

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS 2



2027

MCS | Classicare
(HMO)
Salud Completa

MCS Classicare Efectivo (HMO)
MCS Classicare Essential (HMO-POS)
MCS Classicare Estrella (HMO)
MCS Classicare En Tu Hogar (HMO)
MCS Classicare Excede (HMO)
MCS Classicare Firme (HMO)
MCS Classicare Hero (HMO)
MCS Classicare InteliCare (HMO)
MCS Classicare MA-PD Group (HMO-POS)
MCS Classicare Primero (HMO C-SNP)

Formulario 2027

(Lista de medicamentos cubiertos o “Lista de medicamentos”)

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

Identificación del formulario aprobado por HPMS 27286 número de versión 12

Este formulario se actualizó el 05/10/2026. Para obtener la información más reciente u otras preguntas, comuníquese con el Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS Classicare al 1-866-627-8183 (libre de costo) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182), lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite <https://mcsclassicare.com>

Mensaje Importante Sobre Lo Que Usted Paga por Vacunas -Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a nuestro Centro de Llamadas para más información.

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

Nota para los afiliados existentes: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que utiliza.

Cuando esta Lista de Medicamentos (formulario) dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a MCS Classicare. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a MCS Classicare Efectivo (HMO), MCS Classicare Essential (HMO-POS), MCS Classicare Estrella (HMO), MCS Classicare En Tu Hogar (HMO), MCS Classicare Excede (HMO), MCS Classicare Firme (HMO), MCS Classicare Hero (HMO), MCS Classicare InteliCare (HMO), MCS Classicare MA-PD Group (HMO-POS), MCS Classicare Primero (HMO C-SNP).

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 5 de octubre de 2026. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros.

Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y contraportada.

H5577_0005110826_C

05/10/2026

Generalmente, debe usar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de MCS Classicare?

En este documento, utilizamos los términos Lista de medicamentos y formulario para referirse a lo mismo. Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por MCS Classicare en consulta con un equipo de proveedores de salud, que representa las terapias recetadas que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. MCS Classicare generalmente cubrirá los medicamentos incluidos en nuestro formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta se presente en una farmacia de la red de MCS Classicare y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte su Evidencia de Cubierta.

¿Puede cambiar el Formulario?

La mayoría de los cambios en la cubierta de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero nosotros podemos agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestra página web

www.mcsclassicare.com

Cambios que pueden afectarlo este año: en los casos a continuación, usted se verá afectado por cambios en la cobertura durante el año:

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

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

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

Si realizamos dicho cambio, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuar cubriendo el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario MCS Classicare Efectivo (HMO), MCS Classicare Essential (HMO-POS), MCS Classicare Estrella (HMO), MCS Classicare En Tu Hogar (HMO), MCS Classicare Excede (HMO), MCS Classicare Firme (HMO), MCS Classicare Hero (HMO), MCS Classicare InteliCare (HMO), MCS Classicare MA-PD Group (HMO-POS), ¿MCS Classicare Primero (HMO C-SNP)? "

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

- **Medicamentos retirados del mercado:** Si un medicamento es retirado del mercado por el fabricante del medicamento o la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) determina debe retirarse por razones de seguridad o eficacia, eliminaremos inmediatamente el medicamento de nuestro Formulario y notificaremos a los afiliados que toman el medicamento.
- **Otros cambios:** Podemos realizar otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que se encuentra actualmente en el formulario, o agregar un nuevo biosimilar para reemplazar un producto biológico original que se encuentra actualmente en el formulario, o agregar nuevas restricciones o mover un medicamento que mantenemos en el formulario a un nivel de costo compartido más alto o ambas cosas después de agregar un medicamento correspondiente. Podemos realizar cambios en función de nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada en un medicamento, o movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los afiliados afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Como alternativa, cuando un afiliado solicita un despacho del medicamento, puede recibir un suministro de 30 días del medicamento y una notificación del cambio.

Si realizamos estos otros cambios, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proveemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de MCS Classicare Efectivo (HMO), MCS Classicare Essential (HMO-POS), MCS Classicare Estrella (HMO), MCS Classicare En Tu Hogar (HMO), MCS Classicare Excede (HMO), MCS Classicare Firme (HMO), MCS Classicare Hero (HMO), MCS Classicare InteliCare (HMO), MCS Classicare MA-PD Group (HMO-POS), MCS Classicare Primero (HMO C-SNP).?"

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento: En general, si usted toma un medicamento de nuestro formulario para 2027 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no descontinuaremos ni reduciremos la cubierta del medicamento durante el año de cubierta de 2027, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, estos medicamentos continuarán estando disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos afiliados que estén tomándolos por el resto del año de la cubierta. No recibirá notificación directa este año sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, dichos cambios lo podrían afectar el 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto está vigente a partir 5 de octubre de 2026. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por MCS Classicare, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y en la contraportada. En el caso de cambios en el formulario, no de mantenimiento a mitad de año, todos los afiliados afectados serán notificados por correo (al menos 60 días antes de que el cambio entre en vigencia). Además, una versión actualizada de nuestro formulario impreso se actualizará la última semana del mes anterior, con efectividad al primer día del mes y se publicará en nuestro sitio web www.mcsclassicare.com

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento en el formulario:

Condición médica

El Formulario comienza en la página 1. Los medicamentos en este formulario están agrupados en categorías según el tipo de condiciones médicas que tratan. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar una condición cardíaca se enumeran en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de en qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 153. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se enumeran en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información de la cubierta. Vaya a la página que aparece en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

MCS Classicare cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. La FDA aprueba un medicamento genérico por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien que los de marca y tienen un costo menor que los de marca. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

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

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son fármacos más complejos que los fármacos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, cuentan con alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Para hablar sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de Cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1, "La 'Lista de Medicamentos' indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos".

¿Existe alguna restricción en mi cubierta?

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

- **Autorización previa:** MCS Classicare exige que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de MCS Classicare basándose en criterios específicos antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que MCS Classicare no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, MCS Classicare limita la cantidad de medicamento que cubrirá MCS Classicare. Por ejemplo, MCS Classicare proporciona 30 tabletas por receta de OZEMPIC®. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, MCS Classicare requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su condición médica, es

posible que MCS Classicare no cubra el medicamento B a menos que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, MCS Classicare cubrirá el Medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el formulario que comienza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización y de terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y la contraportada.

Puede pedirle a MCS Classicare que haga una excepción a estas restricciones o límites, o para obtener una lista de otros medicamentos similares que pueden tratar su condición médica. Consulte la sección, "¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al formulario de MCS Classicare Efectivo (HMO), MCS Classicare Essential (HMO-POS), MCS Classicare Estrella (HMO), MCS Classicare En Tu Hogar (HMO), MCS Classicare Excede (HMO), MCS Classicare Firme (HMO), MCS Classicare Hero (HMO), MCS Classicare InteliCare (HMO), MCS Classicare MA-PD Group (HMO-POS), MCS Classicare Primero (HMO C-SNP)?" en la página V para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

Si el medicamento que toma no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con nuestro Centro de Llamadas de Servicio al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si resulta que MCS Classicare no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede solicitar a nuestro Centro de Llamadas de Servicio al Cliente una lista de medicamentos similares cubiertos por MCS Classicare. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar cubierto por MCS Classicare.
- Puede solicitar que MCS Classicare haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de MCS Classicare Efectivo (HMO), MCS Classicare Essential (HMO-POS), MCS Classicare Estrella (HMO), MCS Classicare En Tu Hogar (HMO), MCS Classicare Excede (HMO), MCS Classicare Firme (HMO), MCS Classicare Hero (HMO), MCS Classicare InteliCare (HMO), MCS Classicare MA-PD Group (HMO-POS), MCS Classicare Primero (HMO C-SNP)?

Puede pedirle a MCS Classicare que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitar.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá solicitarnos que le proveamos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede solicitarnos que no apliquemos una restricción de cobertura, como una autorización previa, una terapia escalonada o un límite de cantidad para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, MCS Classicare limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad mayor.
- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo, a menos que este medicamento este incluido en el nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reduciría la cantidad que debe pagar por su medicamento.

Por lo general, MCS Classicare solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de costo compartido más bajo o las restricciones de utilidades adicionales no serían tan efectivos para tratar su condición y/o pudieran causarle algún efecto médico adverso.

Usted o su médico deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción de nivel o formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicita una excepción al formulario, al nivel o a una restricción de utilización, debe presentarse una declaración de su médico a emitir recetas que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Puede solicitar una excepción expedita (rápida) si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para la toma de decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se concede su solicitud expedita, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de haber recibido una declaración de respaldo de su médico.

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

Como afiliado nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el formulario. También es posible que esté tomando un medicamento que está incluido en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, es posible que necesite una autorización previa de nuestra parte antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico sobre la posibilidad si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea afiliado de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no estén incluidos en el formulario, o si su capacidad para obtener los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice repeticiones por un máximo de hasta 30 días del medicamento. Después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido afiliado del plan durante menos de 90 días.

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

Si usted tiene un **cambio en el nivel de cuidado de la salud** (por ejemplo, dado de alta del hospital a su casa), nosotros cubriremos un suministro temporero de 31 días (a no ser que usted tenga una receta formulada para menos días). Si usted necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su habilidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero excedió los primeros 90 días de afiliación en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento (a no ser que usted tenga una receta formulada para menos días) mientras usted solicita una excepción al formulario.

Pará obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cubierta de medicamentos recetados de MCS Classicare, revise su Evidencia de Cubierta y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre MCS Classicare, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y en la contraportada.

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

Formularios MCS Classicare Efectivo (HMO), MCS Classicare Essential (HMO-POS), MCS Classicare Estrella (HMO), MCS Classicare En Tu Hogar (HMO), MCS Classicare Excede (HMO), MCS Classicare Firme (HMO), MCS Classicare Hero (HMO), MCS Classicare InteliCare (HMO), MCS Classicare MA-PD Group (HMO-POS), MCS Classicare Primero (HMO C-SNP).

El formulario a continuación proporciona información sobre la cubierta de los medicamentos cubiertos por MCS Classicare. Si tiene alguna dificultad para encontrar su medicamento en la lista consulte el Índice que comienza en la página 153.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúscula (por ejemplo, OZEMPIC®), y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y en itálico (por ejemplo, *metformin*).

La información incluida en la columna Requisitos/Límites indica si MCS Classicare tiene algún requisito especial para la cubierta del medicamento.

Abreviaturas utilizadas en el formulario

(Consulte el Capítulo 5, Sección 4.2 "¿Qué tipos de restricciones?", de la Evidencia de Cubierta para saber qué restricciones se aplican a su cubierta específica.)

PA - Autorización previa.

QL - Límite de cantidad - Para ciertos medicamentos, MCS Classicare limita la cantidad de medicamento que cubrirá MCS Classicare. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.

ST - Terapia escalonada.

HRM - Este medicamento se considera de alto riesgo para personas mayores de 65 años.

EXCL - Medicamento excluido. Este medicamento con receta normalmente no está cubierto por un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando surte una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a calificar para la cobertura catastrófica). Además, si está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus recetas, usted no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar por este medicamento. Estos medicamentos solo estarán disponibles para un suministro de hasta 30 días para cada despacho.

LA - Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de Proveedores y Farmacias o llame a nuestro Centro de Llamadas de Servicio al Cliente al 1- 866-627-8183 (libre de costo) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182), de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite www.mcscare.com.

FFQL - Límite de cantidad para el primer suplido. Para brindarle a usted y a su médico la oportunidad de evaluar adecuadamente la efectividad de un medicamento, solo el primer despacho de medicamentos recetados estará cubierto durante 30 días para algunos de los medicamentos disponibles para un suministro a largo plazo.

NeDS - Suministro no disponible para días extendidos. Los medicamentos identificados no estarán disponibles como suministro de días extendidos. Estos medicamentos solo estarán disponibles para un suministro de hasta 30 días para cada despacho.

MO - Pedido por correo. Brindamos cubierta para algunas recetas a través de la farmacia de pedidos por correo. Para más información, comuníquese con nuestro Centro de Llamadas de Birdi Pharmacy al 1-844-293-4761 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (EST) y sábados de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. (EST) TTY para personas con impedimentos auditivos: 711.

PA BvsD - Este medicamento recetado requiere autorización previa y puede estar cubierto por nuestra cubierta médica. Para más información, llame al Centro de Llamada de Servicio al Cliente al 1-866-627-8183 (libre de costo) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182), lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre., o visite www.mcscare.com

MCS Classicare Efectivo (HMO)					
Nivel	Descripción	Costo Compartido Al detal estándar (30 días)	Costo Compartido Al detal estándar (60 días)	Costo Compartido Al detal estándar (90 días)	Costo Compartido Orden por correo estándar (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$5	\$10	\$15	\$10
4	Marca no preferida	\$15	\$30	\$45	\$30
5	Nivel especializado	33%	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.

MCS Classicare Essential (HMO-POS)					
Nivel	Descripción	Costo Compartido Al detal estándar (30 días)	Costo Compartido Al detal estándar (60 días)	Costo Compartido Al detal estándar (90 días)	Costo Compartido Orden por correo estándar (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
4	Marca no preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
5	Nivel especializado	33%	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.

MCS Classicare Estrella (HMO)					
Nivel	Descripción	Costo Compartido Al detal estándar (30 días)	Costo Compartido Al detal estándar (60 días)	Costo Compartido Al detal estándar (90 días)	Costo Compartido Orden por correo estándar (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$4	\$8	\$12	\$8
4	Marca no preferida	\$14	\$28	\$42	\$28
5	Nivel especializado	33%	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.

MCS Classicare En Tu Hogar (HMO)					
Nivel	Descripción	Costo Compartido Al detal estándar (30 días)	Costo Compartido Al detal estándar (60 días)	Costo Compartido Al detal estándar (90 días)	Costo Compartido Orden por correo estándar (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$5	\$10	\$15	\$10
4	Marca no preferida	\$15	\$30	\$45	\$30
5	Nivel especializado	33%	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.

MCS Classicare Excede (HMO)					
Nivel	Descripción	Costo Compartido Al detal estándar (30 días)	Costo Compartido Al detal estándar (60 días)	Costo Compartido Al detal estándar (90 días)	Costo Compartido Orden por correo estándar (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
4	Marca no preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
5	Nivel especializado	33%	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.

MCS Classicare Firme (HMO)					
Nivel	Descripción	Costo Compartido Al detal estándar (30 días)	Costo Compartido Al detal estándar (60 días)	Costo Compartido Al detal estándar (90 días)	Costo Compartido Orden por correo estándar (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
4	Marca no preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
5	Nivel especializado	33%	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.

MCS Classicare Hero (HMO)					
Nivel	Descripción	Costo Compartido Al detal estándar (30 días)	Costo Compartido Al detal estándar (60 días)	Costo Compartido Al detal estándar (90 días)	Costo Compartido Orden por correo estándar (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$20	\$40	\$60	\$40
4	Marca no preferida	\$40	\$80	\$120	\$80
5	Nivel especializado	33%	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.

MCS Classicare InteliCare (HMO)					
Nivel	Descripción	Costo Compartido Al detal estándar (30 días)	Costo Compartido Al detal estándar (60 días)	Costo Compartido Al detal estándar (90 días)	Costo Compartido Orden por correo estándar (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
4	Marca no preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
5	Nivel especializado	25%	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.

MCS Classicare MA-PD Grupos (HMO-POS)					
Nivel	Descripción	Costo Compartido Al detal estándar (30 días)	Costo Compartido Al detal estándar (60 días)	Costo Compartido Al detal estándar (90 días)	Costo Compartido Orden por correo estándar (90 días)
1	Genérico preferido	Vea el Capítulo 6, “Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D” de la Evidencia de Cubierta para el costo compartido específico de su grupo. *Un suministro a largo plazo (60 y 90 días) no está disponible para medicamentos en el nivel 5. La orden por correo no está disponible para medicamentos en el nivel 5 - medicamentos especializados.			
2	Genérico				
3	Marca preferida				
4	Marca no preferida				
5	Nivel especializado				

MCS Classicare Primero (HMO C-SNP)					
Nivel	Descripción	Costo Compartido Al detal estándar (30 días)	Costo Compartido Al detal estándar (60 días)	Costo Compartido Al detal estándar (90 días)	Costo Compartido Orden por correo estándar (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
4	Marca no preferida	\$10	\$20	\$30	\$20
5	Nivel especializado	33%	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.

