYRO 26
aurovela 1.5/30 (21) 135
aurovela 1/20 (21) 135
aurovela 24 fe 136
aurovela fe 1.5/30 (28) 136
aurovela fe 1-20 (28) 136
AUSTEDO 77
AUSTEDO XR 77
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 78
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE 166
AUVELITY 151
aviane 136
AVMAPKI 26
AVMAPKI-FAKZYNJA 26
AVONEX 100
ayuna 136
AYVAKIT 26
azacitidine 26
azathioprine 100
azathioprine sodium 100
azelastine 120
azithromycin 131
aztreonam 129
azurette (28) 136

B

bacitracin 116
bacitracin-polymyxin b 116
baclofen 219
bal-care dha 219
bal-care dha essential 219
balsalazide 89
BALVERSA 27
BAQSIMI 121
BCG VACCINE, LIVE (PF) 109
BD ALCOHOL SWABS 167
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 166
BD ECLIPSE LUER-LOK .. 166
BD INSULIN SYRINGE 166
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 166
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 166
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 166, 167
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 166
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 167
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 167
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 167
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 167
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 167
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 167
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 167
BELSOMRA 76
benazepril 74
benazepril-hydrochlorothiazide 74
bendamustine 27
BENLYSTA 101
benztropine 56
BEQALZI 27
BEQALZI STARTER PACK 27
BESREMI 27
BESREMI PEN 27
betaine 121
betamethasone dipropionate .. 84
betamethasone valerate 84
betamethasone, augmented 85
BETASERON 101
betaxolol 115
bethanechol chloride 93
bexarotene 27
BEXSERO 109
bicalutamide 27
BICILLIN L-A 132
BIKTARVY 157
bimatoprost 115
bismuth subcit k-metronidz-tcn 90
bisoprolol fumarate 66
bisoprolol-hydrochlorothiazide 66
bleomycin 27
blisovi 24 fe 136
blisovi fe 1.5/30 (28) 136
blisovi fe 1/20 (28) 136
BOOSTRIX TDAP 109
BORDERED GAUZE 167
bortezomib 27
BOSULIF 27
bosutinib 28
BRAFTOVI 28
BREO ELLIPTA 82
breyna 82
BREZTRI AEROSPHERE 82
brimonidine 115
brimonidine-timolol 115

brinzolamide 115
brivaracetam 145
bromfenac 118
bromocriptine 56
BRONCHITOL 79
BRUKINSA 28
budesonide 81, 90
bumetanide 73
buprenorphine 124
buprenorphine hcl 44
buprenorphine-naloxone ..44, 45
bupropion hcl 151
bupropion hcl (smoking deter) 45
buspirone 121
butalbital-acetaminop-caf-cod 124
butalbital-acetaminophen-caff 124
BYSANTI 59
BYSANTI TITRATION PACK A 59
BYSANTI TITRATION PACK B 59
BYSANTI TITRATION PACK C 59

C

CABENUVA 158
cabergoline 56
CABOMETYX 28
cabotegravir 158
calcipotriene 87
calcitonin (salmon) 76
calcitriol 76
calcium acetate(phosphat bind) 90
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 28
CAMCEVI (6 MONTH) 28
camila 136
camrese 136
camrese lo 136
candesartan 69
candesartan-hydrochlorothiazid 69
CAPLYTA 59
CAPRELSA 28
captopril 74
carbamazepine 145
carbidopa-levodopa 56, 57
CAREFINE PEN NEEDLE 167, 168
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 168
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 168, 169
CARETOUCH PEN NEEDLE 168
carglumic acid 90
carteolol 115
cartia xt 68
carvedilol 66
CAYSTON 129
cefaclor 130
cefadroxil 130
cefazolin 130
cefdinir 130
cefepime 130
cefixime 130
cefoxitin 129
cefpodoxime 130
cefprozil 130
ceftaroline fosamil 130
ceftazidime 130
ceftriaxone 130
cefuroxime axetil 130
cefuroxime sodium 131
celecoxib 123
cephalexin 131
cevimeline 84
chateal eq (28) 136
chlordiazepoxide hcl 45
chlorhexidine gluconate 84
chloroquine phosphate 55
chlorpromazine 59
chlorthalidone 73
cholestyramine (with sugar) ..71
cholestyramine light 71
ciclopirox 154
cilostazol 216
CIMDUO 158
cimetidine hcl 89
cinacalcet 76
ciprofloxacin hcl 116, 133
ciprofloxacin in 5 % dextrose 133
ciprofloxacin-dexamethasone 116
citalopram 151
clarithromycin 131
CLICKFINE PEN NEEDLE 169
clindamycin hcl 128
clindamycin phosphate ... 88, 128
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 64
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) ... 64
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) ... 64
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 64
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 64
clobazam 145
clobetasol 85
clobetasol-emollient 85
clomipramine 151
clonazepam 45, 46
clonidine 65
clonidine hcl 65
clopidogrel 216
clorazepate dipotassium 46
clotrimazole 154
clotrimazole-betamethasone 154
clozapine 59

c-nate dha 219
COARTEM 55
COBENFY 59
COBENFY STARTER PACK 59
colchicine 52
colesevelam 71
colestipol 71
colistin (colistimethate na) ... 128
COMBIVENT RESPIMAT ... 82
COMETRIQ 28
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 169, 171
COMFORT EZ PEN NEEDLES 169, 170
COMFORT EZ PLUS PEN NEEDLE 170
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL 170
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 171, 172
compro 54
conjugated estrogens 95
constulose 90
COPIKTRA 28
CORTROPHIN GEL 98
COSENTYX 101
COSENTYX (2 SYRINGES) 101
COSENTYX PEN (2 PENS) 101
COSENTYX UNOREADY PEN 101
COTELLIC 28
CREON 218
CRESEMBA 154, 155
cromolyn 79, 90, 120
cryselle (28) 136
CURITY ALCOHOL SWABS 172
CURITY GAUZE 172
cyclobenzaprine 219
cyclophosphamide 28, 29
cyclosporine 101, 118
cyclosporine modified 101
cyred eq 136