Lista de Medicamentos Cubiertos

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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
BESREMI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 MCG/0.5ML		5	PA; QL (1 per 28 days); NEDS
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML		5	PA; QL (2 per 28 days); NEDS
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	Targretin	5	PA; NEDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	Targretin	5	PA; NEDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	Casodex	1	NEDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
BOSULIF ORAL TABLET 500 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>bosutinib oral tablet 100 mg</i>	Bosulif	5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>bosutinib oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	Bosulif	5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
CAVHANZA ORAL TABLET DISPERSIBLE 60 MG, 80 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		5	PA; QL (63 per 28 days); NEDS
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG		4	PA-BvsD; NEDS
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG		2	PA-BvsD; NEDS
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG		5	PA; QL (112 per 28 days); NEDS
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	Phyrago	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>dasatinib oral tablet 140 mg</i>	Phyrago	5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	Phyrago	5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG		4	PA; QL (1 per 90 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 30 MG		4	PA; QL (1 per 120 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 45 MG		4	PA; QL (1 per 180 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 7.5 MG		4	PA; QL (1 per 30 days); NEDS
ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 25 mg</i>		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 150 mg</i>		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Yulithira	5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>everolimus oral tablet 2.5 mg</i>	Yulithira	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg</i>	Afinitor Disperz	5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	Afinitor Disperz	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	Aromasin	2	MO
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL		5	PA; QL (2 per 28 days); NEDS
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG		4	PA; QL (1 per 28 days); NEDS
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG		5	PA; QL (21 per 28 days); NEDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG		5	PA; QL (84 per 28 days); NEDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG		5	PA; QL (21 per 28 days); NEDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	Iressa	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG		4	NEDS
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG		5	NEDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG		5	PA; QL (224 per 28 days); NEDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG		5	PA; QL (112 per 28 days); NEDS
GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE 1 MG		5	PA; QL (224 per 28 days); NEDS
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	Hydrea	1	NEDS
HYRNUO ORAL TABLET 10 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 125 MG		5	PA; QL (21 per 28 days); NEDS
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA; QL (21 per 28 days); NEDS
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
IDHIFA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	Gleevec	2	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	Gleevec	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG		5	PA; QL (28 per 28 days); NEDS
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML		5	PA; QL (216 per 27 days); NEDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG		5	PA; QL (28 per 28 days); NEDS
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML		5	PA; QL (280 per 28 days); NEDS
INLURIYO ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG		5	PA; QL (5 per 28 days); NEDS
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG		5	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
JAKAFI XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG, 33 MG, 44 MG, 55 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
JIDEYTRO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG		5	PA; NEDS
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML		4	PA-BvsD; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (21 per 28 days); NEDS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (42 per 28 days); NEDS
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (63 per 28 days); NEDS
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (49 per 28 days); NEDS
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (70 per 28 days); NEDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (91 per 28 days); NEDS
KOMZIFTI ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG		5	PA; QL (300 per 30 days); NEDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE SPRINKLE 5 MG		5	PA; QL (600 per 30 days); NEDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE SPRINKLE 7.5 MG		5	PA; QL (360 per 30 days); NEDS
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	Tykerb	5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG, 80 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Revlimid	5	PA; QL (28 per 28 days); NEDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Femara	1	MO
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		5	PA; NEDS
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>		4	PA; NEDS
LIFYORLI (125 MG DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1 X 25 MG & 1 X 100 MG, 3 X 25 MG & 1 X 100 MG, 9 X 25 MG & 1 X 100 MG		5	PA; QL (18 per 28 days); NEDS
LIFYORLI (150 MG DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 25 MG & 1 X 100 MG, 3 X 25 MG & 1 X 100 MG, 9 X 25 MG & 1 X 100 MG		5	PA; QL (27 per 28 days); NEDS
<i>lomustine oral capsule 10 mg, 40 mg</i>	Gleostine	4	NEDS
<i>lomustine oral capsule 100 mg</i>	Gleostine	5	NEDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG		5	PA; QL (100 per 28 days); NEDS
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG		5	PA; QL (80 per 30 days); NEDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG		5	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG		5	PA; QL (1 per 30 days); NEDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 22.5 MG		5	PA; QL (1 per 90 days)
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG		5	PA; QL (1 per 120 days)
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG		5	PA; QL (1 per 180 days)
LUTRATE DEPOT INTRAMUSCULAR INJECTABLE 22.5 MG		4	PA; QL (1 per 90 days); NEDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		5	NEDS
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA; QL (150 per 30 days); NEDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; NEDS
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>		1	PA; HRM; NEDS
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML		5	PA; QL (1260 per 30 days); NEDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>mercaptopurine oral suspension 2000 mg/100ml</i>	Purixan	5	PA; NEDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>		2	NEDS
<i>methotrexate (anti-rheumatic) oral tablet 2.5 mg</i>		2	NEDS
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>		1	PA-BvsD; NEDS
METHOTREXATE SODIUM INJECTION SOLUTION 50 MG/2ML		1	PA-BvsD; NEDS
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>		2	NEDS
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG		5	PA; QL (20 per 28 days); NEDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	Tasigna	5	PA; QL (112 per 28 days); NEDS
<i>nilotinib hcl oral capsule 50 mg</i>	Tasigna	5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>		5	QL (60 per 30 days); NEDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (3 per 28 days); NEDS
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML		5	PA; QL (96 per 28 days); NEDS
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)		5	PA; QL (24 per 28 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG		5	PA; QL (14 per 28 days); NEDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	Votrient	5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>pazopanib hcl oral tablet 400 mg</i>		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (28 per 28 days); NEDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
POMALIDOMIDE ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (21 per 28 days); NEDS
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (21 per 28 days); NEDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG		5	PA; QL (360 per 30 days); NEDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA; QL (224 per 28 days); NEDS
SARCLISA ESCENA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/10ML		5	PA; NEDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (300 per 30 days); NEDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		5	PA; NEDS
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	NexAVAR	5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (84 per 28 days); NEDS
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Sutent	5	PA; QL (28 per 28 days); NEDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG		5	PA; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG		5	PA; QL (900 per 30 days); NEDS
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		1	MO
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	Fareston	4	PA; MO; FFQL
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG		4	PA; QL (1 per 84 days)
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 22.5 MG		4	PA; QL (1 per 168 days)
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 3.75 MG		4	PA; QL (1 per 28 days); NEDS
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>		5	NEDS
TRUQAP ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (64 per 28 days); NEDS
TRUQAP ORAL TABLET THERAPY PACK 160 MG		5	PA; QL (64 per 28 days); NEDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG		3	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG		5	PA; QL (42 per 28 days); NEDS
VEPPANU ORAL TABLET 100 MG, 200 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML		5	PA; QL (600 per 30 days); NEDS
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG		5	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML		4	PA-BvsD; NEDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG		5	PA; QL (16 per 28 days); NEDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG		5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; QL (24 per 28 days); NEDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 80 MG		5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; QL (32 per 28 days); NEDS
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
XTANDI ORAL TABLET 80 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>yulithira oral tablet 10 mg, 7.5 mg</i>	Yulithira	4	PA; QL (30 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>yulithira oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Yulithira	4	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		5	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
ZENBEXUS ORAL CAPSULE 0.75 MG, 1 MG		5	PA; NEDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		5	PA; QL (84 per 28 days); NEDS
AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS			
AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS			
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>		4	MO; FFQL
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>		2	NEDS
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	Suboxone	2	NEDS
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>		2	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>		2	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	MO
KLOXXADO NASAL LIQUID 8 MG/0.1ML		4	QL (4 per 30 days); NEDS
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml</i>		1	NEDS
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>		1	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml</i>		2	NEDS
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>		1	NEDS
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	Narcan	2	NEDS
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>		1	NEDS
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML		4	NEDS
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	Chantix Starting Month Pak	4	QL (53 per 28 days); NEDS
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Chantix	4	QL (56 per 28 days); NEDS
<i>varenicline tartrate(continue) oral tablet 1 mg</i>	Chantix	4	QL (56 per 28 days); NEDS
AGENTES ANTIANSIEDAD			
BENZODIACEPINAS			
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	Xanax	1	PA; HRM; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	Xanax	1	PA; HRM; QL (150 per 30 days); NEDS
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>		2	PA; HRM; NEDS
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	KlonoPIN	1	PA; HRM; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	KlonoPIN	1	PA; HRM; QL (300 per 30 days); NEDS
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>		2	PA; HRM; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>		2	PA; HRM; QL (300 per 30 days); NEDS
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>		2	PA; HRM; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>		2	PA; HRM; QL (240 per 30 days); NEDS
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>		2	PA; HRM; QL (1200 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Valium	1	PA; HRM; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	PA; HRM; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i>	LORazepam Intensol	2	PA; HRM; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	LORazepam Intensol	2	PA; HRM; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Ativan	1	PA; HRM; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>midazolam hcl (pf) injection solution 10 mg/2ml, 2 mg/2ml, 5 mg/5ml, 5 mg/ml</i>		1	NEDS
<i>midazolam hcl injection solution 10 mg/2ml, 2 mg/2ml</i>		1	NEDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Restoril	2	PA; HRM; QL (30 per 30 days); NEDS
AGENTES ANTICOLINÉRGICOS			
ANTIMUSCARÍNICOS/ANTIESPASMÓDICOS			
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Librax	2	PA; HRM; NEDS
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5ml</i>	Cuvposa	2	MO
AGENTES ANTIDEMENCIA			
AGENTES ANTIDEMENCIA			
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Aricept	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet 23 mg</i>	Aricept	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>		4	MO; FFQL; QL (180 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 2 X 250 MG/1.25ML		5	PA; QL (10 per 28 days); NEDS
LEQEMBI IQLIK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 360 MG/1.8ML		5	PA; QL (7.2 per 28 days); NEDS
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>		4	MO; FFQL; QL (300 per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	Exelon	4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
AGENTES ANTIDIABETICO			
AGENTES ANTIDIABETICOS, VARIOS			
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>dapaglifloz base-metformin er oral tablet extended release 24 hour 10-1000 mg, 10-500 mg</i>	Xigduo XR	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>dapaglifloz base-metformin er oral tablet extended release 24 hour 5-1000 mg, 5-500 mg</i>	Xigduo XR	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>dapagliflozin oral tablet 10 mg</i>	Farxiga	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>dapagliflozin oral tablet 5 mg</i>	Farxiga	2	MO; QL (60 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
FARXIGA ORAL TABLET 5 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
KORLYM ORAL TABLET 300 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>		1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral solution 500 mg/5ml</i>	Riomet	2	MO; QL (765 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>		1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 750 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>		1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	Korlym	5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>		2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Actos	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	Duetact	2	MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg</i>		2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-850 mg</i>	Actoplus Met	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>		2	MO; QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>		2	MO; QL (240 per 30 days)
<i>sitagliptin phos-metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 100-1000 mg</i>	Janumet XR	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>sitagliptin phos-metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 50-1000 mg, 50-500 mg</i>	Janumet XR	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>sitagliptin phos-metformin hcl oral tablet 50-1000 mg, 50-500 mg</i>	Janumet	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>sitagliptin phosphate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Januvia	2	MO; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 25-1000 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG, 5-1000 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
INSULINAS			
APIDRA INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
APIDRA SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMALOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 200 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR (50-50) 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (50- 50) 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR (75-25) 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (75- 25) 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMALOG TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMULIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
<i>insulin glargine max solostar subcutaneous solution pen-injector 300 unit/ml</i>	Toujeo Max SoloStar	3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
INSULIN GLARGINE SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
<i>insulin glargine solostar subcutaneous solution pen-injector 300 unit/ml</i>	Toujeo SoloStar	3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
<i>insulin glargine subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Lantus	3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
<i>insulin lispro (1 unit dial) subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	HumaLOG KwikPen	3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
<i>insulin lispro injection solution 100 unit/ml</i>	HumaLOG	3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
<i>insulin lispro junior kwikpen subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	HumaLOG Junior KwikPen	3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
<i>insulin lispro prot & lispro subcutaneous suspension pen-injector (75-25) 100 unit/ml</i>	HumaLOG Mix 75/25 KwikPen	3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
LYUMJEV INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
LYUMJEV KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
MERILOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
MERILOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		4	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML		4	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML		4	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML		3	ST; MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML		3	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
SULFONILUREAS			
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	Glucotrol XL	1	MO; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MO
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		2	MO
AGENTES ANTIGOTA			
AGENTES ANTIGOTA, OTROS			
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>		1	MO
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	Mitigare	4	NEDS
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>		2	NEDS
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>		2	MO
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Uloric	2	MO
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>		2	MO
AGENTES ANTIHIPOGLICÉMICOS			
AGENTES ANTIHIPOGLICÉMICOS, VARIOS			
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	Proglycem	5	NEDS
AGENTES ANTIMIGRAÑA			
AGENTES ANTIMIGRAÑA			
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML		3	PA; MO; FFQL; QL (1 per 30 days)
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>		4	QL (24 per 28 days); NEDS
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Relpax	2	QL (12 per 30 days); NEDS
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML		3	PA; MO; FFQL; QL (3 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML		3	PA; MO; FFQL; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML		3	PA; MO; FFQL; QL (2 per 30 days)
ERGOTAMINE-CAFFEINE ORAL TABLET 1-100 MG		2	QL (40 per 28 days); NEDS
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>		2	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg</i>	Maxalt	2	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 5 mg</i>		2	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg</i>	Maxalt-MLT	2	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 5 mg</i>		2	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Imitrex	1	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>		2	QL (8 per 30 days); NEDS
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		3	PA; QL (16 per 30 days); NEDS
AGENTES ANTINAUSEA			
AGENTES ANTINAUSEA			
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>		5	PA-BvsD; QL (8 per 28 days); NEDS
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>		4	PA-BvsD; QL (8 per 28 days); NEDS
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	Emend BiPack	4	PA-BvsD; QL (8 per 28 days); NEDS
<i>aprepitant oral capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	Emend TriPack	4	PA-BvsD; QL (12 per 28 days); NEDS
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 5 mg</i>		2	PA-BvsD; QL (60 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>dronabinol oral capsule 2.5 mg</i>	Marinol	2	PA-BvsD; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>		2	PA-BvsD; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg</i>		1	NEDS
<i>meclizine hcl oral tablet 25 mg</i>	Dramamine	1	NEDS
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>		2	PA-BvsD; QL (450 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg</i>		2	PA-BvsD; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron hcl oral tablet 8 mg</i>		2	PA-BvsD; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg</i>		2	PA-BvsD; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron oral tablet dispersible 8 mg</i>		2	PA-BvsD; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		1	MO
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	Compro	4	NEDS
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	PA; HRM; NEDS
<i>promethazine hcl rectal suppository 25 mg</i>	Promethegan	4	PA; HRM; NEDS
<i>promethegan rectal suppository 25 mg</i>	Promethegan	4	PA; HRM; NEDS
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	Transderm Scop	2	NEDS
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule 300 mg</i>		2	NEDS

AGENTES ANTIPARASITARIOS

AGENTES ANTIPARASITARIOS

<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>		4	NEDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	Mepron	4	NEDS
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	Malarone	2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	MO
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		4	NEDS
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg, 400 mg</i>		2	MO
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	Plaquenil	2	MO
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 300 mg</i>	Sovuna	2	MO
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	Stromectol	2	NEDS
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>		4	NEDS
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>		2	MO
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>		5	QL (6 per 30 days); NEDS
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	Nebupent	4	PA-BvsD; NEDS
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	Pentam	4	PA-BvsD; NEDS
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	Biltricide	4	NEDS
PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET 26.3 (15 BASE) MG		4	NEDS
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	Daraprim	5	PA; NEDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>		2	PA; NEDS
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
AGENTES ANTIPARKINSON			
AGENTES ANTIPARKINSON			
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>		2	MO
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>		2	MO
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		2	MO
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		1	MO
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>		4	MO; FFQL
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>		2	MO
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>		2	NEDS
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	Lodosyn	2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>carbidopa-levodopa er oral capsule extended release 23.75-95 mg, 48.75-195 mg</i>	Rytary	4	ST; MO; FFQL; QL (360 per 30 days)
<i>carbidopa-levodopa er oral capsule extended release 36.25-145 mg</i>	Rytary	4	ST; MO; FFQL; QL (270 per 30 days)
<i>carbidopa-levodopa er oral capsule extended release 61.25-245 mg</i>	Rytary	4	ST; MO; FFQL; QL (300 per 30 days)
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>		2	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i>	Sinemet	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i>	Dhivy	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>		1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg</i>		2	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 25-250 mg</i>		4	MO; FFQL
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg</i>		4	MO; FFQL
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>		2	MO
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>		4	MO; FFQL
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR		4	MO; FFQL
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>		1	MO
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Azilect	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>		2	MO
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>		1	MO
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>		2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>		2	MO
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>		2	MO
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>		1	MO
AGENTES ANTIPSICÓTICOS			
AGENTES ANTIPSICÓTICOS			
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML		5	PA-BvsD; QL (2.4 per 56 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 960 MG/3.2ML		5	PA-BvsD; QL (3.2 per 56 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG		5	PA-BvsD; QL (1 per 26 days); NEDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		5	PA-BvsD; QL (1 per 26 days); NEDS
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>		4	MO; FFQL; QL (750 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	Abilify	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	Abilify	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 15 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Saphris	4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
BYSANTI ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
BYSANTI TITRATION PACK A ORAL TABLET THERAPY PACK 1 & 2 & 4 & 6 MG		5	PA; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
BYSANTI TITRATION PACK B ORAL TABLET THERAPY PACK 1 & 2 & 6 & 8 MG		5	PA; NEDS
BYSANTI TITRATION PACK C ORAL TABLET THERAPY PACK 1 & 2 & 6 MG		5	PA; NEDS
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>		4	MO; FFQL
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 200 mg, 25 mg</i>		4	MO; FFQL
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 100 mg, 50 mg</i>		2	MO
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	Clozaril	2	QL (270 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>		2	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet 25 mg</i>	Clozaril	2	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet 50 mg</i>		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 150 mg, 25 mg</i>		4	QL (270 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg</i>		4	QL (90 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>		4	QL (120 per 30 days); NEDS
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 50-20 & 100-20 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML		5	PA; QL (0.75 per 21 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML		5	PA; QL (1 per 21 days); NEDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML		5	PA; QL (1.5 per 21 days); NEDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 351 MG/2.25ML		5	PA; QL (2.25 per 21 days); NEDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML		4	PA; QL (0.25 per 21 days); NEDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML		5	PA; QL (0.5 per 21 days); NEDS
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG		4	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 6 MG, 8 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG		4	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLET 1 & 2 & 6 & 8 MG		4	PA; QL (14 per 7 days); NEDS
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLET 1 & 2 & 6 MG		4	PA; QL (8 per 3 days); NEDS
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>		2	NEDS
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>		4	NEDS
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>		4	MO; FFQL
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>		4	MO; FFQL
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MO
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>		2	NEDS
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>		1	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>		2	MO
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>		1	MO
<i>haloperidol oral tablet 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>		2	MO
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML		5	PA; QL (7 per 365 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML		5	PA; QL (10 per 365 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 78 MG/0.5ML		5	PA; QL (1 per 30 days); NEDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML		5	PA; QL (1.5 per 30 days); NEDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML		4	PA; QL (1 per 30 days); NEDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML		5	PA; QL (0.88 per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML		5	PA; QL (1.32 per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML		5	PA; QL (1.75 per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML		5	PA; QL (2.63 per 90 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>		2	MO
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg</i>	Latuda	2	MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>lurasidone hcl oral tablet 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Latuda	4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	Latuda	4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>		2	MO
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	ZyPREXA	4	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	ZyPREXA	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	ZyPREXA Zydis	4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
OPIPZA ORAL FILM 2 MG, 5 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 3 mg, 9 mg</i>	Invega	4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	Invega	4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		2	MO
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	MO
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROquel XR	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROquel	1	MO; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>quetiapine fumarate oral tablet 150 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg</i>	RisperDAL Consta	2	PA-BvsD; QL (2 per 28 days); NEDS
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg, 50 mg</i>	RisperDAL Consta	5	PA-BvsD; QL (2 per 28 days); NEDS
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	RisperDAL	2	MO; QL (240 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	RisperDAL	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MO
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		2	MO
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		2	MO
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	PA; QL (540 per 30 days); NEDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 4.5 MG, 6 MG		3	PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG		3	PA; MO; FFQL; QL (120 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG		3	PA; MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Geodon	2	MO; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	Geodon	4	PA-BvsD; QL (60 per 30 days); NEDS
AGENTES CALÓRICOS			
AGENTES CALÓRICOS			
<i>dextrose-nacl intravenous solution 5-0.9 %</i>		2	NEDS
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10-0.2 %, 10-0.45 %		2	PA-BvsD; NEDS
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>		2	NEDS
SENTRA PM ORAL CAPSULE		2	MO
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA-BvsD; NEDS
AGENTES CARDIOVASCULARES			
AGENTES ALFA-ADRENÉRGICOS			
<i>clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour 0.1 mg</i>		2	MO; QL (120 per 30 days)
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>		1	MO
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr</i>	Catapres-TTS-1	2	MO; QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24hr</i>	Catapres-TTS-2	2	MO; QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr</i>	Catapres-TTS-3	2	MO; QL (8 per 28 days)
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	NEDS
AGENTES ANTIARRITMICOS			
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Pacerone	2	MO
<i>amiodarone hcl oral tablet 400 mg</i>		2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	Tikosyn	4	MO; FFQL
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>		2	MO
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>		2	MO
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>		2	MO
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>		4	MO; FFQL
AGENTES BLOQUEADORES ALFA-ADRENÉRGICOS			
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Cardura	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>		1	MO
AGENTES BLOQUEADORES BETA-ADRENÉRGICOS			
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>		1	MO
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tenormin	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>		1	MO
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		2	MO
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>		1	MO
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	Coreg	1	MO
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Coreg CR	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>		1	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Toprol XL	1	MO
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Lopressor	1	MO
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>		1	MO
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>		2	MO
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>		2	MO
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Bystolic	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>nebivolol hcl oral tablet 20 mg</i>	Bystolic	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Inderal LA	2	MO
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>		2	MO
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>		1	MO
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	Betapace AF	1	MO
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	Betapace	1	MO
<i>sotalol hcl oral tablet 240 mg</i>		1	MO
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		1	MO
AGENTES BLOQUEADORES DA CANAL DE CALCIO			
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 5-10 mg</i>	Lotrel	1	MO
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>		1	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Norvasc	1	MO
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	Exforge	1	MO
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Azor	1	MO
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	Cartia XT	2	MO
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	Tiadyt ER	2	MO
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	Cartia XT	2	MO
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>		2	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Cardizem	2	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>		2	MO
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		2	MO
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	MO
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>		2	MO
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>		1	MO
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg</i>	Procardia XL	1	MO
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 90 mg</i>		1	MO
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 34 mg, 8.5 mg</i>	Sular	2	MO
<i>tiadyt er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>		2	MO
<i>tiadyt er oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	Tiadyt ER	2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>		2	MO
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		1	MO
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>		1	MO
AGENTES CARDIOVASCULARES, VARIOS			
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
DIGOXIN ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML		3	PA; MO; FFQL; HRM; QL (255 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 125 mcg</i>	Digox	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>	Digox	2	PA; MO; HRM; QL (30 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg</i>	Lanoxin	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml</i>		5	PA; QL (18 per 30 days); NEDS
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	Firazyr	5	PA; QL (18 per 30 days); NEDS
<i>ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Corlanor	2	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>metirosine oral capsule 250 mg</i>		5	NEDS
<i>nitro-bid transdermal ointment 2 %</i>		4	MO; FFQL
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR		3	MO; FFQL
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	Nitro-Dur	2	MO
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>		2	MO; QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; QL (2 per 28 days); NEDS
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML		5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA II			
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Atacand	1	MO
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	Atacand HCT	1	MO
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Avapro	1	MO
<i>irbesartan oral tablet 75 mg</i>		1	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	Avalide	1	MO
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Cozaar	1	MO
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	Hyzaar	1	MO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Benicar	1	MO
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Benicar HCT	1	MO
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	Tribenzor	2	MO
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg</i>	Entresto	2	MO; QL (180 per 30 days)
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 49-51 mg, 97-103 mg</i>	Entresto	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 80 mg</i>		1	MO
<i>telmisartan oral tablet 40 mg</i>	Micardis	1	MO
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>		1	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	Micardis HCT	1	MO
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Diovan	1	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	Diovan HCT	1	MO
DISLIPIDÉMICOS			
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	Caduet	2	MO
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>		2	MO
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Lipitor	1	MO
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	Prevalite	2	MO
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	Questran	2	MO
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	Welchol	2	MO
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	Welchol	4	MO; FFQL
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>		2	MO
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	Colestid	2	MO
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	Zetia	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	Vytorin	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate oral capsule 134 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg</i>	Tricor	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i>	Lescol XL	1	MO
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>		1	MO
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	Lopid	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm</i>	Vascepa	4	MO; FFQL; QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gm</i>	Vascepa	4	MO; FFQL; QL (120 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		1	MO
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG		3	PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG		3	PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	Lovaza	2	MO; QL (120 per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>		1	MO
<i>prevalite oral packet 4 gm</i>	Prevalite	3	MO; FFQL
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML		3	PA; MO; FFQL; QL (3 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		3	PA; MO; FFQL; QL (3 per 28 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Crestor	1	MO
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Zocor	1	MO
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>		1	MO
TRYNGOLZA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/0.8ML		5	PA; QL (0.5 per 28 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
TRYNGOLZA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (0.8 per 28 days); NEDS
DIURÉTICOS			
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>		1	MO
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>		1	MO
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>		2	NEDS
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg</i>	Bumex	2	MO
<i>bumetanide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	MO
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	MO
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>		1	NEDS
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>		1	MO
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Lasix	1	MO
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>		1	MO
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	MO
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>		1	MO
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MO
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Aldactone	1	MO
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>		2	MO
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg</i>	Jynarque	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>tolvaptan oral tablet 30 mg</i>	Jynarque	5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>tolvaptan oral tablet therapy pack 15 mg, 30 & 15 mg, 45 & 15 mg, 60 & 30 mg, 90 & 30 mg</i>	Jynarque	5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>		1	MO
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>		1	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>		1	MO
INHIBIDORES DE ENZIMA CONVERTIDORAS DE ANGIOTENSINA			
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Lotensin	1	MO
<i>benazepril hcl oral tablet 5 mg</i>		1	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Lotensin HCT	1	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>		1	MO
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	MO
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Vasotec	1	MO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i>	Vaseretic	1	MO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>		1	MO
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		1	MO
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>		1	MO
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Zestril	1	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Zestoretic	1	MO
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>		1	MO
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		1	MO
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>		1	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>		2	MO
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>		1	MO
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>		1	MO
INHIBIDORES DEL SISTEMA DE RENINA-ANGIOTENSINA-ALDOSTERONA			
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Tekturna	4	MO; FFQL
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	MO
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG		3	PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
VASODILATADORES			
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	MO
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>		2	MO
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>		1	MO
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		1	MO
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>		1	MO
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	Nitrostat	2	MO
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	Nitrolingual	2	MO
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA			
AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA			
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>		2	MO; QL (300 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg</i>		1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg</i>		1	MO; QL (4 per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 70 mg</i>	Fosamax	1	MO; QL (4 per 28 days)
BILDYOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML		4	PA; QL (1 per 180 days)
BILPREVDA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML		5	PA; QL (1.7 per 28 days); NEDS
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>		2	PA-BvsD; MO; QL (4 per 28 days)
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>		2	MO
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>		2	MO
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 90 mg</i>	Sensipar	4	MO; FFQL; QL (120 per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	Sensipar	4	MO; FFQL; QL (150 per 30 days)
ENOBYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML		4	PA; QL (1 per 180 days); NEDS
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>		2	MO; QL (1 per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i>	Zemplar	2	MO
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>		2	MO
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	Actonel	2	MO; QL (1 per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 30 mg</i>		2	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg (12 pack)</i>	Actonel	2	MO; QL (12 per 84 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg, 35 mg (4 pack)</i>	Actonel	2	MO; QL (4 per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 5 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	Atelvia	2	MO; QL (4 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML		5	PA; QL (1.56 per 30 days); NEDS
XTRENBO SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML		3	PA; QL (1.7 per 28 days); NEDS
AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO			
AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO			
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	Nuvigil	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG		3	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	Silenor	2	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Provigil	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	Rozerem	2	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	Xyrem	5	PA; QL (540 per 30 days); NEDS
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>		2	PA; HRM; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Ambien	2	PA; HRM; QL (30 per 30 days); NEDS
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Adderall	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 6 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 24 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG		5	PA; QL (28 per 28 days); NEDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 6 & 12 & 24 MG		5	PA; QL (42 per 28 days); NEDS
DAYBUE ORAL SOLUTION 200 MG/ML		5	PA; QL (3600 per 30 days); NEDS
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Focalin	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Zenzedi	2	MO
<i>dextromethorphan-quinidine oral capsule 20-10 mg</i>	Nuedexta	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Intuniv	2	PA; MO; HRM
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg</i>	Lithobid	1	MO
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg</i>		1	MO
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		1	MO
LITHIUM CARBONATE ORAL CAPSULE 600 MG		1	MO
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>		1	MO
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>		2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 18 mg, 27 mg</i>	Concerta	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 36 mg</i>	Concerta	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 54 mg</i>	Concerta	4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 18 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Ritalin	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>milnacipran hcl oral 12.5 & 25 & 50 mg</i>	Savella Titration Pack	2	MO; QL (55 per 28 days)
<i>milnacipran hcl oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Savella	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>		4	PA; MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	Xenazine	4	PA; MO; FFQL; QL (90 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	Xenazine	5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG		4	PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO			
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO, OTROS			
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>		2	PA-BvsD; NEDS
BRONCHITOL TOLERANCE TEST INHALATION CAPSULE 40 MG		5	PA; NEDS
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>		2	PA-BvsD; MO
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>nintedanib esylate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	Ofev	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
ORKAMBI ORAL PACKET 75-94 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>		5	PA; NEDS
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg</i>	Esbriet	5	PA; NEDS
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>		5	PA; NEDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML		5	PA-BvsD; NEDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML		5	PA-BvsD; QL (150 per 30 days); NEDS
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	Daliresp	4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG		5	PA; QL (84 per 28 days); NEDS
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 2 X 45 MG, 2 X 60 MG, 45 MG, 60 MG		5	PA; QL (1 per 21 days); NEDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOESTEROIDES INHALADOS			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (1 per 30 days)
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (1 per 30 days)
ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (1 per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (26 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	Pulmicort	4	PA-BvsD; MO; FFQL
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act, 220 mcg/act</i>		4	MO; FFQL; QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 44 mcg/act</i>		4	MO; FFQL; QL (21.2 per 30 days)
ANTILEUCOTRINOS			
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	Singulair	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	Singulair	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	Singulair	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
BRONCODILATADORES			
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	Ventolin HFA	2	MO; QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)</i>	Ventolin HFA	2	MO; QL (13.4 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	Ventolin HFA	2	MO; QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%</i>		1	PA-BvsD; MO; QL (360 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>		1	PA-BvsD; MO; QL (360 per 25 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 2.5 mg/0.5ml</i>		1	PA-BvsD; MO; QL (100 per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>		2	MO
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>		2	MO
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT		4	MO; FFQL; QL (26 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>breyana inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	Breyana	3	MO; FFQL; QL (10.3 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-18-4.8 MCG/ACT, 160-9-4.8 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (10.7 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	Breyana	2	MO; QL (10.2 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT		4	MO; FFQL; QL (4 per 20 days)
<i>fluticasone furoate-vilanterol inhalation aerosol powder breath activated 100-25 mcg/act, 200-25 mcg/act</i>	Breo Ellipta	3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	Wixela Inhub	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>		2	PA-BvsD; MO; QL (252 per 25 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>		2	PA-BvsD; MO; QL (540 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>		2	PA-BvsD; MO; QL (540 per 30 days)
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	Xopenex HFA	2	MO; QL (30 per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 108 (90 BASE) MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (4 per 30 days)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>		4	MO; FFQL
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>		2	MO
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>		2	MO
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>		4	MO; FFQL
<i>tiotropium bromide inhalation capsule 18 mcg</i>	Spiriva HandiHaler	2	MO; QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	Wixela Inhub	2	MO; QL (60 per 30 days)
AGENTES DENTALES Y ORALES			
AGENTES DENTALES Y ORALES			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	Evovac	2	MO
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	Periogard	1	NEDS
<i>periogard mouth/throat solution 0.12 %</i>	Periogard	1	NEDS
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Salagen	2	MO
<i>sodium fluoride oral solution 0.5 mg/ml</i>		2	MO
<i>sodium fluoride oral solution 1.1 (0.5 f) mg/ml</i>		2	MO
<i>sodium fluoride oral tablet 1.1 (0.5 f) mg</i>		2	MO
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>		2	MO
<i>sodium fluoride oral tablet chewable 0.55 (0.25 f) mg</i>		2	MO
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	Kourzeq	2	NEDS

AGENTES DERMATOLÓGICOS

AGENTES ANTIINFLAMATORIOS DERMATOLÓGICOS

<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	Diprolene	2	NEDS
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>		2	NEDS
BETAMETHASONE VALERATE EXTERNAL LOTION 0.1 %		2	NEDS
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>clobetasol propionate external lotion 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	Clodan	2	NEDS
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>desonide external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>desonide external lotion 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>		2	NEDS
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	Topicort	2	NEDS
<i>diclofenac sodium external gel 3 %</i>		4	QL (1000 per 30 days); NEDS
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>		4	QL (300 per 30 days); NEDS
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %		3	PA; NEDS
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	Derma-Smoothe/FS Body	2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>		2	NEDS
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	Synalar	2	NEDS
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	Synalar	2	NEDS
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	Derma-Smoother/FS Scalp	2	NEDS
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>		2	NEDS
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	Procto-Med HC	1	NEDS
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE EXTERNAL CREAM 1-1 %		2	NEDS
<i>hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %</i>		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>	Aveeno Anti-Itch Max St	1	NEDS
<i>hydrocortisone external cream 2.5 %</i>		1	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>		1	NEDS
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i>	Aquaphor Itch Relief Children	1	NEDS
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>		1	NEDS
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>		2	NEDS
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>		2	NEDS
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>		1	NEDS
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>		1	NEDS
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>		1	NEDS
<i>procto-med hc external cream 2.5 %</i>	Procto-Med HC	2	NEDS
<i>proctosol hc external cream 2.5 %</i>	Procto-Med HC	2	NEDS
<i>proctozone-hc external cream 2.5 %</i>	Procto-Med HC	2	NEDS
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.5 %</i>	Triderm	2	NEDS
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %</i>		2	NEDS
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.1 %</i>		2	QL (240 per 30 days); NEDS
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>		1	NEDS
AGENTES DERMATOLÓGICOS, OTROS			
<i>acutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Accutane	4	NEDS
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>		4	PA; NEDS
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>		2	PA; NEDS
<i>adapalene external gel 0.3 %</i>	Differin	2	PA; NEDS
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>		2	NEDS
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	AL12	2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>		4	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	Calcitrene	4	QL (120 per 30 days); NEDS
CALCIPOTRIENE EXTERNAL SOLUTION 0.005 %		2	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>claravis oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Accutane	4	NEDS
<i>claravis oral capsule 30 mg</i>	Claravis	4	NEDS
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>		2	NEDS
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>		2	NEDS
<i>imiquimod external cream 5 %</i>		2	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Accutane	2	NEDS
<i>isotretinoin oral capsule 30 mg</i>	Claravis	2	NEDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	Rectiv	4	NEDS
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>		2	NEDS
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM		4	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>		1	NEDS
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	SSD	2	NEDS
<i>ssd external cream 1 %</i>	SSD	2	NEDS
<i>tazarotene external cream 0.05 %</i>	Tazorac	4	PA; NEDS
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	Tazorac	2	PA; NEDS
<i>tazarotene external gel 0.05 %, 0.1 %</i>	Tazorac	2	PA; QL (100 per 30 days); NEDS
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	Retin-A	2	PA; NEDS
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	Retin-A	2	PA; NEDS
<i>tretinoin external gel 0.05 %</i>	Atralin	2	PA; NEDS
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Accutane	4	NEDS
<i>zenatane oral capsule 30 mg</i>	Claravis	4	NEDS
ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA)			
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	Zovirax	2	NEDS
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	Cleocin	2	NEDS
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	Vandazole	2	NEDS
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>		2	NEDS
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>		2	NEDS
VANDAZOLE VAGINAL GEL 0.75 %		4	NEDS
ANTIBACTERIANOS DERMATOLÓGICOS			
<i>clindamycin phos (once-daily) external gel 1 %</i>	Clindagel	2	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	Cleocin-T	2	NEDS
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>		2	QL (240 per 30 days); NEDS
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	Clindacin ETZ	2	NEDS
ERY EXTERNAL PAD 2 %		2	NEDS
<i>erythromycin external gel 2 %</i>		2	NEDS
<i>erythromycin external solution 2 %</i>		2	NEDS
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>		2	NEDS
<i>metronidazole external gel 0.75 %, 1 %</i>		2	NEDS
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>		2	NEDS
<i>mupirocin calcium external cream 2 %</i>		1	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>		2	QL (352 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	Klaron	2	NEDS
ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS			
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	Ovide	2	NEDS
<i>permethrin external cream 5 %</i>		2	NEDS
AGENTES GASTROINTESTINALES			
AGENTES ANTIÚLCERAS Y SUPRESORES DE ÁCIDOS			
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i>	Tagamet HB	2	NEDS
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>		2	MO
<i>dexlansoprazole oral capsule delayed release 30 mg, 60 mg</i>	Dexilant	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>	GoodSense Esomeprazole	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg</i>	NexIUM	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>		2	MO
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	MM Acid-Pep Maximum Strength	1	MO
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	Pepcid	1	MO
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i>	Prevacid 24HR	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i>	Prevacid	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	Cytotec	2	MO
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		1	MO
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 40 mg</i>		1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 20 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	Protonix	1	MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>sucralfate oral suspension 1 gm/10ml</i>		4	MO; FFQL
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	Carafate	1	MO
TALICIA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 250-12.5-10 MG		4	PA; NEDS
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG		4	PA; QL (28 per 14 days); NEDS
VOQUEZNA ORAL TABLET 20 MG		4	PA; NEDS
AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA			
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	Lotronex	4	PA; MO; FFQL
<i>alosetron hcl oral tablet 1 mg</i>	Lotronex	5	PA; NEDS
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>		2	NEDS
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	Uceris	5	NEDS
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>		4	NEDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	Cortenema	4	NEDS
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	Apriso	2	MO; QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine er oral capsule extended release 500 mg</i>	Pentasa	4	MO; FFQL
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>		2	MO
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	Lialda	2	MO
<i>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</i>		2	NEDS
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>		4	NEDS
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	Canasa	4	NEDS
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Azulfidine	1	MO
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	Azulfidine EN-tabs	2	MO
AGENTES GASTROINTESTINALES, OTROS			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin oral capsule 140-125-125 mg</i>	Pylera	2	NEDS
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>		2	MO
<i>calcium acetate (phos binder) oral tablet 667 mg</i>	Calphron	2	MO
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	Calphron	2	MO
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	Carbaglu	5	PA; NEDS
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>		2	MO
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	Gastrocrom	4	MO; FFQL
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>		2	NEDS
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>		2	NEDS
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	Lomotil	2	NEDS
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>		2	MO
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>		2	MO
<i>glycerol phenylbutyrate oral liquid 1.1 gm/ml</i>	Ravicti	5	PA; NEDS
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	NEDS
<i>kionex combination suspension 15 gm/60ml</i>	Kionex	2	NEDS
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>		2	MO
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM		4	MO; FFQL
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	Imodium A-D	2	NEDS
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	Amitiza	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		1	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Reglan	1	NEDS
MOVANTI ^K ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		3	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	Renvela	2	MO
<i>sodium polystyrene sulfonate combination suspension 15 gm/60ml</i>	Kionex	2	NEDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>		2	NEDS
<i>sps (sodium polystyrene sulf) combination suspension 15 gm/60ml</i>	Kionex	2	NEDS
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>		2	MO
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>		2	MO
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i>	Urso Forte	2	MO
VOWST ORAL CAPSULE		5	PA; QL (12 per 30 days); NEDS
XERMELO ORAL TABLET 250 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
LAXANTES			
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM		2	NEDS
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm</i>	GaviLyte-G	2	NEDS
<i>gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm</i>	GaviLyte-N with Flavor Pack	2	NEDS
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	Suprep Bowel Prep Kit	2	NEDS
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)</i>	Suprep Bowel Prep Kit	4	NEDS
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	GaviLyte-N with Flavor Pack	2	NEDS
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	GaviLyte-G	2	NEDS
AGENTES GENITOURINARIOS			
AGENTES GENITOURINARIOS, VARIOS			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	Uroxatral	1	MO; QL (30 per 30 days)
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG		4	PA; MO; FFQL
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	Avodart	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	Jalyn	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	Proscar	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>		2	MO
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
ANTIESPASMÓDICOS, URINARIO			
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>		2	NEDS
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour 15 mg, 7.5 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>flavoxate hcl oral tablet 100 mg</i>		2	MO
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML		3	MO; FFQL; QL (300 per 30 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>		1	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>		1	MO
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/ MODIFICADOR			
AGENTES TIROIDEOS Y ANTITIROIDEOS			
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Levoxyl	1	MO
<i>levothyroxine sodium oral tablet 300 mcg</i>	Synthroid	1	MO
<i>levoxyl oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Levoxyl	1	MO
<i>liomny oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	Liomny	2	MO
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	Liomny	2	MO
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		1	MO
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>		2	MO
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
SYNTHROID 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		3	MO; FFQL
ANDRÓGENOS			
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>		4	NEDS
TESTOSTERONE CYPIONATE INJECTION SOLUTION 200 MG/ML		2	PA; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	Depo-Testosterone	2	PA; MO
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>		2	PA; MO
<i>testosterone gel 1.62 % transdermal</i>	AndroGel Pump	2	PA; MO
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)</i>	Vogelxo Pump	2	PA; MO
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	AndroGel Pump	2	PA; MO
<i>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%)</i>		2	PA; MO; QL (75 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5gm (1%)</i>	Testim	2	PA; MO; QL (300 per 30 days)
ESTRÓGENOS Y ANTIESTRÓGENOS			
<i>abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	Abigale Lo	2	MO
<i>abigale oral tablet 1-0.5 mg</i>	Abigale	2	MO
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		1	MO
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	Alora	2	MO
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr</i>	Dotti	2	MO
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	Climara	2	MO
<i>estradiol vaginal cream 0.01 %</i>	Estrace	2	MO
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	Yuvafem	2	MO
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	Abigale Lo	2	MO
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg</i>	Abigale	2	MO
<i>fyavolv oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	Fyavolv	2	MO
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	Fyavolv	2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	Fyavolv	2	MO
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG		3	MO; FFQL
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM		3	MO; FFQL
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	Evista	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i>	Yuvaferm	2	MO
GLUCOCORTICOIDES/MINERALOCORTICOIDES			
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>		2	NEDS
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>		1	MO
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Cortef	2	NEDS
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG		5	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
ISTURISA ORAL TABLET 5 MG		5	PA; QL (360 per 30 days); NEDS
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Medrol	2	NEDS
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>		2	NEDS
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	Medrol	2	NEDS
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>prednisolone oral tablet 5 mg</i>		2	NEDS
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml</i>		2	NEDS
PREDNISON INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		2	NEDS
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>		1	NEDS
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>		2	NEDS
TARPEYO ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 4 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
MIMÉTICOS DE INCRETINA			
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML		3	PA; MO; FFQL; QL (2 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 2.5 MG/0.5ML		3	PA; QL (2 per 28 days); NEDS
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML		3	PA; MO; FFQL; QL (3 per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML		3	PA; MO; FFQL; QL (6 per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML		3	PA; MO; FFQL; QL (3 per 28 days)
OZEMPIC ORAL TABLET 1.5 MG		3	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
OZEMPIC ORAL TABLET 4 MG, 9 MG		3	PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML		3	PA; MO; FFQL; QL (4 per 28 days)
WEGOVY ORAL TABLET 1.5 MG, 25 MG, 4 MG, 9 MG		3	PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.25 MG/0.5ML, 0.5 MG/0.5ML, 1 MG/0.5ML		3	PA; QL (2 per 28 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 1.7 MG/0.75ML, 2.4 MG/0.75ML		3	PA; MO; FFQL; QL (3 per 28 days)
PITUITARIO			
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>		4	MO; FFQL
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	DDAVP	2	MO
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>		4	MO; FFQL
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML		5	PA; NEDS
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG		5	PA; QL (1 per 30 days); NEDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG		5	PA; QL (1 per 90 days)
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	SandoSTATIN	2	PA-BvsD; MO
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml</i>		5	PA-BvsD; NEDS
<i>octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml</i>		2	PA-BvsD; MO
<i>octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml</i>	SandoSTATIN	5	PA-BvsD; NEDS
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 10 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML		5	PA; NEDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 25 MG, 30 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML		5	PA; NEDS
PROGESTINAS			
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML		3	QL (0.65 per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i>	Gallifrey	2	MO
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	Depo-Provera	2	QL (1 per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	Depo-Provera	2	QL (1 per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Provera	1	MO
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>		4	PA; HRM; NEDS
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>		4	PA; MO; FFQL; HRM
<i>megestrol acetate suspension 400 mg/10ml oral</i>		4	PA; HRM; NEDS
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	Gallifrey	2	MO
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	Prometrium	2	MO
AGENTES INMUNOLÓGICOS			
AGENTES INMUNOLÓGICOS			
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML		5	PA-BvsD; NEDS
<i>adalimumab-aaty (1 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml</i>	Yuflyma (1 Pen)	5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
<i>adalimumab-aaty (1 pen) subcutaneous auto-injector kit 80 mg/0.8ml</i>	Yuflyma (1 Pen)	5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
<i>adalimumab-aaty (2 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml</i>	Yuflyma (1 Pen)	5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
<i>adalimumab-aaty (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 20 mg/0.2ml</i>		5	PA; QL (2 per 28 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>adalimumab-aaty (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.4ml</i>	Yuflyma (2 Syringe)	5	PA; QL (6 per 28 days); NEDS
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs start subcutaneous auto-injector kit 80 mg/0.8ml</i>	Yuflyma (1 Pen)	5	PA; QL (3 per 28 days); NEDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG		5	PA-BvsD; NEDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	Imuran	2	PA-BvsD; MO
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		5	PA; NEDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		5	PA; NEDS
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML		5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Gengraf	2	PA-BvsD; MO
<i>cyclosporine modified oral capsule 50 mg</i>		2	PA-BvsD; MO
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Neoral	4	PA-BvsD; MO; FFQL
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	SandIMMUNE	4	PA-BvsD; MO; FFQL
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg</i>	Tecfidera	4	PA; MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg</i>	Tecfidera	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 & 240 mg</i>	Tecfidera	4	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/1.14ML		5	PA; QL (4.56 per 28 days); NEDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML		5	PA; QL (4.56 per 28 days); NEDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML		5	PA; NEDS
ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 108 MG/0.68ML		5	PA; QL (1.36 per 28 days); NEDS
ENVARUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG		4	PA-BvsD; MO; FFQL
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg</i>	Zortress	4	PA-BvsD; MO; FFQL
<i>everolimus oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	Zortress	5	PA-BvsD; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML		5	PA; QL (1 per 28 days); NEDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 30 MG/ML		5	PA; QL (1 per 28 days); NEDS
<i> fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	Gilenya	5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML		5	PA-BvsD; NEDS
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM		5	PA-BvsD; NEDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML		5	PA-BvsD; NEDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML		5	PA-BvsD; NEDS
<i> glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Copaxone	5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 per 28 days); NEDS
HADLIMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 per 28 days); NEDS
HYFTOR EXTERNAL GEL 0.2 %		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
IMULDOSA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML		5	PA; QL (0.5 per 28 days); NEDS
IMULDOSA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML		5	PA; QL (1 per 28 days); NEDS
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML		5	PA; QL (1.2 per 28 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML		5	PA; NEDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML		5	PA; NEDS
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML		5	PA; NEDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Arava	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	CellCept	2	PA-BvsD; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	CellCept	5	PA-BvsD; NEDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	CellCept	2	PA-BvsD; MO
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	Myfortic	2	PA-BvsD; MO
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML		5	PA; QL (3 per 28 days); NEDS
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML		5	PA; QL (3 per 28 days); NEDS
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML		5	PA; QL (0.4 per 28 days); NEDS
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		5	PA; QL (3 per 28 days); NEDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 125 MG/ML		5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML		5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.4ML		5	PA; QL (2 per 28 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 87.5 MG/0.7ML		5	PA; QL (3 per 28 days); NEDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG, 4 X 10 & 51 X20 MG		5	PA; QL (55 per 28 days); NEDS
OTEZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 75 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK ORAL TABLET THERAPY PACK 10&20&30&(ER)75 MG		5	PA; QL (55 per 28 days); NEDS
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>		2	ST; NEDS
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG		4	PA-BvsD; MO; FFQL
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML		5	PA; QL (360 per 30 days); NEDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
SIMLANDI (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 per 28 days); NEDS
SIMLANDI (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML		5	PA; QL (6 per 28 days); NEDS
SIMLANDI (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML		3	PA; MO; FFQL; QL (2 per 28 days)
SIMLANDI (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML		5	PA; QL (6 per 28 days); NEDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>		4	PA-BvsD; MO; FFQL
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		4	PA-BvsD; MO; FFQL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML		5	PA; QL (3 per 84 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML		5	PA; QL (1.2 per 56 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 360 MG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 per 56 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; QL (3 per 84 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 55 MG/0.37ML		5	PA; QL (0.37 per 28 days); NEDS
STARJEMZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML		3	PA; MO; FFQL; QL (0.5 per 28 days)
STARJEMZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML		3	PA; MO; FFQL; QL (0.5 per 28 days)
STARJEMZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML		3	PA; MO; FFQL; QL (1 per 28 days)
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>		4	ST; NEDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	Prograf	4	PA-BvsD; MO; FFQL
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (112 per 28 days); NEDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; QL (224 per 28 days); NEDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML		5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML		5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
<i>ustekinumab-aauz subcutaneous solution prefilled syringe 45 mg/0.5ml</i>	Otulfí	3	PA; MO; FFQL; QL (0.5 per 28 days)
<i>ustekinumab-aauz subcutaneous solution prefilled syringe 90 mg/ml</i>	Otulfí	3	PA; MO; FFQL; QL (1 per 28 days)
VELSIPTITY ORAL TABLET 2 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 231 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML		3	PA; MO; FFQL; QL (1 per 28 days)
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML		3	PA; MO; FFQL; QL (0.5 per 28 days)
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML		5	PA; QL (1 per 28 days); NEDS
ZYMFENTRA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 120 MG/ML		5	PA; NEDS
ZYMFENTRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 120 MG/ML		5	PA; NEDS
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 120 MG/ML		5	PA; NEDS
VACUNAS			
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML		1	NEDS
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		1	NEDS
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 LF-MCG/0.5		1	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2-15.5 LF-MCG/0.5		1	NEDS
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML		1	NEDS
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG		1	NEDS
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		1	NEDS
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5		1	NEDS
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5		1	NEDS
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML		1	PA-BvsD; NEDS
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML		1	PA-BvsD; NEDS
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML		1	NEDS
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		1	NEDS
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 720 EL U/0.5ML		1	NEDS
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML		1	NEDS
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML		1	PA-BvsD; NEDS
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG		1	NEDS
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML		1	PA-BvsD; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10		1	NEDS
IPOL INJECTION SUSPENSION		1	NEDS
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION		1	NEDS
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML		1	NEDS
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		1	NEDS
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION 0.5 ML		1	NEDS
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		1	NEDS
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED		1	NEDS
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML		1	NEDS
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		1	NEDS
PEDVAXHIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML		1	NEDS
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		1	NEDS
PENMENVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		1	NEDS
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		1	NEDS
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		1	NEDS
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		1	NEDS
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION		1	NEDS
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		1	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
RABAERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		1	PA-BvsD; NEDS
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		1	PA-BvsD; NEDS
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		1	PA-BvsD; NEDS
ROTARIX ORAL SUSPENSION		1	NEDS
ROTATEQ ORAL SOLUTION		1	NEDS
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML		1	NEDS
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML		1	NEDS
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML		1	NEDS
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)		1	NEDS
TENIVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2 LF/0.5ML		1	NEDS
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML		1	NEDS
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		1	NEDS
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML		1	NEDS
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML		1	NEDS
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 50 UNIT/ML		1	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 25 UNIT/0.5ML, 50 UNIT/ML		1	NEDS
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 1350 PFU/0.5ML		1	NEDS
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED		1	NEDS
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 40 MCG/0.8ML		1	NEDS
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE		1	NEDS
YF-VAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		1	NEDS
AGENTES OFTÁLMICOS			
AGENTES ANTIGLAUCOMA			
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>		2	MO
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		2	MO
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	MO
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.01 %</i>	Lumigan	2	MO; QL (2.5 per 25 days)
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>		2	MO; QL (5 per 25 days)
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.1 %</i>	Alphagan P	3	MO; FFQL
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %</i>	Alphagan P	2	MO
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>		2	MO
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution 0.2-0.5 %</i>	Combigan	2	MO
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	Azopt	4	MO; FFQL
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>		2	MO
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>		2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	Cosopt	2	MO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	Cosopt PF	2	MO
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	Xalatan	1	MO; QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		1	MO
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	MO
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>		2	MO
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %		4	MO; FFQL
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %		4	MO; FFQL
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %		3	MO; FFQL
<i>timolol hemihydrate ophthalmic solution 0.5 %</i>	Betimol	1	MO
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>		2	MO
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>		1	MO
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	Travatan Z	2	MO; QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %		3	MO; FFQL; QL (2.5 per 25 days)
AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA			
AGENTES ANTIINFECCIOSOS DE OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA			
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>		2	NEDS
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %		4	NEDS
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>		2	NEDS
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>		1	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>		4	NEDS
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>		2	NEDS
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	NEDS
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>		2	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>		2	NEDS
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	Vigamox	2	NEDS
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>		2	NEDS
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	Maxitrol	2	NEDS
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>		2	NEDS
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>		2	NEDS
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>		2	NEDS
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>		2	NEDS
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	Ocuflox	2	NEDS
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>		2	NEDS
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>		1	NEDS
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>		2	NEDS
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>		2	QL (20 per 30 days); NEDS
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>		2	NEDS
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
XDEMVI OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %		4	PA; NEDS
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS DE OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA			
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>		2	NEDS
<i>cyclosporine (pf) ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	Restasis	4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	Durezol	2	NEDS
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>		2	QL (50 per 25 days); NEDS
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	DermOtic	2	NEDS
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	FML Liquifilm	2	NEDS
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>		2	NEDS
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	Flonase Allergy Rel Childrens	1	QL (16 per 30 days); NEDS
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %		3	NEDS
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	Acular LS	2	NEDS
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	Acular	2	QL (10 per 25 days); NEDS
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel 0.5 %</i>	Lotemax	2	NEDS
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	Lotemax	2	NEDS
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act</i>	Nasonex 24HR	2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	Maxitrol	2	NEDS
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	Pred Forte	2	NEDS
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>		2	NEDS
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>		2	NEDS
XIIDRA OPTHALMIC SOLUTION 5 %		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
AGENTES DE OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA, VARIOS			
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	NEDS
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>		2	MO
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>		2	QL (30 per 25 days); NEDS
<i>azelastine hcl nasal solution 137 mcg/spray</i>		2	QL (30 per 25 days); NEDS
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>azelastine-fluticasone nasal suspension 137-50 mcg/act</i>	Dymista	2	QL (23 per 30 days); NEDS
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>		1	NEDS
<i>epinastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS (ADRENÉRGICOS)			
AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS (ADRENÉRGICOS)			
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	Northera	4	PA; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Northera	5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml</i>	EpiPen Jr 2-Pak	2	QL (2 per 30 days); NEDS
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.3 mg/0.3ml</i>	Auvi-Q	2	QL (2 per 30 days); NEDS

AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS

AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS

BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER 3 MG/DOSE		3	NEDS
BAQSIMI TWO PACK NASAL POWDER 3 MG/DOSE		3	NEDS
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>		2	NEDS
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	Ampyra	3	PA; MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG		4	NEDS
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>glucagon emergency injection solution reconstituted 1 mg</i>		3	NEDS
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	PA; HRM; NEDS
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg</i>		2	NEDS
<i>leucovorin calcium oral tablet 5 mg</i>	Lederle Leucovorin	2	NEDS
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	Carnitor	2	MO
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Carnitor	2	MO
<i>l-glutamine oral packet 5 gm</i>	Endari	2	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>		2	NEDS
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	Mesnex	2	NEDS

AGENTES VASODILATADORES

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES VASODILATADORES			
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Letairis	5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	Tracleer	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>bosentan oral tablet soluble 32 mg</i>	Tracleer	5	PA; QL (112 per 28 days); NEDS
<i>macitentan oral tablet 10 mg</i>	Opsumit	5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ORENITRAM MONTH 1 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0.125 & 0.25 MG		5	PA; NEDS
ORENITRAM MONTH 2 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0.125 & 0.25 MG		5	PA; NEDS
ORENITRAM MONTH 3 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0.125 & 0.25 & 1 MG		5	PA; NEDS
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.125 MG		3	PA; MO; FFQL
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG		5	PA; NEDS
<i>sildenafil citrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Viagra	2	EXCL; QL (7 per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	Revatio	2	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>tadalafil (pah) oral tablet 20 mg</i>	Adcirca	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>		2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	Cialis	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 100 MCG		5	PA; QL (480 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
UPTRAVI ORAL TABLET 150 MCG		5	PA; QL (300 per 30 days); NEDS
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG		5	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG		5	PA; QL (200 per 30 days); NEDS
<i>vardeafil hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		2	EXCL; QL (7 per 30 days)

ANALGÉSICOS

AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	CeleBREX	2	ST; MO; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine external patch 1.3 %</i>	Flector	2	PA; NEDS
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>		2	MO
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>		1	MO
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MO
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg, 75-0.2 mg</i>	Arthrotec	2	MO
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>		2	MO
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>		2	MO
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>		2	MO
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i>	Lodine	2	MO
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>		2	MO
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	Lurbiro	2	MO
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	IBU	1	MO
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	Childrens Advil	1	NEDS
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	IBU	1	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>indomethacin er oral capsule extended release 75 mg</i>		2	MO
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>		2	MO
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>		2	QL (20 per 5 days); NEDS
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>		1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>		1	MO
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg</i>		1	MO
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>		1	MO
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>		1	MO
<i>naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>		1	MO
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>		2	MO
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>		2	MO
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>		2	MO
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>		1	MO
ANALGÉSICOS, VARIOS			
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>		2	QL (4500 per 30 days); NEDS
<i>acetaminophen-codeine oral solution 300-30 mg/12.5ml</i>		2	QL (4500 per 30 days); NEDS
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>		2	QL (390 per 30 days); NEDS
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg, 300-60 mg</i>		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>		2	PA; HRM; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	BAC (Butalbital-Acetamin-Caff)	2	PA; HRM; QL (180 per 30 days); NEDS
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG		1	QL (720 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 30 MG		1	QL (360 per 30 days); NEDS
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 60 MG		1	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>		2	QL (10 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>		2	QL (3600 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>		2	QL (360 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>		2	QL (240 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>		2	QL (150 per 30 days); NEDS
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg</i>	Dilaudid	2	QL (960 per 30 days); NEDS
<i>hydromorphone hcl oral tablet 4 mg</i>	Dilaudid	2	QL (480 per 30 days); NEDS
<i>hydromorphone hcl oral tablet 8 mg</i>	Dilaudid	2	QL (90 per 30 days); NEDS
JOURNAVX ORAL TABLET 50 MG		4	ST; QL (29 per 14 days); NEDS
<i>meperidine hcl injection solution 100 mg/ml</i>		1	NEDS
<i>meperidine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Demerol	1	NEDS
METHADONE HCL ORAL SOLUTION 5 MG/5ML		2	QL (3600 per 30 days); NEDS
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg</i>		2	QL (120 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	MS Contin	2	QL (180 per 30 days); NEDS
MORPHINE SULFATE ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		2	QL (2700 per 30 days); NEDS
MORPHINE SULFATE ORAL SOLUTION 20 MG/5ML		2	QL (1350 per 30 days); NEDS
MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG		2	QL (360 per 30 days); NEDS
MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 30 MG		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>		2	QL (720 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg</i>		2	QL (360 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg</i>	Roxicodone	2	QL (240 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 20 mg</i>		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 30 mg</i>	Roxicodone	2	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 5 mg</i>		2	QL (720 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	Endocet	2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	Endocet	2	QL (360 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	Endocet	2	QL (240 per 30 days); NEDS
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>		2	QL (240 per 30 days); NEDS
ANESTÉSICOS			
ANESTESIA LOCAL			
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>		2	PA; QL (50 per 30 days); NEDS
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	Lidocan	4	QL (90 per 30 days); NEDS
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>		2	PA; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>		2	NEDS
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>		2	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS			
ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS			
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg</i>	Exjade	4	PA; MO; FFQL
<i>deferasirox oral tablet soluble 250 mg, 500 mg</i>	Exjade	5	PA; NEDS
<i>deferiprone oral tablet 1000 mg</i>	Ferriprox	5	PA; NEDS
<i>deferiprone oral tablet 500 mg</i>		5	PA; NEDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Depen Titratabs	5	PA; NEDS
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	Syprine	5	PA; NEDS
ANTIBACTERIANOS			
AMINOGLICÓSIDOS			
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>		2	NEDS
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML		5	PA; NEDS
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%</i>		2	NEDS
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>		1	NEDS
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>		2	NEDS
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>		2	NEDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG		5	PA; QL (224 per 28 days); NEDS
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	Kitabis Pak (w/ nebulizer)	5	PA-BvsD; QL (280 per 56 days)
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>		4	PA-BvsD; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
ANTIBACTERIALES, MISCELÁNEOS			
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Cleocin	1	NEDS
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	Cleocin	2	NEDS
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>		2	NEDS
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/50ML		2	NEDS
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 600-0.9 MG/50ML-%		2	NEDS
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml</i>	Cleocin Phosphate	2	PA-BvsD; NEDS
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	Coly-Mycin M	2	PA-BvsD; NEDS
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 350 MG		4	NEDS
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>		4	NEDS
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gm</i>		2	NEDS
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	Zyvox	4	PA-BvsD; NEDS
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>		5	PA; QL (1800 per 30 days); NEDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>		4	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>		2	NEDS
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		1	NEDS
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	Macrobid	2	QL (60 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>		1	NEDS
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm</i>		4	NEDS
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	Vancocin	4	QL (300 per 30 days); NEDS
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	Vancocin	4	QL (170 per 30 days); NEDS
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		3	NEDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG		3	MO; FFQL
ANTIBIÓTICOS B-LACTAM MISCELÁNEOS			
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>		4	NEDS
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		5	PA; QL (84 per 28 days); NEDS
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>		4	PA-BvsD; NEDS
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>		4	NEDS
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg</i>		4	NEDS
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	Primaxin IV	4	NEDS
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>		2	NEDS
MEROPENEM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2 GM		2	NEDS
CEFALOSPORINAS			
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>		1	NEDS
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>		2	NEDS
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefдинир oral capsule 300 mg</i>		2	NEDS
<i>cefдинир oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>		4	NEDS
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>		4	NEDS
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>		2	NEDS
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>cefподoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>		1	NEDS
CEFPODOXIME PROXETIL ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG/5ML		1	NEDS
<i>cefподoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>		2	NEDS
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
<i>ceftaroline fosamil intravenous solution reconstituted 400 mg, 600 mg</i>	Teflaro	5	PA-BvsD; NEDS
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm</i>	Tazicef	4	NEDS
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 6 gm</i>		4	NEDS
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	Tazicef	4	NEDS
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		2	NEDS
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>		2	PA-BvsD; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		1	NEDS
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
MACRÓLIDOS			
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</i>	Zithromax	2	NEDS
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack)</i>	Zithromax	1	NEDS
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>		2	NEDS
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>		2	NEDS
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		4	NEDS
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>		2	NEDS
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
<i>erythromycin base oral tablet delayed release 250 mg</i>	Ery-Tab	2	NEDS
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</i>	E.E.S. Granules	4	NEDS
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	Ery-Tab	2	NEDS
<i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i>	Dificid	5	ST; QL (20 per 10 days); NEDS
PENICILINAS			
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		1	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>		1	NEDS
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>		1	NEDS
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>		1	NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>		4	NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 600-42.9 mg/5ml</i>	Augmentin ES-600	2	NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>		2	NEDS
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>		1	NEDS
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	Unasyn	4	NEDS
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i>	Unasyn	4	NEDS
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML		4	NEDS
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML		4	NEDS
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>		4	NEDS
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		4	NEDS
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	Pfizerpen	4	PA-BvsD; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>		4	PA-BvsD; NEDS
PENICILLIN V POTASSIUM ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 125 MG/5ML		2	NEDS
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 250 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		1	NEDS
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>		4	NEDS
QUINOLONAS			
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Cipro	1	NEDS
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>		1	NEDS
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>		2	NEDS
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>		2	NEDS
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>		2	NEDS
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 400 MG/250ML		4	NEDS
MOXIFLOXACIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 400 MG/250ML		4	NEDS
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>		2	NEDS
<i>ofloxacin oral tablet 400 mg</i>		2	NEDS
SULFONAMIDAS			
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>		4	NEDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	Sulfatrim Pediatric	2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i>	Bactrim	1	NEDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i>	Bactrim DS	1	NEDS
TETRACICLINAS			
<i>demeclocycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>		2	NEDS
<i>doxy 100 intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	Doxy 100	4	PA-BvsD; NEDS
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	Doxy 100	4	PA-BvsD; NEDS
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>		2	NEDS
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>		2	NEDS
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i>	Mondoxylene NL	1	NEDS
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i>		1	NEDS
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	NEDS
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		1	NEDS
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	NEDS
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	Tygacil	4	PA-BvsD; NEDS
ANTICONCEPTIVOS			
ANTICONCEPTIVOS			
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	Aviane	2	MO
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	Vyfemla	2	MO
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>cyred eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MO
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	EluRyng	3	MO; FFQL; QL (1 per 28 days)
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	EluRyng	3	MO; FFQL; QL (1 per 28 days)
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	1	MO
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	EluRyng	3	MO; FFQL; QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
<i>isibloom oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MO
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 19.5 MG		4	NEDS
<i>levonest oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>		2	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	Aviane	2	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	Altavera	2	MO
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY		3	NEDS
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
<i>meleya oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	1	MO
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/DAY		4	NEDS
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG		3	NEDS
<i>nikki oral tablet 3-0.02 mg</i>		2	MO
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	Xulane	2	MO; QL (3 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	Aurovela FE 1/20	1	MO
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	Tilia Fe	1	MO
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	1	MO
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		1	MO
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		2	MO
<i>nortrel 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>		2	MO
<i>nylia 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		2	MO
<i>nylia 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>		2	MO
<i>orquidea oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 13.5 MG		4	NEDS
<i>sprintec 28 oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	1	MO
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>		1	MO
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>		1	MO
<i>tri-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>		1	MO
<i>vyfemla oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	Vyfemla	2	MO
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	Xulane	2	MO; QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	Xulane	2	MO; QL (3 per 28 days)
<i>zovia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		1	MO
ANTICONVULSIVOS			
ANTICONVULSIVOS			
<i>brivaracetam oral solution 10 mg/ml</i>	Briviact	5	PA; QL (600 per 30 days); NEDS
<i>brivaracetam oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Briviact	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Carbatrol	2	MO
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	TEGretol-XR	2	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	TEGretol	2	MO
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	TEGretol	2	MO
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg, 200 mg</i>		2	MO
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Onfi	4	PA; MO; FFQL; QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Onfi	4	PA; MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG		5	PA; NEDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG, 500 MG		5	PA; NEDS
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>		4	NEDS
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG		3	MO; FFQL
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	Depakote ER	2	MO
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	Depakote Sprinkles	2	MO
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Depakote	1	MO
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA; QL (600 per 30 days); NEDS
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML		3	MO; FFQL
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	Aptiom	4	PA; MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	Aptiom	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	Zarontin	2	MO
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	Zarontin	2	MO
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>		4	MO; FFQL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	Felbatol	4	MO; FFQL
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML		5	PA; QL (360 per 30 days); NEDS
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	Neurontin	1	MO; QL (300 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	Neurontin	1	MO; QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	Neurontin	2	MO; QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	Neurontin	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	Neurontin	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	Vimpat	4	MO; FFQL; QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Vimpat	4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	LaMICtal XR	2	MO
<i>lamotrigine oral kit 21 x 25 mg & 7 x 50 mg, 25 & 50 & 100 mg, 42 x 50 mg & 14x100 mg</i>	LaMICtal ODT	4	NEDS
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	LaMICtal	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	LaMICtal	2	MO
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	LaMICtal ODT	4	MO; FFQL
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	LaMICtal Starter	2	NEDS
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	LaMICtal Starter	2	NEDS
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	LaMICtal Starter	2	NEDS
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	Keppra XR	2	MO; QL (180 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	Keppra XR	2	MO; QL (120 per 30 days)
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	Keppra	2	MO
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Keppra	2	MO
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	Celontin	4	MO; FFQL
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML		4	PA; NEDS
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	Trileptal	4	MO; FFQL
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	Trileptal	2	MO
<i>perampanel oral suspension 0.5 mg/ml</i>	Fycompa	5	PA; NEDS
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	Fycompa	4	PA; MO; FFQL
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>		2	MO
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>		2	MO
<i>phenytek oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Phenytek	2	MO
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	Dilantin-125	2	MO
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	Dilantin Infatabs	1	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	Dilantin	2	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Phenytek	2	MO
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Lyrica	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 150 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Lyrica	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Lyrica	4	MO; FFQL; QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>		1	MO
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Mysoline	1	MO
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	Banzel	5	PA; QL (2400 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	Banzel	4	PA; MO; FFQL; QL (240 per 30 days)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	Banzel	5	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG		4	MO; FFQL; QL (120 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 500 MG		4	MO; FFQL; QL (180 per 30 days)
SUBVENITE ORAL SUSPENSION 10 MG/ML		4	PA; MO; FFQL
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG		4	PA; MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>		4	MO; FFQL
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>		3	MO; FFQL
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	Topamax Sprinkle	2	MO
<i>topiramate oral capsule sprinkle 50 mg</i>		2	MO
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i>	Eprontia	2	MO
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Topamax	1	MO
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>		2	MO
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>		2	MO
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML		5	PA; QL (10 per 30 days); NEDS
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 7.5 MG/0.1ML		5	PA; QL (10 per 30 days); NEDS
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 10 MG/0.1ML		5	PA; QL (10 per 30 days); NEDS
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML		5	PA; QL (10 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	Sabril	5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	Vigadrone	5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i>	Vigadrone	5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG		4	PA; QL (28 per 28 days); NEDS
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG		5	PA; QL (28 per 28 days); NEDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		4	MO; FFQL
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Zonegran	2	MO
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>		2	MO
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	PA; QL (1100 per 30 days); NEDS
ANTIDEPRESIVOS			
ANTIDEPRESIVOS			
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MO
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MO
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
AUVELITY TITRATION PACK ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 30-105 MG & 45-105 MG		5	PA; QL (51 per 28 days); NEDS
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	Wellbutrin SR	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 150 mg, 200 mg</i>	Wellbutrin SR	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (sr) tablet extended release 12 hour 100 mg oral</i>	Wellbutrin SR	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	Wellbutrin XL	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</i>	Wellbutrin XL	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg</i>		1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 75 mg</i>		1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>		2	PA; MO; HRM
CITALOPRAM HYDROBROMIDE ORAL CAPSULE 30 MG		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>		2	MO; QL (600 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg</i>	CeleXA	1	MO; QL (45 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 20 mg</i>	CeleXA	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 40 mg</i>	CeleXA	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Anafranil	2	MO
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	Norpramin	2	MO
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MO
DESVENLAFAXINE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 50 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>	Pristiq	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg</i>	Pristiq	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MO
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>		2	MO
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG		4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG		4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>		4	MO; FFQL; QL (600 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Lexapro	1	MO; QL (30 per 30 days)
EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
EXXUA TITRATION PACK ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2 MG		5	PA; QL (32 per 14 days); NEDS
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG		3	ST; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG		3	ST; QL (28 per 28 days); NEDS
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 40 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluoxetine hcl oral capsule 20 mg</i>		1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg</i>		2	MO; QL (4 per 28 days)
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>		2	MO; QL (600 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 20 mg</i>		2	MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 60 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg</i>		2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MO
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>		2	MO
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG		4	MO; FFQL
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	Remeron	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Remeron SolTab	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>		2	MO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Pamelor	2	MO
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		2	MO
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg</i>	Paxil CR	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 37.5 mg</i>	Paxil CR	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>		2	MO; QL (900 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	Paxil	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 40 mg</i>	Paxil	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>		2	MO
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Nardil	2	MO
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MO
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML		4	PA; MO; FFQL; QL (1200 per 30 days)
SERTRALINE HCL ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	Zoloft	2	MO; QL (300 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg</i>	Zoloft	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Zoloft	1	MO; QL (45 per 30 days)
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Parnate	4	MO; FFQL
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>		1	MO
<i>trazodone hcl oral tablet 300 mg</i>		2	MO
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		4	MO; FFQL
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		4	ST; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
VENLAFAXINE BESYLATE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 112.5 MG		2	MO; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg</i>	Effexor XR	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 75 mg</i>	Effexor XR	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 225 mg, 37.5 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>		2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>		1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Viibryd	2	MO; QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG		5	PA; QL (28 per 14 days); NEDS
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG		5	PA; QL (14 per 14 days); NEDS
ANTIFÚNGICOS			
ANTIFÚNGICOS			
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	AmBisome	5	PA-BvsD; NEDS
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>		2	NEDS
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>		2	NEDS
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>		2	NEDS
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	Ciclodan	2	NEDS
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>		2	NEDS
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>		2	NEDS
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	Lotrimin AF	1	NEDS
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	Lasolex	2	NEDS
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>		2	NEDS
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion 1-0.05 %</i>		2	NEDS
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG		5	PA; NEDS
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>		2	QL (255 per 30 days); NEDS
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml</i>		2	NEDS
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	Diflucan	2	NEDS
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>		2	NEDS
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Ancobon	5	NEDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>		4	NEDS
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>		2	NEDS
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		2	NEDS
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	Sporanox	4	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>		2	QL (600 per 30 days); NEDS
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>		2	NEDS
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>		2	NEDS
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>		2	PA-BvsD; NEDS
MICONAZOLE 3 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG		2	NEDS
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>		1	NEDS
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>		1	NEDS
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	Klayesta	2	NEDS
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>		2	NEDS
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>		2	NEDS
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>		2	NEDS
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>		5	PA; QL (93 per 30 days); NEDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>		1	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>voriconazole intravenous solution 200 mg/20ml</i>		4	PA; NEDS
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	Vfend IV	4	PA; NEDS
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	Vfend	5	PA; QL (300 per 30 days); NEDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>		4	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>		4	PA; QL (120 per 30 days); NEDS