D

d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr 64
d5 % and 0.9 % sodium chloride 65
d5 %-0.45 % sodium chloride 65
dabigatran etexilate 215
dalfampridine 121
danazol 94
dantrolene 219
DANZITEN 29
dapagliflozin 47
dapagliflozin-metformin 47
dapsone 156
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 110
daptomycin 128
darifenacin 93
darunavir 158
dasatinib 29
dasetta 1/35 (28) 136
dasetta 7/7/7 (28) 137
DAURISMO 29
daysee 137
deblitane 137
decitabine 29
deferasirox 127
DELSTRIGO 158
DENGVAXIA (PF) 110
DEPO-SUBQ PROVERA 104 99
DERMACEA 172
DERMACEA NON-WOVEN 172
dermacinrx lidocan 126
DESCOVY 158
desipramine 151
desmopressin 98
desog-e.estradiol/e.estradiol 137
desvenlafaxine succinate 151
dexamethasone 96
dexamethasone sodium phosphate 96, 118
dextroamphetamine-amphetamine 78
dextrose 5 % in water (d5w) .. 65
DIACOMIT 146
diazepam 46, 146
diazepam intensol 46
diazoxide 53
diclofenac potassium 123
diclofenac sodium .. 85, 118, 123
diclofenac-misoprostol 123
dicloxacillin 133
dicyclomine 90, 91
didanosine 158
difluprednate 118
digoxin 69
dihydroergotamine 53
DILANTIN 146
diltiazem hcl 68
dilt-xr 68
dimethyl fumarate 101, 102
diphenoxylate-atropine 91
dipyridamole 216
disulfiram 45
divalproex 146
dofetilide 65
dolishale 137
donepezil 46, 47
dorzolamide 115
dorzolamide-timolol 115
dotti 95
DOVATO 158
doxazosin 66
doxepin 76, 151
doxorubicin, peg-liposomal ... 29
doxy-100 134
doxycycline hyclate 134
doxycycline monohydrate 134, 135

DRIZALMA SPRINKLE.....151
dronabinol.....54
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) .172, 173, 174
DROPLET INSULIN SYRINGE.....173, 174, 175
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 175
DROPLET PEN NEEDLE...175
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS.....175
DROPSAFE INSULIN SYRINGE.....175, 176
DROPSAFE PEN NEEDLE 176
drospirenone-ethinyl estradiol 137
droxidopa 121
duloxetine 151, 152
DUPIXENT PEN 102
DUPIXENT SYRINGE.....102
dutasteride.....93
E
EASY COMFORT ALCOHOL PAD.....177
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....176, 177, 178
EASY COMFORT PEN NEEDLES 177
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....176
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE.....178
EASY GLIDE PEN NEEDLE 178
EASY TOUCH.....180, 181
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS 179
EASY TOUCH AUTORETRACT SYRINGE 179
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 180
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE..... 179
EASY TOUCH INS SYR (HALF UNIT)..... 178
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 178, 179
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 178, 179, 180, 181
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 180
EASY TOUCH PEN NEEDLE 181
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE..... 181, 183
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 180
EASY TOUCH UNI-SLIP .. 181
EASYLIFE ALCOHOL PADS 181
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE..... 181, 182
EASYLIFE INSULIN SYRINGE..... 182, 183
EASYLIFE SAFETY PEN NEEDLE..... 182
econazole nitrate..... 155
EDURANT PED..... 158
efavirenz..... 158
efavirenz-emtricitabin-tenofov 158
efavirenz-lamivu-tenofov disop 158
ELIGARD..... 29
ELIGARD (3 MONTH) 29
ELIGARD (4 MONTH) 29
ELIGARD (6 MONTH) 29
elinest..... 137
ELIQUIS..... 215
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START.....215
ELIQUIS SPRINKLE.....215
eltrombopag olamine ...216, 217
eluryng 137
EMBRACE PEN NEEDLE .183
EMGALITY PEN 53
EMGALITY SYRINGE 53
EMSAM.....152
emtricitabine 158
emtricitabine-tenofovir (tdf).159
emtricita-rilpivirine-tenof df 159
EMTRIVA 159
emzahh 137
enalapril maleate 74
*enalapril-hydrochlorothiazide*74
ENBREL 102
ENBREL MINI.....102
ENBREL SURECLICK.....102
endocet 125
ENGERIX-B (PF).....110
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 110
enilloring.....137
enoxaparin 215
enpresse.....137
ENSACOVE 29, 30
enskyce 137
entacapone 57
entecavir.....163
ENTYVIO.....102
ENTYVIO PEN 102
enulose 91
ENVARSUS XR.....102
EPCLUSA.....162
EPIDIOLEX.....146
epinastine 120
epinephrine 121
epitol 146
eplerenone.....75
ergoloid.....47
ERIVEDGE.....30