ANTIISTAMÍNICOS

ANTIISTAMÍNICOS

<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	KLS Aller-Tec Childrens	1	NEDS
<i>cetirizine hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	KLS Aller-Tec Childrens	1	NEDS
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>		2	NEDS
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Clarinx	2	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>		1	NEDS
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>		2	PA; HRM; NEDS
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	PA; HRM; NEDS
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	Xyzal Allergy 24HR Childrens	2	QL (300 per 30 days); NEDS
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	Xyzal Allergy 24HR	1	QL (30 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>promethazine hcl oral solution 6.25 mg/5ml</i>		2	PA; HRM; NEDS
ANTIMICOBACTERIALES			
ANTIMICOBACTERIALES			
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>		2	MO
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>		2	NEDS
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>		2	MO
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>		1	MO
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG		4	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>		4	NEDS
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>		4	NEDS
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	Rifadin	4	NEDS
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		2	NEDS
<i>rifapentine oral tablet 150 mg</i>	Priftin	4	NEDS
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG		5	PA; NEDS
ANTIVIRALES (SITÉMICO)			
INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS Y NUCLEÓTIDOS PARA EL VIH			
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	Ziagen	4	MO; FFQL; QL (900 per 30 days)
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		5	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>atazanavir sulfate oral capsule 200 mg</i>	Reyataz	4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 300 mg</i>	Reyataz	4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	Prezista	4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	Prezista	5	QL (30 per 30 days); NEDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
EDURANT PED ORAL TABLET SOLUBLE 2.5 MG		5	QL (300 per 30 days); NEDS
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg</i>		5	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 600-300-300 mg</i>	Symfi	5	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	Emtriva	4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 167-250 mg</i>	Truvada	4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 133-200 mg</i>	Truvada	5	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	Truvada	2	MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>emtricitabine-rilpivir-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 200-25-300 mg</i>	Complera	5	QL (30 per 30 days); NEDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		4	MO; FFQL; QL (680 per 28 days)
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Intelence	5	QL (120 per 30 days); NEDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (120 per 30 days)
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		5	QL (60 per 30 days); NEDS
IDVYNZO ORAL TABLET 100-0.25 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG		4	MO; FFQL; QL (120 per 30 days)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		5	QL (60 per 30 days); NEDS
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG		5	QL (60 per 30 days); NEDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		5	QL (60 per 30 days); NEDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG		5	QL (180 per 30 days); NEDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG		4	MO; FFQL; QL (180 per 30 days)
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	Epivir	2	MO; QL (900 per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	Epivir	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	Epivir	2	MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	Kaletra	4	MO; FFQL; QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	Kaletra	4	MO; FFQL; QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg</i>	Selzentry	5	QL (240 per 30 days); NEDS
<i>maraviroc oral tablet 300 mg</i>	Selzentry	5	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>		4	MO; FFQL; QL (1200 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		5	QL (360 per 30 days); NEDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG		5	QL (240 per 30 days); NEDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG		4	MO; FFQL; QL (420 per 30 days)
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG		5	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>rilpivirine hcl oral tablet 25 mg</i>	Edurant	5	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	Norvir	2	MO; QL (360 per 30 days)
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG		5	QL (60 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG		5	QL (4 per 180 days)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG		5	QL (4 per 180 days)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 5 X 300 MG		5	QL (5 per 180 days)
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	Viread	2	MO; QL (30 per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG		5	QL (60 per 30 days); NEDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG		5	QL (360 per 30 days); NEDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG		4	MO; FFQL; QL (180 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG		5	QL (300 per 30 days); NEDS
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG		5	QL (120 per 30 days); NEDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		5	QL (240 per 30 days); NEDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	Retrovir	2	MO; QL (180 per 30 days)
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	Retrovir	2	MO; QL (1680 per 28 days)
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
ANTIVIRALES HCV			
<i>ledipasvir-sofosbuvir oral tablet 90-400 mg</i>	Harvoni	5	PA; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG		5	PA; QL (84 per 28 days); NEDS
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg</i>	Epclusa	5	PA; NEDS
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG		5	PA; QL (28 per 28 days); NEDS
ANTIVIRALES, VARIOS			
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (336 per 28 days); NEDS
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>		2	QL (84 per 30 days); NEDS
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg</i>		2	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 75 mg</i>	Tamiflu	2	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	Tamiflu	2	NEDS
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG		1	QL (20 per 5 days); NEDS
PAXLOVID (300/100 & 150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 6 X 150 MG & 5 X 100MG		1	QL (11 per 28 days); NEDS
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG		1	QL (30 per 5 days); NEDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML		5	PA; NEDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML		5	PA; NEDS
PREVYMIS ORAL PACKET 120 MG, 20 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG		5	PA; QL (100 per 100 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT		4	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		4	NEDS
NUCLEÓSIDOS Y NUCLEÓTIDOS			
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>		1	NEDS
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>		1	NEDS
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>		4	PA-BvsD; NEDS
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>		4	PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML		5	QL (600 per 30 days); NEDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Baraclude	4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>		2	QL (90 per 30 days); NEDS
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>		2	NEDS
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>		2	NEDS
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm</i>	Valtrex	2	QL (90 per 30 days); NEDS
<i>valacyclovir hcl oral tablet 500 mg</i>	Valtrex	2	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	Valcyte	5	NEDS
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>		3	MO; FFQL
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (28 per 28 days); NEDS
DISPOSITIVOS			
DISPOSITIVOS			
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM , 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8 MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
ADVOCATE ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %		3	
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 29G X 12.7MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ALCOHOL PADS PAD 70 %		3	
ALCOHOL PREP PAD		3	
ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %		3	
ALCOHOL SWABS PAD		3	
AQ INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
AQINJECT PEN NEEDLE 31G X 5 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
AUM ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %		3	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE 31G X 4 MM , 31G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 32G X 8 MM , 33G X 4 MM , 33G X 5 MM , 33G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
AUM PEN NEEDLE 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 33G X 4 MM , 33G X 5 MM , 33G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
AUM SAFETY PEN NEEDLE 31G X 4 MM , 31G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
AURORA PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE 30G X 5 MM , 30G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
BD AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
BD ECLIPSE SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
BD INS SYR ULTRAFINE 1/2UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML		3	QL (120 per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, U-100 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 27G X 5/8" 1 ML, 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
BD INSULIN SYRINGE U/F 30G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
BD PEN NEEDLE MICRO ULTRAFINE 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE 31G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO ULTRAFINE 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
BD PEN NEEDLE ORIG ULTRAFINE 29G X 12.7MM		3	QL (120 per 30 days)
BD PEN NEEDLE SHORT ULTRAFINE 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
BD SAFETYGLIDE SYRINGE/NEEDLE 27G X 5/8" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
BD SWAB SINGLE USE REGULAR PAD		3	
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT 31G X 15/64" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
CAREFINE PEN NEEDLES 29G X 12MM , 30G X 8 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
CAREONE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 70 %		3	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 5/16" 1 ML, 29G X 5/16" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
CARETOUCH PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 29G X 12MM , 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML, 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 32G X 8 MM , 33G X 4 MM , 33G X 5 MM , 33G X 6 MM , 33G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 30G X 8 MM , 31G X 4 MM , 31G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 4 MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 32G X 8 MM , 33G X 4 MM , 33G X 5 MM , 33G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
CURITY ALCOHOL PREPS PAD 70 %		3	
CURITY ALL PURPOSE SPONGES PAD 2"X2"		3	
CURITY GAUZE PAD 2"X2"		3	
CURITY GAUZE SPONGE PAD 2"X2"		3	
CURITY SPONGES PAD 2"X2"		3	
CVS ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %		3	
CVS GAUZE PAD 2"X2"		3	
CVS GAUZE STERILE PAD 2"X2"		3	
CVS PREP PAD 70 %		3	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
DERMACEA GAUZE SPONGE PAD 2"X2"		3	
DERMACEA IV DRAIN SPONGES PAD 2"X2"		3	
DERMACEA NON-WOVEN SPONGES PAD 2"X2"		3	
DERMACEA TYPE VII GAUZE PAD 2"X2"		3	
DIATHRIVE PEN NEEDLE 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 15/64" 0.3 ML, 30G X 15/64" 0.5 ML, 30G X 15/64" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM		3	QL (120 per 30 days)
DROPLET PEN NEEDLES 29G X 10MM , 29G X 12MM , 30G X 8 MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 32G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
DROPSAFE ALCOHOL PREP PAD 70 %		3	
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO 31G X 4 MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 29G X 1/2" 1 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
DRUG MART UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
EASY COMFORT ALCOHOL PADS PAD		3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 0.5 ML, 29G X 5/16" 1 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 1/2" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML, 32G X 5/16" 0.5 ML, 32G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29G X 4MM , 29G X 5MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 33G X 4 MM , 33G X 5 MM , 33G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
EASY GLIDE PEN NEEDLES 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
EASY TOUCH ALCOHOL PREP MEDIUM PAD 70 %		3	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYR 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
EASY TOUCH FLIPLOCK SAFETY SYR 27G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 0.5 ML, 27G X 1/2" 1 ML, 27G X 5/8" 1 ML, 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
EASY TOUCH PEN NEEDLES 29G X 12MM , 30G X 5 MM , 30G X 6 MM , 30G X 8 MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 29G X 5MM , 29G X 8MM , 30G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 29G X 12.7MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
EMBRACE PEN NEEDLES 29G X 12MM , 30G X 5 MM , 30G X 8 MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
EQL ALCOHOL SWABS PAD 70 %		3	
EQL GAUZE PAD 2"X2"		3	
EQL INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM		3	QL (120 per 30 days)
FIFTY50 ALCOHOL PREP PAD 70 %		3	
FIFTY50 PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
GAUZE PADS PAD 2"X2"		3	
GAUZE TYPE VII MEDI-PAK PAD 2"X2"		3	
GLOBAL ALCOHOL PREP EASE PAD 70 %		3	
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
GLOBAL EASY GLIDE PEN NEEDLES 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
GLOBAL INSULIN SYRINGES 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
GNP ALCOHOL SWABS PAD 70 %		3	
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES 28GX1/2" 28G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES 30G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES 30GX5/16" 30G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16" 31G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
GNP PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
GNP STERILE GAUZE PAD 2"X2"		3	
GNP ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
GNP ULTIGUARD SAFEPAK NEEDLE 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
GOODSENSE ALCOHOL SWABS PAD 70 %		3	
GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE 31G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
H-E-B INCONTROL ALCOHOL PAD		3	
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
HM STERILE PADS PAD 2"X2"		3	
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES 31G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 27G X 1/2" 0.5 ML, 27G X 1/2" 1 ML, 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 1/4" 0.3 ML, 31G X 1/4" 0.5 ML, 31G X 1/4" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
INSUPEN PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
INSUPEN SENSITIVE 32G X 6 MM , 32G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
INSUPEN ULTRAFIN 30G X 8 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
J & J GAUZE PAD 2"X2"		3	
KENDALL HYDROPHILIC FOAM DRESS PAD 2"X2"		3	
KENDALL HYDROPHILIC FOAM PLUS PAD 2"X2"		3	
KINRAY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G U-100 0.5 ML, U-100 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G U-100 0.3 ML, U-100 0.5 ML, U-100 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
KROGER INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
KROGER PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
LEADER INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
LEADER UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
LITETOUCH PEN NEEDLES 29G X 12.7MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
LONGS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
MARATHON MEDICAL PENTIPS 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29G X 5MM , 29G X 8MM		3	QL (120 per 30 days)
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" 27G X 1/2" 0.5 ML, 27G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
MEDIC INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
MEDPURA ALCOHOL PADS EXTERNAL 70 %		3	
MEIJER ALCOHOL SWABS PAD 70 %		3	
MEIJER PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
MICRODOT PEN NEEDLE 31G X 6 MM , 32G X 4 MM , 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
MIRASORB SPONGES 2"X2"		3	
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
MM PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
MONOJECT INSULIN SYRINGE 25G X 5/8" 1 ML, 27G X 1/2" 1 ML, 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 1 ML, U-100 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
MS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
NOVOFINE AUTOCOVER PEN NEEDLE 30G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
NOVOFINE PEN NEEDLE 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
PEN NEEDLES 29G X 12MM , 30G X 5 MM , 30G X 8 MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
PEN NEEDLES 5/16" 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
PENTIPS 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
PHARMACIST CHOICE ALCOHOL PAD		3	
PIP PEN NEEDLES 31G X 5MM 31G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
PIP PEN NEEDLES 32G X 4MM 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM		3	QL (120 per 30 days)
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
PRO COMFORT ALCOHOL PAD 70 %		3	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 32G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
PRODIGY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
PURE COMFORT ALCOHOL PREP PAD		3	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 32G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES 31G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
PX INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days)
PX MINI PEN NEEDLES 31G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
PX PEN NEEDLE 29G X 12MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
QC ALCOHOL SWABS PAD 70 %		3	
QC BORDER ISLAND GAUZE PAD 2"X2"		3	
QC PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
QC UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 29G X 12.7MM , 31G X 4 MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 32G X 8 MM , 33G X 4 MM , 33G X 5 MM , 33G X 6 MM , 33G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
RA ALCOHOL SWABS PAD 70 %		3	
RA INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
RA PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
RA STERILE PAD 2"X2"		3	
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G X 12MM , 31G X 4 MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
REALITY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
REALITY SWABS PAD		3	
RELION ALCOHOL SWABS PAD		3	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
RELION INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
RELION MINI PEN NEEDLES 31G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
RELION PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
RELION SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
RESTORE CONTACT LAYER PAD 2"X2"		3	
SAFETY PEN NEEDLES 30G X 5 MM , 30G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
SAPS CARE ALCOHOL PREP PAD 70 %		3	
SAPS HEALTH ALCOHOL PREP PAD 70 %		3	
SAPS HEALTH CARE ALCOHOL PREP PAD 70 %		3	
SB ALCOHOL PREP PAD 70 %		3	
SB INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM , 31G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
SM STERILE PAD 2"X2"		3	
STERILE GAUZE PAD 2"X2"		3	
STERILE PAD 2"X2"		3	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PAD 70 %		3	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 1/4" 0.3 ML, 31G X 1/4" 0.5 ML, 31G X 1/4" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
SURE COMFORT PEN NEEDLES 29G X 12.7MM , 30G X 8 MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
SURGICAL GAUZE SPONGE PAD 2"X2"		3	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
TECHLITE PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
TEGADERM FOAM PAD 2"X2"		3	
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES 29G X 12MM		3	QL (120 per 30 days)
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
TRUE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %		3	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML, 32G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PREP PAD 70 %		3	
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML, 32G X 5/16" 0.5 ML, 32G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 33G X 4 MM , 33G X 5 MM , 33G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 29G X 12.7MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
TRUEPLUS PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTICARE ALCOHOL SWABS PAD		3	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTICARE INSULIN SYR 1/2 UNIT 31G X 1/4" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTICARE INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 1/4" 0.3 ML, 31G X 1/4" 0.5 ML, 31G X 1/4" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 30G X 5 MM , 31G X 6 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTICARE PEN NEEDLES 29G X 12.7MM , 31G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 30G X 8 MM , 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 29G X 12.7MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTILET ALCOHOL SWABS PAD		3	
ULTILET PEN NEEDLE 29G X 12.7MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTRA THIN PEN NEEDLES 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTRA-CARE ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %		3	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTRACARE PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE 31G X 5 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT 31G X 8 MM		3	QL (120 per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES 29G X 12.7MM		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM , 30G X 5 MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM , 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
UNIFINE PENTIPS PLUS 29G X 12MM , 30G X 5 MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 33G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 5 MM , 30G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 30G X 5 MM , 30G X 8 MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM , 34G X 3.5 MM		3	QL (120 per 30 days)
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML, 29G X 5/16" 1 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 3/16" 0.5 ML, 30G X 3/16" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM		3	QL (120 per 30 days)
VERIFINE INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR 29G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
VP INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE PAD 70 %		3	
WEBCOL ALCOHOL PREP MEDIUM PAD 70 %		3	
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
ZEV RX INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
ZEV RX PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM		3	QL (120 per 30 days)
ZEV RX STERILE ALCOHOL PREP PAD PAD 70 %		3	
PARASIMPATICOMIMÉTICOS (AGENTES COLINÉRGICOS)			
PARASIMPATICOMIMÉTICOS (AGENTES COLINÉRGICOS)			
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg</i>	Mestinon	2	NEDS
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>		2	NEDS
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	Mestinon	2	NEDS
PREPARACIONES DE REEMPLAZO			
PREPARACIONES DE REEMPLAZO			
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	NEDS
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION		4	PA-BvsD; NEDS
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION		4	PA-BvsD; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
KCL IN DEXTROSE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 10-5-0.45 MEQ/L-%-%, 20-5-0.2 MEQ/L-%-%, 20- 5-0.45 MEQ/L-%-%, 20-5-0.9 MEQ/L-%- %, 30-5-0.45 MEQ/L-%-%, 40-5-0.45 MEQ/L-%-%, 40-5-0.9 MEQ/L-%-%		2	NEDS
KCL-LACTATED RINGERS-D5W INTRAVENOUS SOLUTION 20 MEQ/L		2	NEDS
MAGNESIUM SULFATE INJECTION SOLUTION 50 %		1	NEDS
<i>magnesium sulfate injection solution 50 % (10ml syringe)</i>		1	NEDS
MULTIPLE ELECTRO TYPE 1 PH 5.5 INTRAVENOUS SOLUTION		2	NEDS
MULTIPLE ELECTRO TYPE 1 PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION		2	NEDS
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq</i>	Klor-Con M10	1	MO
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 15 meq</i>	Klor-Con M15	1	MO
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 20 meq</i>	Klor-Con M20	1	MO
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>		2	MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq</i>	Klor-Con 10	1	MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 20 meq</i>		1	MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 8 meq</i>	Klor-Con	1	MO
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-%, 20-0.9 MEQ/L-%, 40-0.9 MEQ/L-%		2	NEDS
POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MEQ/100ML, 20 MEQ/100ML		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)</i>		2	NEDS
POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 40 MEQ/100ML		3	NEDS
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	Klor-Con	2	MO
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>		2	MO
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg)</i>	Urocit-K 10	2	NEDS
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 15 meq (1620 mg)</i>	Urocit-K 15	2	NEDS
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>		2	NEDS
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% INTRAVENOUS SOLUTION 20 MEQ/L		3	PA-BvsD; NEDS
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %</i>		4	NEDS
<i>sodium chloride intravenous solution 0.9 %</i>		2	NEDS
<i>sodium chloride intravenous solution 3 %, 5 %</i>		3	NEDS
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE		2	PA-BvsD; NEDS
PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN			
AGENTES HEMATOLÓGICOS, VARIOS			
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	Agrylin	4	MO; FFQL
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>		4	MO; FFQL
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>		2	NEDS
ANTICOAGULANTES			
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Pradaxa	2	MO; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
ELIQUIS (1.5 MG PACK) ORAL TABLET SOLUBLE 3 X 0.5 MG		3	MO; FFQL; QL (960 per 30 days)
ELIQUIS (2 MG PACK) ORAL TABLET SOLUBLE 4 X 0.5 MG		3	MO; FFQL; QL (960 per 30 days)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG		3	QL (74 per 30 days); NEDS
ELIQUIS ORAL CAPSULE SPRINKLE 0.15 MG		3	MO; FFQL; QL (120 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG		3	MO; FFQL; QL (90 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET SOLUBLE 0.5 MG		3	MO; FFQL; QL (960 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	Lovenox	4	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml</i>	Lovenox	4	QL (24 per 30 days); NEDS
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 30 mg/0.3ml</i>	Lovenox	4	QL (9 per 30 days); NEDS
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i>	Lovenox	4	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 60 mg/0.6ml</i>	Lovenox	4	QL (18 per 30 days); NEDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	Arixtra	5	QL (14 per 30 days); NEDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	Arixtra	2	QL (24 per 30 days); NEDS
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>		1	MO
<i>rivaroxaban oral suspension reconstituted 1 mg/ml</i>	Xarelto	2	MO; QL (900 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i>	Xarelto	2	MO; QL (120 per 30 days)
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>		1	MO
INHIBIDORES DE AGREGACIÓN DE PLAQUETAS			
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>		1	MO
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	Plavix	1	MO
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MO
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>		1	MO
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Effient	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	Brilinta	2	MO; QL (60 per 30 days)
MODIFICADORES DE FORMACIÓN DE SANGRE			
<i>eltrombopag olamine oral packet 12.5 mg</i>	Promacta	5	PA; QL (360 per 30 days); NEDS
<i>eltrombopag olamine oral packet 25 mg</i>	Promacta	5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg</i>	Promacta	5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>eltrombopag olamine oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Promacta	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML		5	PA; NEDS
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG		5	PA; NEDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML		5	PA; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		5	PA; NEDS
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG		5	PA; QL (360 per 30 days); NEDS
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML(1ML), 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML		4	PA; QL (12 per 28 days); NEDS
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		5	PA; NEDS
REEMPLAZO/MODIFICADOR ES DE ENZIMA			
REEMPLAZO/MODIFICADOR ES DE ENZIMA			
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT		3	MO; FFQL
<i>mighustat oral capsule 100 mg</i>	Yargesa	5	PA; NEDS
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5ML		5	PA; NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	Javygtor	5	PA; NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	Javygtor	5	PA; NEDS
VIJOICE ORAL PACKET 50 MG		5	PA; QL (28 per 28 days); NEDS
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 50 MG		5	PA; QL (28 per 28 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT		3	MO; FFQL
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 60000-189600 UNIT		5	NEDS
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS			
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS			
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>		2	NEDS
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	PA; HRM; NEDS
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 50 mg</i>		2	NEDS
<i>dantrolene sodium oral capsule 25 mg</i>	Dantrium	2	NEDS
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>		2	PA; HRM; NEDS
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	Zanaflex	2	NEDS
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>		1	NEDS
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i>	Zanaflex	1	NEDS
SOLUCIONES IRRIGANTES			
SOLUCIONES IRRIGANTES			
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	Argyle Sterile Saline	3	NEDS
VITAMINAS Y MINERALES			
VITAMINAS Y MINERALES			
FOLIVANE-OB ORAL CAPSULE 85-1 MG		2	NEDS
NIVA-PLUS ORAL TABLET 27-1 MG		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
PNV 27-CA/FE/FA ORAL TABLET 60-1 MG		2	NEDS
PNV-SELECT ORAL TABLET 27-0.6-0.4 MG		2	NEDS
PRENA1 ORAL TABLET CHEWABLE 1.4 MG		2	NEDS
PRENATAL ORAL TABLET 27-1 MG		2	NEDS
PRENATAL-U ORAL CAPSULE 106.5-1 MG		2	NEDS
TARON-C DHA ORAL CAPSULE 35-1 MG		2	NEDS
TRINATE ORAL TABLET		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 27286 Última Actualización: 05/10/2026 Fecha de Efectividad: 01/01/2027