ERLEADA 30
erlotinib 30
errin 137
ertapenem 129
erythromycin 116, 131
erythromycin ethylsuccinate .131
erythromycin with ethanol 88
escitalopram oxalate 152
eslicarbazepine 146
esomeprazole magnesium 89
estarylla 137
estradiol 95
estradiol-norethindrone acet ..95
eszopiclone 77
ethambutol 157
ethosuximide 146
ethynodiol diac-eth estradiol 137, 138
etodolac 123
etonogestrel-ethinyl estradiol 138
etoposide 30
etravirine 159
EUCRISA 85
EULEXIN 30
everolimus (antineoplastic) 30
everolimus (immunosuppressive) 102
EVOTAZ 159
EXEL INSULIN 183
exemestane 30
EXTENCILLINE 133
EXXUA 152
EYSUVIS 119
ezetimibe 71
ezetimibe-simvastatin 71
F
falmina (28) 138
famciclovir 163
famotidine 89
FANAPT 59
FANAPT TITRATION PACK A 60
FANAPT TITRATION PACK B..... 60
FANAPT TITRATION PACK C..... 60
FARXIGA 48
FASENRA 102
FASENRA PEN 102
febuxostat 52
feirza 138
felbamate 146
felodipine 68
fenofibrate 71
fenofibrate micronized 71
fenofibrate nanocrystallized .. 71
fentanyl 125
fentanyl citrate 125
fesoterodine 93
FETZIMA 152
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 49
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 49
FIASP U-100 INSULIN 50
fidaxomicin 132
FILSPARI 121
finasteride 93
fingolimod 103
FINTEPLA 146
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 30
flavoxate 93
flecainide 65
floxuridine 31
fluconazole 155
fluconazole in nacl (iso-osm) 155
flucytosine 155
fludrocortisone 96
flunisolide 119
fluocinolone 85
fluocinolone acetonide oil ... 119
fluocinonide 85
fluorometholone 119
fluorouracil 31, 87
fluoxetine 152
fluphenazine decanoate 60
fluphenazine hcl 60
flurbiprofen 123
flurbiprofen sodium 119
fluticasone furoate-vilanterol . 82
fluticasone propionate 81, 85, 119
fluticasone propion-salmeterol 83
fluvastatin 71
fluvoxamine 152
folivane-ob 219
fondaparinux 215, 216
fosamprenavir 159
fosfomycin tromethamine 128
fosinopril 74
fosinopril-hydrochlorothiazide 74
fosphenytoin 147
FOTIVDA 31
FRUZAQLA 31
fulvestrant 31
furosemide 73
G
gabapentin 147
galantamine 47
gallifrey 99
GAMUNEX-C 103
GARDASIL 9 (PF) 110
GAUZE BANDAGE 194
GAUZE PAD 183
gavilyte-c 92
gavilyte-g 92
gavilyte-n 92
GAVRETO 31
gefitinib 31
gemfibrozil 71
generlac 91

gengraf 103
gentamicin 88, 117, 127
gentamicin sulfate (ped) (pf) 127
GENVOYA 159
GILOTRIF 31
glatiramer 103
glatopa 103
glimepiride 52
glipizide 52
glipizide-metformin 52
glutamine (sickle cell) 121
glyburide 52
glyburide micronized 52
glyburide-metformin 52
glycopyrrolate 91
glydo 126
GLYXAMBI 48
GOMEKLI 31
griseofulvin microsize 155
griseofulvin ultramicrosize ... 155
guanfacine 65, 78
GVOKE 121
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 121
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 121
H
HADLIMA 103
HADLIMA PUSHTOUCH .. 103
HADLIMA(CF) 103
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 103
HAEGARDA 217
hailey 24 fe 138
hailey fe 1.5/30 (28) 138
hailey fe 1/20 (28) 138
halobetasol propionate 86
haloette 138
haloperidol 60
haloperidol decanoate 60
haloperidol lactate 60
HAVRIX (PF) 110
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 184
HEALTHWISE PEN NEEDLE 184
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 185
heather 138
heparin (porcine) 216
HEPLISAV-B (PF) 110
HERCEPTIN HYLECTA 31
HERNEXEOS 31
HIBERIX (PF) 110
HUMIRA 103
HUMIRA PEN 103
HUMIRA(CF) 104
HUMIRA(CF) PEN 104
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 103
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 103
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 104
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN 50
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 50
hydralazine 75
hydrochlorothiazide 73
hydrocodone-acetaminophen 125
hydrocortisone 86, 90, 96
hydrocortisone valerate 86
hydrocortisone-acetic acid .. 117
hydromorphone 125
hydroxychloroquine 55
hydroxyurea 31
hydroxyzine hcl 156
hydroxyzine pamoate 121
HYRNUO 31
I
ibandronate 76
IBRANCE 32
IBTROZI 32
ibu 123
ibuprofen 123, 124
icatibant 69
iclevia 138
ICLUSIG 32
icosapent ethyl 71
IDHIFA 32
IDVYNSO 159
ifosfamide 32
ILEVRO 119
imatinib 32
IMBRUVICA 32
imipenem-cilastatin 129
imipramine hcl 152
imiquimod 87
IMKELDI 32
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 110
IMPAVIDO 55
incassia 138
INCONTROL ALCOHOL PADS 185
INCONTROL PEN NEEDLE 185
INCRELEX 98
indapamide 73
indomethacin 124
INFANRIX (DTAP) (PF) 111
infliximab 104
INGREZZA 78
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 78
INGREZZA SPRINKLE 78
INLEXZO 32
INLURIYO 32
INLYTA 32, 33
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE 185
INPEN (FOR HUMALOG) GREY 185
INPEN (FOR HUMALOG) PINK 185

INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE 185
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY 185
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK 185
INQOVI 33
INREBIC 33
insulin glargine-yfgn 50
insulin lispro 50
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK 186
INSULIN SYRINGE MICROFINE 166
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 183, 186, 187, 194, 199
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE 187
INSUPEN PEN NEEDLE 187
INTELENCE 159
introvale 138
INVEGA HAFYERA 60, 61
INVEGA SUSTENNA 61
INVEGA TRINZA 61
INVELTYS 119
IPOL 111
ipratropium bromide 83, 120
ipratropium-albuterol 83
irbesartan 69
irbesartan-hydrochlorothiazide 69
ISENTRESS 159
ISENTRESS HD 159
isibloom 138
isoniazid 157
isosorbide dinitrate 75
isosorbide mononitrate 75
ISTURISA 96
ITOVEBI 33
itraconazole 155
IV PREP WIPES 187
ivabradine 69
ivermectin 55
IWILFIN 33
IXIARO (PF) 111

J

jaimiess 138
JAKAFI 33
JAKAFI XR 33
jantoven 216
JARDIANCE 48
JASCAYD 79
javygtor 218
JAYPIRCA 33
jencycla 138
JENTADUETO 48
JENTADUETO XR 48
JIDEYTRO 33
jolessa 138
juleber 139
JULUCA 159
junel 1.5/30 (21) 139
junel 1/20 (21) 139
junel fe 1.5/30 (28) 139
junel fe 1/20 (28) 139
junel fe 24 139
JYLAMVO 33
JYNNEOS (PF) 111

K

KALETRA 159
KALYDECO 79
kariva (28) 139
kelnor 1/35 (28) 139
kelnor 1/50 (28) 139
KERENDIA 75
KESIMPTA PEN 104
ketoconazole 155
ketorolac 119, 124
KEVZARA 104
KEYTRUDA 33
KEYTRUDA QLEX 33
KINERET 104
KINRIX (PF) 111
kionex 91
KISQALI 34
KISQALI FEMARA CO-PACK 33, 34
KLISYRI (250 MG) 87
klor-con m10 213
klor-con m15 213
klor-con m20 213
KLOXXADO 45
KOMZIFTI 34
KOSELUGO 34
KRAZATI 34
kurvelo (28) 139
KYLEENA 139

L

l norgest/e.estradiol-e.estrad 139
labetalol 66
lacosamide 147
lactulose 91
lamivudine 159, 160
lamivudine-zidovudine 160
lamotrigine 147
lanreotide 98
lansoprazole 89
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 50
LANTUS U-100 INSULIN 50
lapatinib 34
larin 1.5/30 (21) 139
larin 1/20 (21) 140
larin 24 fe 140
larin fe 1.5/30 (28) 140
larin fe 1/20 (28) 140
latanoprost 115
LAZCLUZE 34
leflunomide 104
lenalidomide 34
LENTOCILIN S (WITH LIDOCAINE) 133
LENVIMA 35
LEQEMBI IQLIK 47
lessina 140
letrozole 35

leucovorin calcium 122
LEUKERAN 35
LEUKINE 217
leuprolide 35
leuprolide acetate (3 month) 35
levetiracetam 147
levobunolol 116
levocetirizine 156
levofloxacin 133
levofloxacin in d5w 133
levonest (28) 140
levonorgest-eth.estradiol-iron 140
levonorgestrel-ethinyl estrad 140
levonorg-eth estrad triphasic 140
levora-28 140
levothyroxine 94
lidocaine 127
lidocaine hcl 127
lidocaine-prilocaine 127
lidocan iii 127
LIFYORLI 35
LILETTA 140
linezolid 128
linezolid in dextrose 5% 128
LINZESS 91
liomny 94
liothyronine 94
LISCO 188
lisinopril 74
lisinopril-hydrochlorothiazide 74
lithium carbonate 78
lithium citrate 78
LIVTENCITY 162
lojaimiess 140
LOKELMA 91
lomustine 35
LONSURF 35
loperamide 91
lopinavir-ritonavir 160
lorazepam 46
lorazepam intensol 46
LORBRENA 35
losartan 70
losartan-hydrochlorothiazide 70
LOTEMAX 119
LOTEMAX SM 119
loteprednol etabonate 119
lovastatin 71
low-ogestrel (28) 140
loxapine succinate 61
lo-zumandimine (28) 141
lubiprostone 91
luizza 141
LUMAKRAS 35, 36
LUNSUMIO VELO 36
LUPRON DEPOT 36, 98
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 36, 98
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 36
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 36
LUPRON DEPOT-PED 98
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 98
lurasidone 61
lutera (28) 141
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) 36
LYBALVI 62
lyleq 141
LYNPARZA 36
LYSODREN 36
LYTGOBI 36
lyza 141

M

macitentan 122
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG 188
MAGELLAN SYRINGE 188
magnesium sulfate 214
malathion 88
maraviroc 160
marlissa (28) 141
marnatal-f 219
MARPLAN 152
MATULANE 36
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 188
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 188
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 188
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 188
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 188
meclizine 54
medroxyprogesterone 99
mefloquine 55
megestrol 36, 100
MEKINIST 37
MEKTOVI 37
meleya 141
meloxicam 124
memantine 47
MENQUADFI (PF) 111
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 111
mercaptopurine 37
meropenem 130
mesalamine 90
mesna 122
metformin 48
methadone 125
methazolamide 116
methenamine hippurate 128
methimazole 94
methocarbamol 219
methotrexate sodium 37
methotrexate sodium (pf) 37
methoxsalen 87
methsuximide 147
methylphenidate hcl 79
methylprednisolone 96