Listado Alfabético

1

1ST TIER UNIFINE PENTIPS	121
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	122

A

<i>abacavir sulfate</i>	115
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	115
<i>abigale</i>	67
<i>abigale lo</i>	67
ABILIFY ASIMTUFII	30
ABILIFY MAINTENA	30
<i>abiraterone acetate</i>	1
<i>abirtega</i>	1
ABOUTTIME PEN NEEDLE	122
ABRYSVO	78
<i>acamprosate calcium</i>	16
<i>acarbose</i>	19
<i>accutane</i>	58
<i>acebutolol hcl</i>	37
<i>acetaminophen-codeine</i>	90
<i>acetazolamide</i>	82
<i>acetazolamide er</i>	82
<i>acetic acid</i>	83
<i>acetylcysteine</i>	50
<i>acitretin</i>	58
ACTHIB	78
ACTIMMUNE	71
<i>acyclovir</i>	60, 121
<i>acyclovir sodium</i>	121
ADACEL	78, 79
<i>adalimumab-aaty (1 pen)</i>	71
<i>adalimumab-aaty (2 pen)</i>	71
<i>adalimumab-aaty (2 syringe)</i>	71, 72
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs start</i>	72
<i>adapalene</i>	58
<i>adefovir dipivoxil</i>	121
ADEMPAS	88
ADVOCATE ALCOHOL PREP PADS	122
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	122
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES	122

ADVOCATE INSULIN SYRINGE	122
AIMOVIG	25
AKEEGA	1
<i>albendazole</i>	27
<i>albuterol sulfate</i>	53
<i>albuterol sulfate hfa</i>	52, 53
<i>alclometasone dipropionate</i>	55
ALCOHOL PADS	122
ALCOHOL PREP	122
ALCOHOL PREP PADS	122
ALCOHOL SWABS	122
ALECENSA	1
<i>alendronate sodium</i>	46, 47
<i>alfuzosin hcl er</i>	65
<i>aliskiren fumarate</i>	46
<i>allopurinol</i>	25
<i>alosetron hcl</i>	62
<i>alprazolam</i>	17
ALUNBRIG	1
<i>amantadine hcl</i>	28
<i>ambrisentan</i>	88
<i>amikacin sulfate</i>	93
<i>amiloride hcl</i>	44
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	44
<i>amiodarone hcl</i>	36
<i>amitriptyline hcl</i>	107
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	38
<i>amlodipine besylate</i>	39
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	39
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	42
<i>amlodipine-olmesartan</i>	39
<i>ammonium lactate</i>	58
<i>amoxapine</i>	107
<i>amoxicillin</i>	97, 98
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	98
<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	98
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	48
<i>amphotericin b</i>	112
<i>amphotericin b liposome</i>	112
<i>ampicillin</i>	98
<i>ampicillin sodium</i>	98
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	98
<i>anagrelide hcl</i>	147
<i>anastrozole</i>	1

APIDRA	21
APIDRA SOLOSTAR	22
<i>apraclonidine hcl</i>	86
<i>aprepitant</i>	26
APTIVUS	115
AQ INSULIN SYRINGE	122
AQINJECT PEN NEEDLE	122
ARCALYST	72
AREXVY	79
ARIKAYCE	93
<i>aripiprazole</i>	30
<i>armodafinil</i>	48
ARNUITY ELLIPTA	52
<i>asenapine maleate</i>	30
ASMANEX (120 METERED DOSES)	52
ASMANEX (30 METERED DOSES)	52
ASMANEX (60 METERED DOSES)	52
ASMANEX HFA	52
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	149
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	122
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR	122
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	122
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES	122
<i>atazanavir sulfate</i>	115, 116
<i>atenolol</i>	37
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	37
<i>atomoxetine hcl</i>	48
<i>atorvastatin calcium</i>	42
<i>atovaquone</i>	27
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	27
<i>atropine sulfate</i>	86
ATROVENT HFA	53
AUGTYRO	1
AUM ALCOHOL PREP PADS	123
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE	123
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE	123
AUM PEN NEEDLE	123

AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE.....	123	BD PEN NEEDLE MICRO ULTRAFINE.....	124	BILPREVDA.....	47
AUM SAFETY PEN NEEDLE	123	BD PEN NEEDLE MINI U/F	124	<i>bimatoprost</i>	82
AURORA PEN NEEDLES..	123	BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE.....	124	<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin</i>	63
AUSTEDO	49	BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN.....	124	<i>bisoprolol fumarate</i>	37
AUSTEDO XR.....	49	BD PEN NEEDLE NANO ULTRAFINE.....	124	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	37
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION.....	49	BD PEN NEEDLE ORIG ULTRAFINE.....	124	BOOSTRIX	79
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE	123	BD PEN NEEDLE SHORT ULTRAFINE.....	124	<i>bosentan</i>	88
AUVELITY.....	107	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE.....	124	BOSULIF	2
AUVELITY TITRATION PACK	108	BD SAFETYGLIDE SYRINGE/NEEDLE	124	<i>bosutinib</i>	2
<i>aviane</i>	100	BD SWAB SINGLE USE REGULAR	124	BRAFTOVI.....	2
AVMAPKI FAKZYNJA CO- PACK	1	BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT	124	BREO ELLIPTA	53
AYVAKIT.....	1	BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE.....	124	<i>breyana</i>	53
AZASITE	83	BD VEO INSULIN SYRINGE U/F.....	124	BREZTRI AEROSPHERE.....	53
<i>azathioprine</i>	72	BELSOMRA	48	<i>briellyn</i>	100
<i>azelastine hcl</i>	86	<i>benazepril hcl</i>	45	<i>brimonidine tartrate</i>	82
<i>azelastine-fluticasone</i>	86	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	45	<i>brimonidine tartrate-timolol</i> ...82	
<i>azithromycin</i>	97	BENLYSTA	72	<i>brinzolamide</i>	82
<i>aztreonam</i>	95	<i>benztropine mesylate</i>	28	<i>brivaracetam</i>	102
B		BESREMI.....	2	<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	85
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	83	BESREMI PEN.....	2	<i>bromocriptine mesylate</i>	28
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	84	<i>betamethasone dipropionate</i> .55, 56		BRONCHITOL TOLERANCE TEST.....	50
<i>baclofen</i>	151	<i>betamethasone dipropionate aug</i>	55	BRUKINSA.....	2
<i>balsalazide disodium</i>	62	<i>betamethasone valerate</i>	56	<i>budesonide</i>	52, 62
BALVERSA.....	1	BETAMETHASONE VALERATE.....	56	<i>budesonide er</i>	62
BAQSIMI ONE PACK	87	<i>betaxolol hcl</i>	37, 82	<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	53
BAQSIMI TWO PACK	87	<i>bethanechol chloride</i>	65	<i>bumetanide</i>	44
BARACLUDE	121	<i>bexarotene</i>	2	<i>buprenorphine hcl</i>	16
BCG VACCINE	79	BEXSERO.....	79	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	16
BD AUTOSHIELD DUO	123	<i>bicalutamide</i>	2	<i>bupropion hcl</i>	108
BD ECLIPSE SYRINGE	123	BICILLIN C-R	98	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	16
BD INS SYR ULTRAFINE 1/2UNIT	123	BICILLIN L-A	98	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	108
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II.....	123	BIKTARVY	116	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	108
BD INSULIN SYRINGE	123	BILDYOS.....	47	<i>buspirone hcl</i>	87
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT.....	123			<i>butalbital-acetaminophen</i>	90
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE.....	123			<i>butalbital-apap-cafeine</i>	90
BD INSULIN SYRINGE U/F	124			BYSANTI.....	30
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE.....	124			BYSANTI TITRATION PACK A	30
				BYSANTI TITRATION PACK B	31
				BYSANTI TITRATION PACK C	31

C		
<i>cabergoline</i>	28	<i>cefoxitin sodium</i> 95
CABOMETYX.....	2	<i>cefpodoxime proxetil</i> 96
<i>calcipotriene</i>	59	CEFPODOXIME PROXETIL.....96
CALCIPOTRIENE.....	59	<i>cefprozil</i> 96
<i>calcitonin (salmon)</i>	47	<i>ceftaroline fosamil</i> 96
<i>calcitriol</i>	47	<i>ceftazidime</i> 96
<i>calcium acetate</i>	63	<i>ceftriaxone sodium</i> 96
<i>calcium acetate (phos binder)</i>	63	<i>cefuroxime axetil</i> 96
CALQUENCE.....	2	<i>cefuroxime sodium</i> 96, 97
<i>camila</i>	100	<i>celecoxib</i> 89
CAMZYOS.....	40	<i>cephalexin</i> 97
<i>candesartan cilexetil</i>	41	<i>cetirizine hcl</i> 114
<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	41	<i>cevimeline hcl</i> 55
CAPLYTA.....	31	<i>chlordiazepoxide hcl</i> 17
CAPRELSA.....	2	<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i> 108
<i>captopril</i>	45	<i>chlordiazepoxide-clidinium</i> 18
<i>carbamazepine</i>	103	<i>chlorhexidine gluconate</i> 55
<i>carbamazepine er</i>	103	<i>chloroquine phosphate</i> 28
<i>carbidopa</i>	28	<i>chlorpromazine hcl</i> 31
<i>carbidopa-levodopa</i>	29	<i>chlorthalidone</i> 44
<i>carbidopa-levodopa er</i>	29	<i>cholestyramine</i> 42
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	29	<i>cholestyramine light</i> 42
CAREFINE PEN NEEDLES	125	<i>ciclopirox</i> 112
CAREONE INSULIN SYRINGE.....	125	<i>ciclopirox olamine</i> 112
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS.....	125	<i>cilostazol</i> 149
CARETOUCH ALCOHOL PREP.....	125	CIMDUO.....116
CARETOUCH INSULIN SYRINGE.....	125	<i>cimetidine</i> 61
CARETOUCH PEN NEEDLES	125	<i>cinacalcet hcl</i> 47
<i>carglumic acid</i>	63	<i>ciprofloxacin hcl</i> 84, 99
<i>carteolol hcl</i>	82	<i>ciprofloxacin in d5w</i> 99
<i>cartia xt</i>	39	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> 84
<i>carvedilol</i>	37	<i>citalopram hydrobromide</i> 108
<i>carvedilol phosphate er</i>	37	CITALOPRAM HYDROBROMIDE.....108
<i>caspofungin acetate</i>	112	<i>claravis</i> 59
CAVHANZA.....	2	<i>clarithromycin</i> 97
CAYSTON.....	95	<i>clarithromycin er</i> 97
<i>cefaclor</i>	95	CLEVER CHOICE COMFORT EZ.....125
<i>cefadroxil</i>	95	CLICKFINE PEN NEEDLES 125
<i>cefazolin sodium</i>	95	<i>clindamycin hcl</i> 94
<i>cefdinir</i>	96	<i>clindamycin palmitate hcl</i> 94
<i>cefepime hcl</i>	96	<i>clindamycin phos (once-daily)</i> 60
<i>cefixime</i>	96	<i>clindamycin phosphate</i> 60, 94
		<i>clindamycin phosphate in d5w</i> 94
		CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN D5W.....94
		CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL.....94
		<i>clobazam</i> 103
		<i>clobetasol propionate</i> 56
		<i>clobetasol propionate e</i> 56
		<i>clomipramine hcl</i> 108
		<i>clonazepam</i> 17
		<i>clonidine</i> 36
		<i>clonidine hcl</i> 36
		<i>clonidine hcl er</i> 36
		<i>clopidogrel bisulfate</i> 149
		<i>clorazepate dipotassium</i> 17
		<i>clotrimazole</i> 112
		<i>clotrimazole-betamethasone</i> 112, 113
		<i>clozapine</i> 31
		COARTEM.....28
		COBENFY.....31
		COBENFY STARTER PACK 31
		CODEINE SULFATE.....90, 91
		<i>colchicine</i> 25
		<i>colchicine-probenecid</i> 25
		<i>colesevelam hcl</i> 42
		<i>colestipol hcl</i> 42
		<i>colistimethate sodium (cba)</i> 94
		COMBIVENT RESPIMAT.....53
		COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....3
		COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....3
		COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....3
		COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE.....125
		COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....126
		COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES.....126
		COMFORT EZ PEN NEEDLES 126
		COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....126
		COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES.....126
		COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED.....126
		<i>constulose</i> 63
		COPIKTRA.....3
		COSENTYX.....72