methylprednisolone acetate....96
metoclopramide hcl.....91
metolazone.....73
metoprolol succinate.....66
metoprolol tartrate.....66, 67
metronidazole.....88, 129
metronidazole in nacl (iso-os)
.....129
metyrosine.....69
micafungin.....155
miconazole-3.....155
MICRODOT INSULIN PEN
NEEDLE.....188, 189
MICRODOT READYGARD
PEN NEEDLE.....189
microgestin 1.5/30 (21).....141
microgestin 1/20 (21).....141
microgestin fe 1.5/30 (28)....141
microgestin fe 1/20 (28).....141
midodrine.....65
MIEBO (PF).....119
mifepristone.....48
mili.....141
mimvey.....95
MINI ULTRA-THIN II.....189
minocycline.....135
minoxidil.....75
MIRENA.....141
mirtazapine.....152, 153
misoprostol.....89
mitoxantrone.....37
MIUDELLA.....141
M-M-R II (PF).....111
m-natal plus.....219
modafinil.....77
MODEYSO.....37
moexipril.....74
molindone.....62
mometasone.....86, 119
MONOJECT INSULIN
SAFETY SYRING.....190
MONOJECT INSULIN
SYRINGE..... 189, 190
MONOJECT SYRINGE..... 189
MONOJECT ULTRA
COMFORT INSULIN..... 206
mono-linyah..... 141
montelukast..... 81
morphine..... 125, 126
MORPHINE..... 126
morphine concentrate..... 125
MOUNJARO..... 97
MOVANTIK..... 91
moxifloxacin..... 117, 134
moxifloxacin-sod.ace,sul-water
..... 134
moxifloxacin-sod.chloride(iso)
..... 134
MRESVIA (PF)..... 111
MULTAQ..... 65
mupirocin..... 88
mycophenolate mofetil..... 104
mycophenolate mofetil (hcl) 104
mycophenolate sodium..... 105
mynatal..... 219
mynatal advance..... 219
mynate 90 plus..... 219
MYRBETRIQ..... 93
N
nabumetone..... 124
nafcillin..... 133
naloxone..... 45
naltrexone..... 45
NANO 2ND GEN PEN
NEEDLE..... 190
NANO PEN NEEDLE..... 190
naproxen..... 124
naratriptan..... 53
NATACYN..... 117
nateglinide..... 48
NAYZILAM..... 147
nebivolol..... 67
nefazodone..... 153
neomycin.....128
*neomycin-bacitracin-poly-hc*117
neomycin-bacitracin-polymyxin
.....117
neomycin-polymyxin b-
dexameth.....117, 120
neomycin-polymyxin-gramicidin
.....117
neomycin-polymyxin-hc.....117
neo-polycin.....117
neo-polycin hc.....117
NERLYNX.....37
nevirapine.....160
NEXLETOL.....71
NEXLIZET.....72
NEXPLANON.....141
niacin.....72
NICOTROL NS.....45
nifedipine.....68
nikki (28).....142
NIKTIMVO.....105
nilotinib hcl.....37
nilutamide.....37
NINLARO.....37
nintedanib.....79
nitazoxanide.....56
nitisinone.....218
nitrofurantoin macrocrystal.129
nitrofurantoin monohyd/m-cryst
.....129
nitroglycerin.....69, 75, 87
NIVESTYM.....217
NORDITROPIN FLEXPRO..98
norelgestromin-ethin.estradiol
.....142
norethindrone (contraceptive)
.....142
norethindrone acetate.....100
norethindrone-e.estradiol-iron
.....142
norgestimate-ethinyl estradiol
.....142

nortrel 0.5/35 (28) 142
nortrel 1/35 (21) 142
nortrel 1/35 (28) 142
nortrel 7/7/7 (28) 142
nortriptyline 153
NORVIR 160
NOVOFINE 32 190
NOVOFINE AUTOCOVER 190
NOVOFINE PLUS 190
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 50
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 50
NOVOLIN N FLEXPEN 50
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 51
NOVOLIN R FLEXPEN 51
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 51
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 51
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN 51
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 51
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 51
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 51
NUBEQA 37
NUCALA 105
NUPLAZID 62
NURTEC ODT 53
nyamyc 155
nylia 1/35 (28) 142
nylia 7/7/7 (28) 142
nystatin 155, 156
nystatin-triamcinolone 156
nystop 156
NYVEPRIA 217

O

obstetrix dha 219
octreotide acetate 99
ODEFSEY 160
ODOMZO 38
OFEV 79
ofloxacin 117
OGIVRI 38
OGSIVEO 38
OJEMDA 38
OJJAARA 38
olanzapine 62
olmesartan 70
olmesartan-amlodipin-hcthiazid 70
olmesartan-hydrochlorothiazide 70
olopatadine 120
omega-3 acid ethyl esters 72
omeprazole 89
OMLYCLO 105
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS) 190
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) 191
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) 191
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS) 191
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) 191
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) 191
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) 191
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 191
ONAPGO 57
ondansetron 54
ondansetron hcl 54
ONUREG 38
OPDIVO 38
OPDIVO QVANTIG 38
OPIPZA 62
ORFADIN 218
ORGOVYX 99
ORILISSA 99
ORKAMBI 79
orquidea 142
ORSERDU 38
oseltamivir 162
OSENVELT 76
OTEZLA 105
OTEZLA STARTER 105
OTEZLA XR 105
OTEZLA XR INITIATION. 105
OTULFI 105, 106
oxcarbazepine 147
oxybutynin chloride 93
oxycodone 126
oxycodone-acetaminophen ... 126
OZEMPIC 97

P

pacerone 65
paclitaxel protein-bound 38
paliperidone 62
PANRETIN 87
pantoprazole 89
paricalcitol 76
paroxetine hcl 153
PAXLOVID 162, 163
pazopanib 38, 39
PEDIARIX (PF) 111
PEDVAX HIB (PF) 111
peg 3350-electrolytes 92
PEGASYS 163
peg-electrolyte soln 92
PEMAZYRE 39
pemetrexed disodium 39
PEN NEEDLE 191, 192
PEN NEEDLE, DIABETIC 171, 183, 184, 189, 191, 194
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY 195
PENBRAYA (PF) 111

PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF).....112
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF).....112
penicillamine.....127
penicillin g potassium.....133
penicillin v potassium.....133
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF).....112
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF).....112
PENMENVY MENB COMPONENT (PF).....112
PENTACEL (PF).....112
pentamidine.....56
PENTIPS PEN NEEDLE.....192
pentoxifylline.....216
perampanel.....148
perindopril erbumine.....74
periogard.....84
permethrin.....88
perphenazine.....62
perphenazine-amitriptyline..153
phenelzine.....153
phenobarbital.....148
phenytek.....148
phenytoin.....148
phenytoin sodium.....148
phenytoin sodium extended..148
PIFELTRO.....160
pilocarpine hcl.....84, 116
pimozide.....62
pimtrea (28).....143
pioglitazone.....48
pioglitazone-metformin.....48
PIP PEN NEEDLE.....192
piperacillin-tazobactam.....133
PIQRAY.....39
pirfenidone.....79, 80
pitavastatin calcium.....72
PLEGRIDY.....106
pnv-dha + docusate.....219
pnv-omega.....219
pnv-select.....220
podofilox.....87
polycin.....118
polymyxin b sulf-trimethoprim.....118
pomalidomide.....39
POMALYST.....39
portia 28.....143
posaconazole.....156
potassium chloride.....214
potassium citrate.....214
pr natal 400.....220
pr natal 400 ec.....220
pr natal 430.....220
pr natal 430 ec.....220
pramipexole.....57
prasugrel hcl.....216
pravastatin.....72
praziquantel.....56
prazosin.....66
prednisolone.....96
prednisolone acetate.....120
prednisolone sodium phosphate.....96
prednisone.....96, 97
pregabalin.....148
PREMARIN.....95
PREMPHASE.....95
PREMPRO.....95
prenaissance.....220
prenaissance plus.....220
prenatabs fa.....220
prenatal 19.....220
prenatal 19 (with docusate).220
prenatal plus.....220
prenatal vitamin plus low iron.....220
prenatal-u.....220
PRETOMANID.....157
prevalite.....72
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE.....192
PREVYMIS.....163
PREZCOBIX.....160
PREZISTA.....160
PRIMAQUINE.....56
primidone.....148
PRIORIX (PF).....112
PRO COMFORT ALCOHOL PADS.....193
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....192, 193
PRO COMFORT PEN NEEDLE.....193
probenecid.....52
probenecid-colchicine.....52
prochlorperazine.....55
prochlorperazine edisylate.....54
prochlorperazine maleate.....54
PRO-COMFORT ALCOHOL PADS.....193
procto-med hc.....86
proctosol hc.....86
proctozone-hc.....86
PRODIGY INSULIN SYRINGE.....193
progesterone micronized.....100
PROGRAF.....106
PROLASTIN-C.....80
promethazine.....55
propafenone.....66
propranolol.....67
propylthiouracil.....94
PROQUAD (PF).....112
PROSOL 20 %.....65
protriptyline.....153
PULMOZYME.....80
PURE COMFORT ALCOHOL PADS.....193
PURE COMFORT PEN NEEDLE.....193, 194

PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE....193
pyrazinamide....157
pyridostigmine bromide....213
pyrimethamine....56
Q
QINLOCK....39
QUADRACEL (PF)....112, 113
quetiapine....62
quinapril....74
*quinapril-hydrochlorothiazide*75
quinidine sulfate....66
quinine sulfate....56
QULIPTA....53
R
RABAVERT (PF)....113
rabeprazole....89
RALDESY....153
raloxifene....96
ramipril....75
ranolazine....69
rasagiline....57
RASONQUE....39
RAYALDEE....76
reclipsen (28)....143
RECOMBIVAX HB (PF)....113
RELENZA DISKHALER....163
repaglinide....48
REPATHA PUSHTRONEX....72
REPATHA SURECLICK....72
REPATHA SYRINGE....72
RETACRIT....217
RETEVMO....39
REVCOVI....218
REVUFORJ....39
REXULTI....62
REYATAZ....160
REZDIFFRA....94
REZLIDHIA....40
REZUROCK....106
RHOPRESSA....116
ribavirin....163
rifabutin....157
rifampin....157
rifapentine....157
rilpivirine....161
rilpivirine hcl....160
riluzole....79
RINVOQ....106
RINVOQ LQ....106
risperidone....63
risperidone microspheres....63
ritonavir....161
rivaroxaban....216
rivastigmine....47
rivastigmine tartrate....47
rivelsa....143
rizatriptan....53
ROCKLATAN....116
roflumilast....80
ROMVIMZA....40
ropinirole....57
rosadan....88
rosuvastatin....72
rosyrah....143
ROTARIX....113
ROTATEQ VACCINE....113
ROZLYTREK....40
RUBRACA....40
rufinamide....148
RUKOBIA....161
RYBELSUS....97
RYBREVANT....40
RYBREVANT FASPRO....40
RYDAPT....40
RYKINDO....63
S
sacubitril-valsartan....70
SAFESNAP INSULIN SYRINGE....195
SAFETY PEN NEEDLE....195
SANTYL....87
SAPHNELO PEN....106
sapropterin....218
SCEMBLIX....40
scopolamine base....55
SECUADO....63
SECURESAFE INSULIN SYRINGE....195
SECURESAFE PEN NEEDLE....195
SELARSDI....106
select-ob....220
select-ob (folic acid)....220
selegiline hcl....57
selenium sulfide....87
SELZENTRY....161
se-natal 19 chewable....220
SEREVENT DISKUS....83
SEROSTIM....99
sertraline....153
setlakin....143
sevelamer carbonate....91
sevelamer hcl....91
sharobel....143
SHINGRIX (PF)....113
SIGNIFOR....99
sildenafil (pulm.hypertension)....122
silver sulfadiazine....87
SIMBRINZA....116
simliya (28)....143
simpesse....143
SIMPLI PEN NEEDLE....183
simvastatin....72
sirolimus....106
SIRTURO....157
sitagliptin phos-metformin....49
sitagliptin phosphate....49
SIVEXTRO....129
SKY SAFETY PEN NEEDLE....195, 196
SKYLA....143
SKYRIZI....107
sodium chloride 0.45 %....214
sodium chloride 0.9 %....214