COSENTYX (300 MG DOSE) 72	<i>demeclocycline hcl</i> 100	<i>diltiazem hcl</i> 39
COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....72	DEPO-SUBQ PROVERA 104 71	<i>diltiazem hcl er</i> 39
COSENTYX UNOREADY ...72	DERMACEA GAUZE SPONGE 127	<i>diltiazem hcl er beads</i> 39
COTELLIC.....3	DERMACEA IV DRAIN SPONGES 127	<i>diltiazem hcl er coated beads</i> .39
CREON 150	DERMACEA NON-WOVEN SPONGES 127	<i>dilt-xr</i> 39
CRESEMBA 113	DERMACEA TYPE VII GAUZE 127	<i>dimethyl fumarate</i> 72
<i>cromolyn sodium</i> 50, 63, 86	DESCOVY 116	<i>dimethyl fumarate starter pack</i> 73
CURITY ALCOHOL PREPS 126	<i>desipramine hcl</i> 108	<i>diphenhydramine hcl</i> 114
CURITY ALL PURPOSE SPONGES 126	<i>desloratadine</i> 114	<i>diphenoxylate-atropine</i> 63
CURITY GAUZE 126	<i>desmopressin ace spray refrig</i> 70	<i>dipyridamole</i> 149
CURITY GAUZE SPONGE 126	<i>desmopressin acetate</i> 70	<i>disulfiram</i> 16
CURITY SPONGES 126	<i>desmopressin acetate spray</i> 70	<i>divalproex sodium</i> 103
CVS ALCOHOL PREP PADS 126	<i>desonide</i> 56	<i>divalproex sodium er</i> 103
CVS GAUZE.....126	<i>desoximetasone</i> 56	<i>dofetilide</i> 37
CVS GAUZE STERILE..... 126	DESVENLAFAXINE ER ... 108	<i>donepezil hcl</i> 18
CVS PREP 126	<i>desvenlafaxine succinate er</i> ..109	<i>dorzolamide hcl</i> 82
<i>cyclobenzaprine hcl</i> 151	<i>dexamethasone</i> 68	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> ..83
CYCLOPHOSPHAMIDE.....3	<i>dexamethasone sodium</i> <i>phosphate</i> 85	<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i> 83
<i>cyclosporine</i> 72	<i>dexlansoprazole</i> 61	DOVATO 116
<i>cyclosporine (pf)</i> 85	<i>dexmethylphenidate hcl</i> 49	<i>doxazosin mesylate</i> 37
<i>cyclosporine modified</i> 72	<i>dextroamphetamine sulfate</i> 49	<i>doxepin hcl</i> 48, 109
<i>cyproheptadine hcl</i> 114	<i>dextromethorphan-quinidine</i> ..49	<i>doxy 100</i> 100
<i>cyred eq</i> 101	<i>dextrose-nacl</i> 36	<i>doxycycline hyclate</i> 100
CYSTAGON 65	<i>dextrose-sodium chloride</i> 36	<i>doxycycline monohydrate</i> 100
D	DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE 36	DRIZALMA SPRINKLE.....109
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> 147	DIACOMIT 103	<i>dronabinol</i> 26, 27
<i>dalfampridine er</i> 87	DIATHRIVE PEN NEEDLE127	DROPLET INSULIN SYRINGE.....127
<i>danazol</i> 66	<i>diazepam</i> 17, 18, 103	DROPLET MICRON 127
<i>dantrolene sodium</i> 151	<i>diazepam intensol</i> 17	DROPLET PEN NEEDLES.127
DANZITEN.....3	<i>diazoxide</i> 25	DROPSAFE ALCOHOL PREP 127
<i>dapaglifloz base-metformin er</i> 19	<i>diclofenac epolamine</i> 89	DROPSAFE AUTOPROTECT DUO 127
<i>dapagliflozin</i> 19	<i>diclofenac potassium</i> 89	DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 127
<i>dapsone</i> 115	<i>diclofenac sodium</i> 56, 85, 89	DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 128
DAPTACEL 79	<i>diclofenac sodium er</i> 89	<i>droxidopa</i> 86, 87
<i>daptomycin</i> 94	<i>diclofenac-misoprostol</i> 89	DRUG MART UNIFINE PENTIPS 128
DAPTOMYCIN 94	<i>dicloxacillin sodium</i> 98	DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS.....128
<i>darifenacin hydrobromide er</i> .65	<i>dicyclomine hcl</i> 63	<i>duloxetine hcl</i> 109
<i>darunavir</i> 116	<i>diflunisal</i> 89	DUPIXENT 73
<i>dasatinib</i> 3	<i>difluprednate</i> 85	<i>dutasteride</i> 65
DAURISMO.....3	<i>digoxin</i> 40	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i> 65
DAYBUE 49	DIGOXIN 40	
<i>deferasirox</i> 93	<i>dihydroergotamine mesylate</i> ..25	
<i>deferiprone</i> 93	DILANTIN 103	
DELSTRIGO..... 116		

E	EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE.....129	<i>erlotinib hcl</i> 4
EASY COMFORT ALCOHOL PADS.....128	EMBECTA INSULIN SYRINGE.....129	<i>errin</i> 101
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....128	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 129	<i>ertapenem sodium</i> 95
EASY COMFORT PEN NEEDLES 128	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 129	ERY 60
EASY GLIDE PEN NEEDLES 128	EMBECTA PEN NEEDLE NANO 130	<i>erythromycin</i> 60, 84, 97
EASY TOUCH ALCOHOL PREP MEDIUM.....128	EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 129	<i>erythromycin base</i> 97
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 128	EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE.....130	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...97
EASY TOUCH FLIPLOCK SAFETY SYR.....128	EMBRACE PEN NEEDLES130	ERZOFRI 31, 32
EASY TOUCH INSULIN BARRELS.....128	EMGALITY 26	<i>escitalopram oxalate</i> 109
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR.....128	EMGALITY (300 MG DOSE) 25	<i>eslicarbazepine acetate</i> 103
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE.....129	EMSAM 109	<i>esomeprazole magnesium</i> 61
EASY TOUCH PEN NEEDLES 129	<i>emtricitabine</i> 116	<i>estarylla</i> 101
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 129	<i>emtricitabine-tenofovir df</i> 116	<i>estazolam</i> 18
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 129	<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df</i> 117	<i>estradiol</i> 67
<i>econazole nitrate</i> 113	EMTRIVA.....117	<i>estradiol-norethindrone acet</i> ..67
EDURANT PED 116	<i>enalapril maleate</i> 45	<i>ethambutol hcl</i> 115
<i>efavirenz</i> 116	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> 45	<i>ethosuximide</i> 103
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i> 116	ENBREL 73	<i>etodolac</i> 89
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i> 116	ENBREL MINI 73	<i>etodolac er</i> 89
<i>eletriptan hydrobromide</i> 25	ENBREL SURECLICK 73	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> 101
ELIGARD 3	ENGERIX-B 79	<i>etravirine</i> 117
ELIQUIS 148	<i>enilloring</i> 101	EUCRISA 56
ELIQUIS (1.5 MG PACK) ..148	ENOBY 47	EULEXIN.....4
ELIQUIS (2 MG PACK).....148	<i>enoxaparin sodium</i> 148	<i>everolimus</i> 4, 73
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 148	ENSACOVE.....3	EVOTAZ 117
ELMIRON.....87	ENSPRYNG.....73	EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE.....130
<i>eltrombopag olamine</i> 149	<i>entacapone</i> 29	<i>exemestane</i> 4
<i>eluryng</i> 101	<i>entecavir</i> 121	EXXUA 109
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 129	ENTYVIO PEN.....73	EXXUA TITRATION PACK 109
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 129	<i>enulose</i> 63	<i>ezetimibe</i> 42
	ENVARSUS XR 73	<i>ezetimibe-simvastatin</i> 42
	EPIDIOLEX 103	F
	<i>epinastine hcl</i> 86	<i>famciclovir</i> 121
	<i>epinephrine</i> 87	<i>famotidine</i> 61
	<i>eplerenone</i> 46	FANAPT.....32
	EPRONTIA 103	FANAPT TITRATION PACK A 32
	EQL ALCOHOL SWABS ...130	FANAPT TITRATION PACK B 32
	EQL GAUZE.....130	FANAPT TITRATION PACK C 32
	EQL INSULIN SYRINGE...130	FARXIGA 19, 20
	ERGOTAMINE-CAFFEINE .26	FASENRA 74
	ERIVEDGE 4	FASENRA PEN 74
	ERLEADA 4	<i>febuxostat</i> 25
		<i>felbamate</i> 103, 104
		<i>felodipine er</i> 39

<i>fenofibrate</i>	42	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	45	GLOBAL INSULIN	
<i>fenofibrate micronized</i>	42	FOTIVDA	4	SYRINGES.....	131
<i>fenofibric acid</i>	42	FRUZAQLA.....	4	<i>glucagon emergency</i>	87
<i>fentanyl</i>	91	FULPHILA.....	149	GLUCOPRO INSULIN	
FETZIMA.....	109	<i>furosemide</i>	44	SYRINGE.....	131
FETZIMA TITRATION	109	<i>fyavolv</i>	67	<i>glyburide</i>	25
<i>fidaxomicin</i>	97	G		<i>glyburide-metformin</i>	25
FIFTY50 ALCOHOL PREP	130	<i>gabapentin</i>	104	<i>glycerol phenylbutyrate</i>	63
FIFTY50 PEN NEEDLES ...	130	<i>galantamine hydrobromide</i> ...	18,	<i>glycopyrrolate</i>	18, 63
FIFTY50 SUPERIOR		19		GLYXAMBI.....	20
COMFORT SYR.....	130	<i>galantamine hydrobromide er</i>	18	GNP ALCOHOL SWABS ...	131
FILSPARI.....	87	<i>gallifrey</i>	71	GNP CLICKFINE PEN	
<i>finasteride</i>	65	GAMMAGARD.....	74	NEEDLES	131
<i>fingolimod hcl</i>	74	GAMMAGARD S/D LESS IGA		GNP INSULIN SYRINGE...	131
FINTEPLA	104	.....	74	GNP INSULIN SYRINGES.	131
FIRMAGON.....	4	GAMMAPLEX	74	GNP INSULIN SYRINGES	
FIRMAGON (240 MG DOSE)	4	GAMUNEX-C.....	74	28GX1/2	131
<i>flavoxate hcl</i>	65	GARDASIL 9.....	79	GNP INSULIN SYRINGES	
<i>flecainide acetate</i>	37	<i>gatifloxacin</i>	84	29GX1/2	131
<i>fluconazole</i>	113	GAUZE PADS	130	GNP INSULIN SYRINGES	
<i>fluconazole in sodium chloride</i>		GAUZE TYPE VII MEDI-PAK		30GX5/16	131
.....	113	.....	130	GNP INSULIN SYRINGES	
<i>flucytosine</i>	113	GAVILYTE-C.....	64	31GX5/16	131
<i>fludrocortisone acetate</i>	68	<i>gavilyte-g</i>	64	GNP PEN NEEDLES.....	132
<i>flunisolide</i>	85	<i>gavilyte-n with flavor pack</i>	64	GNP STERILE GAUZE.....	132
<i>fluocinolone acetonide</i>	57, 85	GAVRETO.....	4	GNP ULTICARE PEN	
<i>fluocinolone acetonide body</i> ...	56	<i>gefitinib</i>	4	NEEDLES	132
<i>fluocinolone acetonide scalp</i> ..	57	<i>gemfibrozil</i>	43	GNP ULTIGUARD	
<i>fluocinonide</i>	57	<i>generlac</i>	63	SAFEPACK NEEDLE	132
<i>fluocinonide emulsified base</i> ..	57	<i>gentamicin in saline</i>	93	GNP ULTRA COM INSULIN	
<i>fluorometholone</i>	85	<i>gentamicin sulfate</i>	60, 84, 93	SYRINGE.....	132
<i>fluorouracil</i>	59	GENVOYA	117	GOMEKLI.....	5
<i>fluoxetine hcl</i>	109, 110	GILOTRIF	5	GOODSENSE ALCOHOL	
<i>fluphenazine decanoate</i>	32	<i>glatiramer acetate</i>	74	SWABS	132
<i>fluphenazine hcl</i>	32	GLEOSTINE	5	GOODSENSE CLICKFINE	
<i>flurbiprofen</i>	89	<i>glimepiride</i>	24	PEN NEEDLE	132
<i>flurbiprofen sodium</i>	85	<i>glipizide</i>	25	GOODSENSE PEN NEEDLE	
<i>fluticasone furoate-vilanterol</i>	53	<i>glipizide er</i>	24	PENFINE.....	132
<i>fluticasone propionate</i>	57, 85	<i>glipizide-metformin hcl</i>	25	<i>granisetron hcl</i>	27
<i>fluticasone propionate hfa</i>	52	GLOBAL ALCOHOL PREP		<i>griseofulvin microsize</i>	113
<i>fluticasone-salmeterol</i>	53	EASE.....	130	<i>griseofulvin ultramicrosize</i> ...	113
<i>fluvastatin sodium</i>	43	GLOBAL EASE INJECT PEN		<i>guanfacine hcl er</i>	49
<i>fluvastatin sodium er</i>	43	NEEDLES	130	H	
<i>fluvoxamine maleate</i>	110	GLOBAL EASY GLIDE		HADLIMA	74
<i>fluvoxamine maleate er</i>	110	INSULIN SYR	130	HADLIMA PUSHTOUCH ...	74
FOLIVANE-OB.....	151	GLOBAL EASY GLIDE PEN		<i>halobetasol propionate</i>	57
<i>fondaparinux sodium</i>	148	NEEDLES	131	<i>haloperidol</i>	33
<i>fosamprenavir calcium</i>	117	GLOBAL INJECT EASE		<i>haloperidol decanoate</i>	32
<i>fosfomycin tromethamine</i>	94	INSULIN SYR	131	<i>haloperidol lactate</i>	32, 33
<i>fosinopril sodium</i>	45			HAVRIX.....	79

HEALTHWISE INSULIN		
SYR/NEEDLE	132	
HEALTHWISE MICRON PEN		
NEEDLES	132	
HEALTHWISE SHORT PEN		
NEEDLES	132	
<i>heather</i>	101	
H-E-B INCONTROL		
ALCOHOL	132	
H-E-B INCONTROL PEN		
NEEDLES	132	
H-E-B INCONTROL UNIFINE		
PENTIP	132	
<i>heparin sodium (porcine)</i>	148	
HEPLISAV-B	79	
HERNEXEOS	5	
HIBERIX	79	
HM STERILE PADS	132	
HM ULTICARE INSULIN		
SYRINGE	132	
HM ULTICARE MINI PEN		
NEEDLES	133	
HM ULTICARE SHORT PEN		
NEEDLES	133	
HUMALOG	22	
HUMALOG JUNIOR		
KWIKPEN	22	
HUMALOG KWIKPEN	22	
HUMALOG MIX 50/50	22	
HUMALOG MIX 50/50		
KWIKPEN	22	
HUMALOG MIX 75/25	22	
HUMALOG MIX 75/25		
KWIKPEN	22	
HUMALOG TEMPO PEN	22	
HUMULIN 70/30	22	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	22	
HUMULIN N	23	
HUMULIN N KWIKPEN	22	
HUMULIN R	23	
HUMULIN R U-500		
KWIKPEN	23	
<i>hydralazine hcl</i>	46	
<i>hydrochlorothiazide</i>	44	
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	91	
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	91	
<i>hydrocortisone</i>	57, 58, 62, 68	
<i>hydrocortisone (perianal)</i>	57	
HYDROCORTISONE ACE-		
PRAMOXINE	57	
<i>hydrocortisone butyrate</i>	57	
<i>hydrocortisone valerate</i>	58	
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	84	
<i>hydromorphone hcl</i>	91	
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	28	
<i>hydroxyurea</i>	5	
<i>hydroxyzine hcl</i>	114	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	87	
HYFTOR	74	
HYRNUO	5	
I		
<i>ibandronate sodium</i>	47	
IBRANCE	5	
IBTROZI	5	
<i>ibu</i>	89	
<i>ibuprofen</i>	89	
<i>icatibant acetate</i>	40	
ICLUSIG	5	
<i>icosapent ethyl</i>	43	
IDHIFA	5	
IDVYNZO	117	
ILEVRO	85	
<i>imatinib mesylate</i>	5	
IMBRUVICA	5, 6	
<i>imipenem-cilastatin</i>	95	
<i>imipramine hcl</i>	110	
<i>imipramine pamoate</i>	110	
<i>imiquimod</i>	59	
IMKELDI	6	
IMOVAX RABIES	79	
IMULDOSA	74	
<i>incassia</i>	101	
INCONTROL ULTICARE PEN		
NEEDLES	133	
INCRELEX	70	
<i>indapamide</i>	44	
<i>indomethacin</i>	90	
<i>indomethacin er</i>	90	
INFANRIX	80	
INLURIYO	6	
INLYTA	6	
INQOVI	6	
INREBIC	6	
<i>insulin glargine</i>	23	
<i>insulin glargine max solostar</i>	23	
<i>insulin glargine solostar</i>	23	
INSULIN GLARGINE		
SOLOSTAR	23	
<i>insulin lispro</i>	23	
<i>insulin lispro (1 unit dial)</i>	23	
<i>insulin lispro junior kwikpen</i>	23	
<i>insulin lispro prot & lispro</i>	23	
INSULIN SYRINGE	133	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE		
U-100	133	
INSUPEN PEN NEEDLES	133	
INSUPEN SENSITIVE	133	
INSUPEN ULTRAFIN	133	
INSUPEN32G EXTR3ME	133	
INTELENCE	117	
INVEGA HAFYERA	33	
INVEGA SUSTENNA	33	
INVEGA TRINZA	33	
IPOD	80	
<i>ipratropium bromide</i>	53, 86	
<i>ipratropium-albuterol</i>	53	
<i>irbesartan</i>	41	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>		
.....	41	
ISENTRESS	117	
ISENTRESS HD	117	
<i>isibloom</i>	101	
ISOLYTE-P IN D5W	145	
ISOLYTE-S	145	
ISOLYTE-S PH 7.4	145	
<i>isoniazid</i>	115	
<i>isosorbide dinitrate</i>	46	
<i>isosorbide mononitrate</i>	46	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	46	
<i>isotretinoin</i>	59	
ISTURISA	68	
ITOVEBI	6	
<i>itraconazole</i>	113	
<i>ivabradine hcl</i>	40	
<i>ivermectin</i>	28	
IWILFIN	6	
IXIARO	80	
J		
J & J GAUZE	133	
JAKAFI	6	
JAKAFI XR	6	
<i>jantoven</i>	148	
JARDIANCE	20	
JAYPIRCA	6	
JENTADUETO	20	
JENTADUETO XR	20	
JIDEYTRO	6	
<i>jinteli</i>	67	
JOURNAVX	91	
JULUCA	117	

JYLAMVO.....	6	<i>lamotrigine</i>	104	<i>levocarnitine</i>	87
JYNNEOS	80	<i>lamotrigine er</i>	104	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	
K		<i>lamotrigine starter kit-blue</i> ..	104	.....	114
KALYDECO.....	50	<i>lamotrigine starter kit-green</i>	104	<i>levofloxacin</i>	99
KCL IN DEXTROSE-NACL		<i>lamotrigine starter kit-orange</i>		<i>levofloxacin in d5w</i>	99
.....	146	.....	104	<i>levonest</i>	101
KCL-LACTATED RINGERS-		<i>lansoprazole</i>	61	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	101
D5W	146	LANTUS	23	<i>levothyroxine sodium</i>	66
KENDALL HYDROPHILIC		LANTUS SOLOSTAR.....	23	<i>levoxyl</i>	66
FOAM DRESS	133	<i>lapatinib ditosylate</i>	7	<i>l-glutamine</i>	87
KENDALL HYDROPHILIC		<i>latanoprost</i>	83	<i>lidocaine</i>	92
FOAM PLUS	133	LAZCLUZE	7	<i>lidocaine hcl</i>	92
KERENDIA	46	LEADER INSULIN SYRINGE		<i>lidocaine viscous hcl</i>	93
KESIMPTA.....	74	.....	134	<i>lidocaine-prilocaine</i>	93
<i>ketoconazole</i>	113	LEADER UNIFINE PENTIPS		LIFYORLI (125 MG DOSE) ..	8
<i>ketorolac tromethamine</i>	85, 90	.....	134	LIFYORLI (150 MG DOSE) ..	8
KEVZARA.....	75	LEADER UNIFINE PENTIPS		LILETTA (52 MG).....	101
KINERET.....	75	PLUS	134	<i>linezolid</i>	94
KINRAY INSULIN SYRINGE		<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	119	LINZESS	63
.....	133	<i>leflunomide</i>	75	<i>liomny</i>	66
KINRIX.....	80	<i>lenalidomide</i>	7	<i>liothyronine sodium</i>	66
<i>kionex</i>	63	LENVIMA (10 MG DAILY		<i>lisinopril</i>	45
KISQALI (200 MG DOSE)	7	DOSE)	7	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	45
KISQALI (400 MG DOSE)	7	LENVIMA (12 MG DAILY		LITETOUCH INSULIN	
KISQALI (600 MG DOSE)	7	DOSE)	8	SYRINGE.....	134
KISQALI FEMARA (200 MG		LENVIMA (14 MG DAILY		LITETOUCH PEN NEEDLES	
DOSE)	7	DOSE)	8	.....	134
KISQALI FEMARA (400 MG		LENVIMA (18 MG DAILY		<i>lithium</i>	49
DOSE)	7	DOSE)	8	<i>lithium carbonate</i>	49
KISQALI FEMARA (600 MG		LENVIMA (20 MG DAILY		LITHIUM CARBONATE.....	49
DOSE)	7	DOSE)	8	<i>lithium carbonate er</i>	49
KLOXXADO	16	LENVIMA (24 MG DAILY		LIVTENCITY	120
KMART VALU INSULIN		DOSE)	8	LOKELMA.....	63
SYRINGE 29G.....	134	LENVIMA (4 MG DAILY		<i>lomustine</i>	8
KMART VALU INSULIN		DOSE)	8	LONGS INSULIN SYRINGE	
SYRINGE 30G.....	134	LENVIMA (8 MG DAILY		.....	134
KOMZIFTI.....	7	DOSE)	8	LONSURF	8
KORLYM.....	20	LEQEMBI IQLIK	19	<i>loperamide hcl</i>	63
KOSELUGO	7	LEQEMBI IQLIK (500 MG		<i>lopinavir-ritonavir</i>	118
KRAZATI	7	DOSE)	19	<i>lorazepam</i>	18
KROGER INSULIN SYRINGE		<i>letrozole</i>	8	<i>lorazepam intensol</i>	18
.....	134	<i>leucovorin calcium</i>	87	LORBRENA.....	8, 9
KROGER PEN NEEDLES ..	134	LEUKERAN	8	<i>losartan potassium</i>	41
KYLEENA.....	101	LEUKINE.....	149	<i>losartan potassium-hctz</i>	41
L		<i>leuprolide acetate</i>	8	<i>loteprednol etabonate</i>	85
<i>labetalol hcl</i>	37	<i>levalbuterol hcl</i>	54	<i>lovastatin</i>	43
<i>lacosamide</i>	104	<i>levalbuterol tartrate</i>	54	<i>loxapine succinate</i>	33
<i>lactulose</i>	63	<i>levetiracetam</i>	105	<i>lubiprostone</i>	63
<i>lamivudine</i>	117	<i>levetiracetam er</i>	104, 105	LUMAKRAS.....	9
<i>lamivudine-zidovudine</i>	118	<i>levobunolol hcl</i>	83		

LUPRON DEPOT (1-MONTH) 9, 70	MEDPURA ALCOHOL PADS 135	<i>metirosine</i> 40
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 9, 70	<i>medroxyprogesterone acetate</i> .71	<i>mexiletine hcl</i> 37
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 9	<i>mefloquine hcl</i> 28	<i>micafungin sodium</i> 113
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 9	<i>megestrol acetate</i> 9, 71	MICONAZOLE 3.....113
<i>lurasidone hcl</i> 33, 34	MEIJER ALCOHOL SWABS 135	MICRODOT PEN NEEDLE 135
LUTRATE DEPOT.....9	MEIJER PEN NEEDLES.....135	<i>midazolam hcl</i> 18
LYBALVI 34	MEKINIST 9, 10	<i>midazolam hcl (pf)</i> 18
<i>lyleq</i> 101	MEKTOVI.....10	<i>midodrine hcl</i> 36
LYNPARZA.....9	<i>meleya</i> 101	<i>mifepristone</i> 20
LYSODREN.....9	<i>meloxicam</i> 90	<i>miglustat</i> 150
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....9	<i>memantine hcl</i> 19	<i>mili</i> 101
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....9	<i>memantine hcl er</i> 19	<i>milnacipran hcl</i> 50
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....9	MENQUADFI.....80	<i>minocycline hcl</i> 100
LYUMJEV 23	MENVEO.....80	<i>minoxidil</i> 46
LYUMJEV KWIKPEN.....23	<i>meperidine hcl</i> 91	MIRASORB SPONGES 135
<i>lyza</i> 101	<i>meprobamate</i> 87	MIRENA (52 MG) 101
M	<i>mercaptopurine</i> 10	<i>mirtazapine</i> 110
<i>macitentan</i> 88	MERILOG.....24	<i>misoprostol</i> 61
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR.....135	MERILOG SOLOSTAR.....24	MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE 135
<i>magnesium sulfate</i> 146	<i>meropenem</i> 95	MM PEN NEEDLES.....135
MAGNESIUM SULFATE...146	MEROPENEM.....95	M-M-R II.....80
<i>malathion</i> 61	<i>mesalamine</i> 62	<i>modafinil</i> 48
MARATHON MEDICAL PENTIPS 135	<i>mesalamine er</i> 62	MODEYSO 10
<i>maraviroc</i> 118	<i>mesna</i> 87	<i>moexipril hcl</i> 45
MARPLAN 110	<i>metformin hcl</i> 20	<i>molindone hcl</i> 34
MATULANE 9	<i>metformin hcl er</i> 20	<i>mometasone furoate</i> 58, 85
MAVYRET 120	<i>methadone hcl</i> 91	MONOJECT INSULIN SYRINGE.....136
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 135	METHADONE HCL.....91	MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 136
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE.....135	<i>methazolamide</i> 83	<i>montelukast sodium</i> 52
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....135	<i>methenamine hippurate</i> 94	MORPHINE SULFATE.....92
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2.....135	<i>methimazole</i> 66	<i>morphine sulfate (concentrate)</i> 91
<i>meclizine hcl</i> 27	<i>methotrexate (anti-rheumatic)</i> 10	<i>morphine sulfate er</i> 91, 92
MEDIC INSULIN SYRINGE 135	<i>methotrexate sodium</i> 10	MOUNJARO.....69
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES 135	METHOTREXATE SODIUM 10	MOVANTIK 64
	<i>methotrexate sodium (pf)</i> 10	<i>moxifloxacin hcl</i> 84, 99
	<i>methsuximide</i> 105	MOXIFLOXACIN HCL 99
	<i>methylphenidate hcl</i> 50	MOXIFLOXACIN HCL IN NACL 99
	<i>methylphenidate hcl er</i> 50	MRESVIA 80
	<i>methylphenidate hcl er (osm)</i> .50	MS INSULIN SYRINGE.....136
	<i>methylprednisolone</i> 68	MULTAQ.....37
	<i>metoclopramide hcl</i> 63, 64	MULTIPLE ELECTRO TYPE 1 PH 5.5.....146
	<i>metolazone</i> 44	MULTIPLE ELECTRO TYPE 1 PH 7.4.....146
	<i>metoprolol succinate er</i> 38	<i>mupirocin</i> 60
	<i>metoprolol tartrate</i> 38	
	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> 38	
	<i>metronidazole</i> 60, 94	

<i>mupirocin calcium</i> 60	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> 94	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> ...41
<i>mycophenolate mofetil</i> 75	<i>nitroglycerin</i> 40, 46, 59	<i>omega-3-acid ethyl esters</i> 43
<i>mycophenolate sodium</i> 75	NIVA-PLUS.....151	<i>omeprazole</i> 61
MYRBETRIQ 65	NIVESTYM 149, 150	OMNITROPE.....70
N	<i>nizatidine</i> 61	<i>ondansetron</i> 27
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i> 64	<i>norelgestromin-eth estradiol</i> 101	<i>ondansetron hcl</i> 27
<i>nabumetone</i> 90	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> 102	ONUREG 11
<i>nadolol</i> 38	<i>norethindrone</i> 102	OPIPZA 34
<i>nafcilin sodium</i> 98	<i>norethindrone acetate</i> 71	ORENCIA 75, 76
<i>naloxone hcl</i> 16, 17	<i>norethindrone-eth estradiol</i> 68	ORENCIA CLICKJECT 75
<i>naltrexone hcl</i> 17	<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i> 102	ORENITRAM 88
<i>naproxen</i> 90	<i>norgestimate-eth estradiol</i> 102	ORENITRAM MONTH 1.....88
<i>naproxen dr</i> 90	<i>nortrel 1/35 (21)</i> 102	ORENITRAM MONTH 2.....88
<i>naproxen sodium</i> 90	<i>nortrel 1/35 (28)</i> 102	ORENITRAM MONTH 3.....88
<i>naratriptan hcl</i> 26	<i>nortrel 7/7/7</i> 102	ORGOVYX 70
<i>nateglinide</i> 20	<i>nortriptyline hcl</i> 110	ORKAMBI 51
NAYZILAM.....105	NOVOFINE AUTOCOVER PEN NEEDLE.....136	<i>orphenadrine citrate er</i> 151
<i>nebivolol hcl</i> 38	NOVOFINE PEN NEEDLE 136	<i>orquidea</i> 102
<i>nefazodone hcl</i> 110	NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 136	ORSERDU 11
<i>neomycin sulfate</i> 93	NOVOLIN R FLEXPEN.....24	<i>oseltamivir phosphate</i> 120
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i> 84	NOVOLOG 24	OTEZLA.....76
<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i> 84, 86	NOVOLOG FLEXPEN.....24	OTEZLA XR.....76
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> 84	NOVOLOG MIX 70/30 24	OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 76
<i>neomycin-polymyxin-hc</i> 84	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN 24	<i>oxaprozin</i> 90
NERLYNX.....10	NOVOLOG PENFILL 24	<i>oxcarbazepine</i> 105
NEUPRO.....29	NUBEQA 10	<i>oxybutynin chloride</i> 65
<i>nevirapine</i> 118	NUCALA 75	<i>oxybutynin chloride er</i> 65
<i>nevirapine er</i> 118	NUPLAZID.....34	<i>oxycodone hcl</i> 92
NEXLETOL 43	<i>nylia 1/35</i> 102	<i>oxycodone-acetaminophen</i> 92
NEXLIZET.....43	<i>nylia 7/7/7</i> 102	OZEMPIC.....69
NEXPLANON 101	<i>nystatin</i> 113, 114	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....69
<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i> 43	<i>nystatin-triamcinolone</i> 114	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....69
<i>nicardipine hcl</i> 39	O	OZEMPIC (2 MG/DOSE).....69
NICOTROL NS.....17	<i>octreotide acetate</i> 70	P
<i>nifedipine er</i> 39	ODEFSEY 118	<i>paliperidone er</i> 34
<i>nifedipine er osmotic release</i> ..39	ODOMZO 10	PANRETIN 59
<i>nikki</i> 101	OFEV.....51	<i>pantoprazole sodium</i> 61
<i>nilotinib hcl</i> 10	<i>ofloxacin</i> 84, 99	<i>paricalcitol</i> 47
<i>nilutamide</i> 10	OGSIVEO 10	<i>paroxetine hcl</i> 111
NINLARO.....10	OJEMDA.....10	<i>paroxetine hcl er</i> 111
<i>nintedanib esylate</i> 51	OJJAARA.....11	PAXLOVID (150/100).....120
<i>nisoldipine er</i> 39	<i>olanzapine</i> 34	PAXLOVID (300/100 & 150/100).....120
<i>nitazoxanide</i> 28	<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i> 110	PAXLOVID (300/100).....120
<i>nitro-bid</i> 40	<i>olmesartan medoxomil</i> 41	<i>pazopanib hcl</i> 11
NITRO-DUR.....40	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i> 41	PC UNIFINE PENTIPS 136
<i>nitrofurantoin</i> 95		PEDIARIX 80
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ...94		PEDVAXHIB 80

peg 3350-kcl-na bicarb-nacl ..64
 peg-3350/electrolytes 64
 PEGASYS 120
 PEMAZYRE 11
 PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP
 136
 PEN NEEDLES..... 136
 PEN NEEDLES 5/16 136
 PENBRAYA 80
 penicillamine 93
 penicillin g potassium.....98
 penicillin g sodium 99
 penicillin v potassium.....99
 PENICILLIN V POTASSIUM
99
 PENMENVY.....80
 PENTACEL 80
 pentamidine isethionate.....28
 PENTIPS 136
 PENTIPS GENERIC PEN
 NEEDLES 136
 pentoxifylline er..... 149
 perampanel..... 105
 perindopril erbumine.....45
 periogard 55
 permethrin 61
 perphenazine 34
 perphenazine-amitriptyline .. 111
 PHARMACIST CHOICE
 ALCOHOL..... 137
 phenelzine sulfate 111
 phenobarbital 105
 phenytek..... 105
 phenytoin 105
 phenytoin sodium extended .. 105
 PIFELTRO 118
 pilocarpine hcl.....55, 83
 pimecrolimus 76
 pimozide 34
 pindolol.....38
 pioglitazone hcl 20
 pioglitazone hcl-glimepiride ..20
 pioglitazone hcl-metformin hcl
21
 PIP PEN NEEDLES 31G X
 5MM..... 137
 PIP PEN NEEDLES 32G X
 4MM..... 137
 piperacillin sod-tazobactam so
99

PIQRAY (200 MG DAILY
 DOSE) 11
 PIQRAY (250 MG DAILY
 DOSE) 11
 PIQRAY (300 MG DAILY
 DOSE) 11
 pirfenidone.....51
 piroxicam.....90
 PNV 27-CA/FE/FA 152
 PNV-SELECT 152
 podofilox.....59
 polymyxin b-trimethoprim 84
 POMALIDOMIDE..... 11
 POMALYST 11
 posaconazole 114
 potassium chloride 147
 POTASSIUM CHLORIDE . 146,
 147
 potassium chloride crys er ... 146
 potassium chloride er 146
 POTASSIUM CHLORIDE IN
 NACL 146
 potassium citrate er 147
 POTASSIUM CL IN
 DEXTROSE 5%..... 147
 pramipexole dihydrochloride .29
 prasugrel hcl..... 149
 pravastatin sodium 43
 praziquantel.....28
 prazosin hcl 37
 PRECISION SURE-DOSE
 SYRINGE..... 137
 prednisolone 68
 prednisolone acetate.....86
 prednisolone sodium phosphate
68, 86
 prednisone 68, 69
 PREDNISONO INTENSOL...68
 PREFERRED PLUS INSULIN
 SYRINGE..... 137
 PREFERRED PLUS UNIFINE
 PENTIPS 137
 pregabalin 105
 PREMARIN 68
 PRENA1 152
 PRENATAL 152
 PRENATAL-U..... 152
 PRETOMANID..... 115
 prevalite.....43

PREVENT DROPSAFE PEN
 NEEDLES 137
 PREVENT SAFETY PEN
 NEEDLES 137
 PREVYMIS 120
 PREZCOBIX.....118
 PREZISTA 118
 PRIMAQUINE PHOSPHATE
28
 primidone.....105
 PRIORIX 80
 PRO COMFORT ALCOHOL
137
 PRO COMFORT INSULIN
 SYRINGE.....137
 PRO COMFORT PEN
 NEEDLES 137
 PROAIR RESPICLICK.....54
 probenecid 25
 prochlorperazine 27
 prochlorperazine maleate.....27
 procto-med hc 58
 proctosol hc 58
 proctozone-hc 58
 PRODIGY INSULIN
 SYRINGE.....137
 progesterone 71
 PROGRAF.....76
 PROLASTIN-C 51
 PROMACTA 150
 promethazine hcl 27, 115
 promethegan 27
 propafenone hcl 37
 propranolol hcl.....38
 propranolol hcl er.....38
 propylthiouracil.....66
 PROQUAD.....80
 protriptyline hcl 111
 PULMOZYME.....51
 PURE COMFORT ALCOHOL
 PREP.....137
 PURE COMFORT PEN
 NEEDLE.....137
 PURE COMFORT SAFETY
 PEN NEEDLE 138
 PX EXTRA SHORT PEN
 NEEDLES 138
 PX INSULIN SYRINGE.....138
 PX MINI PEN NEEDLES...138
 PX PEN NEEDLE 138

<i>pyrazinamide</i>	115	<i>repaglinide</i>	21	SAPS CARE ALCOHOL PREP	139
<i>pyridostigmine bromide</i>	145	REPATHA.....	43	SAPS HEALTH ALCOHOL PREP.....	139
<i>pyridostigmine bromide er</i> ...	145	REPATHA SURECLICK	43	SAPS HEALTH CARE ALCOHOL PREP	139
<i>pyrimethamine</i>	28	RESTORE CONTACT LAYER	139	SARCLISA ESCENA	12
Q		RETACRIT	150	SB ALCOHOL PREP.....	139
QC ALCOHOL SWABS	138	RETEVMO.....	11	SB INSULIN SYRINGE.....	139
QC BORDER ISLAND GAUZE	138	REVCovi	150	SCEMBLIX.....	12
QC PEN NEEDLES	138	REVUFORJ.....	11, 12	<i>scopolamine</i>	27
QC UNIFINE PENTIPS.....	138	REXULTI.....	35	SECUADO	35
QINLOCK.....	11	REYATAZ	118	SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....	139
QUADRACEL	80	REZDIFFRA	66	SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES	139
<i>quetiapine fumarate</i>	34, 35	REZLIDHIA.....	12	<i>selegiline hcl</i>	29, 30
<i>quetiapine fumarate er</i>	34	REZUROCK	76	<i>selenium sulfide</i>	59
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE.....	138	RHOPRESSA.....	83	SENTRA PM.....	36
<i>quinapril hcl</i>	45	<i>ribavirin</i>	121	SEREVENT DISKUS	54
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	45	<i>rifabutin</i>	115	<i>sertraline hcl</i>	111
<i>quinidine sulfate</i>	37	<i>rifampin</i>	115	SERTRALINE HCL.....	111
<i>quinine sulfate</i>	28	<i>rifapentine</i>	115	<i>sevelamer carbonate</i>	64
R		<i>rilpivirine hcl</i>	118	SHINGRIX.....	81
RA ALCOHOL SWABS	138	<i>riluzole</i>	50	SIGNIFOR.....	70
RA INSULIN SYRINGE	138	<i>rimantadine hcl</i>	121	<i>sildenafil citrate</i>	88
RA PEN NEEDLES	138	RINVOQ	76	<i>silodosin</i>	65
RA STERILE	138	RINVOQ LQ	76	<i>silver sulfadiazine</i>	59
RABAVERT	81	<i>risedronate sodium</i>	47	SIMBRINZA	83
RALDESY	111	<i>risperidone</i>	35	SIMLANDI (1 PEN)	76
<i>raloxifene hcl</i>	68	<i>risperidone microspheres er</i> ...	35	SIMLANDI (2 PEN)	76
<i>ramelteon</i>	48	<i>ritonavir</i>	118	SIMLANDI (2 SYRINGE)....	76
<i>ramipril</i>	45	<i>rivaroxaban</i>	148, 149	<i>simvastatin</i>	43
<i>ranolazine er</i>	40	<i>rivastigmine</i>	19	<i>sirolimus</i>	76
<i>rasagiline mesylate</i>	29	<i>rivastigmine tartrate</i>	19	SIRTURO	115
RAYA SURE PEN NEEDLE	138	<i>rizatriptan benzoate</i>	26	<i>sitagliip phos-metformin hcl er</i>	21
REALITY INSULIN SYRINGE	138	ROCKLATAN	83	<i>sitagliptin phos-metformin hcl</i>	21
REALITY SWABS	138	<i>roflumilast</i>	51	<i>sitagliptin phosphate</i>	21
RECOMBIVAX HB	81	ROMVIMZA.....	12	SKYLA.....	102
RELENZA DISKHALER	120	<i>ropinirole hcl</i>	29	SKYRIZI	77
RELION ALCOHOL SWABS	138	<i>ropinirole hcl er</i>	29	SKYRIZI PEN.....	77
RELION INSULIN SYRINGE	139	<i>rosuvastatin calcium</i>	43	SM STERILE	139
RELI-ON INSULIN SYRINGE	139	ROTARIX	81	<i>sodium chloride</i>	147, 151
RELION MINI PEN NEEDLES	139	ROTATEQ	81	<i>sodium fluoride</i>	55
RELION PEN NEEDLES	139	ROZLYTREK	12	<i>sodium oxybate</i>	48
RELION SHORT PEN NEEDLES	139	RUBRACA.....	12	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .	64
		<i>rufinamide</i>	105, 106	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	120
		RUKOBIA.....	118	SOLQUA.....	24
		RYDAPT	12	SOLTAMOX.....	12
		S		SOMAVERT	70
		<i>sacubitril-valsartan</i>	41		
		SAFETY PEN NEEDLES ...	139		
		SANTYL	59		
		<i>sapropterin dihydrochloride</i> .	150		

<i>sorafenib tosylate</i>	12	TAFINLAR	13	<i>timolol maleate</i>	38, 83
<i>sotalol hcl</i>	38	TAGRISSO	13	<i>tinidazole</i>	28
<i>sotalol hcl (af)</i>	38	TAKHZYRO	41	<i>tiotropium bromide</i>	54
SPIRIVA RESPIMAT	54	TALICIA	62	TIVICAY	119
<i>spironolactone</i>	44	TALZENNA	13	TIVICAY PD	119
<i>spironolactone-hctz</i>	44	<i>tamoxifen citrate</i>	13	<i>tizanidine hcl