sodium oxybate 77
sodium polystyrene sulfonate 92
sodium,potassium,mag sulfates 92
solifenacin 93
SOLIQUA 100/33 51
SOLTAMOX 40
SOMATULINE DEPOT 99
SOMAVERT 99
sorafenib 40
sotalol 67
sotalol af 67
SPIRIVA RESPIMAT 83
spironolactone 73
spironolacton-hydrochlorothiaz 73
sprintec (28) 143
SPRITAM 149
sps (with sorbitol) 92
sronyx 143
ssd 87
stavudine 161
STERILE PADS 183
STIOLTO RESPIMAT 83
STIVARGA 40
STOBOCLO 76
STRENSIQ 218
streptomycin 128
STRIBILD 161
STRIVERDI RESPIMAT 83
subvenite 149
SUBVENITE 149
sucralfate 89
sulfacetamide sodium 118
sulfacetamide-prednisolone 120
sulfadiazine 134
sulfamethoxazole-trimethoprim 134
sulfasalazine 90
sulindac 124
sumatriptan 53
sumatriptan succinate 54
sunitinib malate 41
SUNLENCA 161
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS 196
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 196
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 196
SURE COMFORT PEN NEEDLE 196, 197
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 196
SURE-FINE PEN NEEDLES 197
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 197
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS 197
SYMPAZAN 149
SYMTUZA 161
SYNJARDY 49
SYNJARDY XR 49
SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY 195
T
TABLOID 41
TABRECTA 41
tacrolimus 107
tadalafil 122
TAFINLAR 41
TAGRISSO 41
TALICIA 89
TALZENNA 41
tamoxifen 41
tamsulosin 93
tarina 24 fe 143
tarina fe 1-20 eq (28) 143
taron-c dha 220
taron-prex prenatal-dha 220
TARPEYO 97
TAVNEOS 107
tazarotene 87
tazicef 131
taztia xt 68
TDVAX 113
TECHLITE INSULIN SYRINGE 198
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) 197, 198
TECHLITE PEN NEEDLE 198, 199
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE 199
telmisartan 70
telmisartan-hydrochlorothiazid 70
temazepam 46
TENIVAC (PF) 113
tenofovir disoproxil fumarate 161
TEPMETKO 41
terazosin 93
terbinafine hcl 156
terconazole 88
teriparatide 76
TERUMO INSULIN SYRINGE 199
testosterone 94
testosterone cypionate 94
testosterone enanthate 94
tetrabenazine 79
tetracycline 135
THALOMID 107
theophylline 83
THINPRO INSULIN SYRINGE 199, 200
thioridazine 63
thiothixene 63
tiadylt er 68
tiagabine 149
TIBSOVO 41
ticagrelor 216
TICE BCG 41
TICOVAC 113, 114

tigecycline.....135
tilia fe.....143
timolol.....116
timolol maleate.....67, 116
tinidazole.....56
tiotropium bromide.....83
TIVICAY.....161
TIVICAY PD.....161
tizanidine.....219
TOBI PODHALER.....128
tobramycin.....118
tobramycin in 0.225 % nacl.128
tobramycin sulfate.....128
tobramycin-dexamethasone..118
tobramycin-lotepred.....118
tofacitinib.....107
tolterodine.....93
tolvaptan (polycys kidney dis) 73
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE.....200
topiramate.....149
toremifene.....41
torpenz.....41
torsemide.....73
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR.....51
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN.....51
TRADJENTA.....49
tramadol.....126
tramadol-acetaminophen.....126
trandolapril.....75
tranexamic acid.....215
tranylcypromine.....153
travoprost.....116
trazodone.....153
TRECATOR.....157
TRELEGY ELLIPTA.....84
TREMFYA.....107, 108
TREMFYA ONE-PRESS....108
TREMFYA PEN.....108
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN).....108
tretinoin.....88
tretinoin (antineoplastic).....41
triamcinolone acetonide. 84, 86, 97
triamterene-hydrochlorothiazid.....73
trientine.....127
tri-estarylla.....144
trifluoperazine.....63
trifluridine.....118
trihexyphenidyl.....57
TRIJARDY XR.....49
TRIKAFTA.....80
tri-legest fe.....144
tri-linyah.....144
tri-lo-estarylla.....144
tri-lo-marzia.....144
tri-lo-mili.....144
tri-lo-sprintec.....144
trimethoprim.....129
tri-mili.....144
trimipramine.....153
TRINTELLIX.....153
tri-nymyo.....144
tri-sprintec (28).....144
TRIUMEQ.....161
TRIUMEQ PD.....161
trivora (28).....144
tri-vylibra.....144
tri-vylibra lo.....144
trospium.....93
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS.....200
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....200
TRUE COMFORT PEN NEEDLE.....200, 201
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS.....201
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE.....200, 201
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG.....200, 201, 202
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....200
TRUE-COMFORT PRO PEN NEEDLE.....202
TRUEPLUS INSULIN 202, 203
TRUEPLUS PEN NEEDLE 202
TRULANCE.....92
TRULICITY.....97
TRUMENBA.....114
TRUQAP.....41
TRYNGOLZA.....72
TUKYSA.....41, 42
TURALIO.....42
turqoz (28).....144
TWINRIX (PF).....114
tyblume.....144
TYBOST.....162
TYENNE.....108
TYENNE AUTOINJECTOR.....108
TYMLOS.....76
TYPHIM VI.....114
U
UBRELVY.....54
UDENYCA ONBODY.....217
ULTICARE.....203, 204
ULTICARE INSULIN SYRINGE.....203
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT).....203
ULTICARE PEN NEEDLE 203, 204
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE.....204
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR.....204, 205

ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE.....204, 205
ULTILET ALCOHOL SWAB 205
ULTILET INSULIN SYRINGE 186, 205
ULTILET PEN NEEDLE 205
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) 184, 203
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE.....184, 205, 206
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) 206
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE.....207
ULTRA FLO PEN NEEDLE 206, 207
ULTRA THIN PEN NEEDLE 207
ULTRACARE INSULIN SYRINGE.....207, 208
ULTRACARE PEN NEEDLE 208
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT).....208
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE.....208, 209
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 208, 209
ULTRA-FINE SAFETY INSULIN SYRN 208
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR 209
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 209
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES 209
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE.....209
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 210
UNIFINE PENTIPS 210
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW..... 210
UNIFINE PENTIPS PLUS. 210, 211, 213
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW..... 210
UNIFINE PROTECT 211
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 211
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE..... 211
UPTRAVI..... 122
ursodiol..... 92
V
valacyclovir 163
VALCHLOR 88
valganciclovir..... 163
valproate sodium 149
valproic acid..... 149
valproic acid (as sodium salt) 149
valsartan..... 70
valsartan-hydrochlorothiazide 70
VALTOCO 149
valtya 144
vancomycin 129
VANFLYTA..... 42
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE..... 212
VANISHPOINT SYRINGE 212
VAQTA (PF)..... 114
varenicline tartrate..... 45
VARIVAX (PF)..... 114
VAXCHORA VACCINE.... 114
VELSIPITY 108
VELTASSA..... 92
VEMLIDY..... 164
VENCLEXTA 42
VENCLEXTA STARTING PACK..... 42
venlafaxine..... 154
VEOZAH 79
VEPPANU 42
verapamil 69
VERIFINE INSULIN SYRINGE 212, 213
VERIFINE PEN NEEDLE .. 212
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 212
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP..... 213
VERQUVO 75
VERSACLOZ 63
VERSALON 213
VERZENIO..... 42
vienva 144
vigabatrin..... 149
vigadrone 150
vigpoder 150
vilazodone 154
VIMKUNYA (PF) 114
vinorelbine 42
viorele (28)..... 145
VIRACEPT 162
VIREAD 162
vitafol-ob+dha 220
VITRAKVI 42
VIVOTIF..... 114
VIZIMPRO 42
volnea (28) 145
VONJO 42
VOQUEZNA 89
VORANIGO 42
voriconazole..... 156
VOSEVI..... 162
VOWST 92
vp-ch-pnv..... 221
VRAYLAR 64
VUMERITY 108
VYALEV 57
vylibra 145
VYNDAMAX..... 69
VYZULTA..... 116

W
warfarin 216
WEBCOL 213
WEGOVY 97, 98
WELIREG 43
WINREVAIR 80
wixela inhub 84
X
XALKORI 43
xarah fe 145
XATMEP 43
XCOPRI 150
XCOPRI MAINTENANCE PACK 150
XCOPRI TITRATION PACK 150
XDEMVY 118
XERMELO 92
XIFAXAN 129
XIIDRA 120
XOLAIR 80
XOSPATA 43
XPOVIO 43
XTANDI 43
xulane 145
XULTOPHY 100/3.6 52
Y
YESINTEK 108
YF-VAX (PF) 115
YONSA 44
yulithira 44
YUTREPIA 123
yuvafem 96
Z
zafemy 145
zafirlukast 81
zaleplon 77
zatean-pn dha 221
zatean-pn plus 221
ZEJULA 44
ZELBORAF 44
zenatane 88
ZENBEXUS 44
ZENPEP 218
zidovudine 162
zingiber 221
ziprasidone hcl 64
ziprasidone mesylate 64
ZIRABEV 44
ZIRGAN 118
ZOLINZA 44
zolpidem 77
ZONISADE 150
zonisamide 150
zovia 1-35 (28) 145
ZTALMY 150
ZURZUVAE 154
ZYDELIG 44
ZYKADIA 44
ZYMFENTRA 109
ZYPREXA RELPREVV 64

Alameda Alliance Wellness, HMO D-SNP

Esta *Lista de medicamentos* se actualizó el 5.º de octubre de 2026.

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) (TTY: 1.800.735.2929), siete (7) días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. o visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness .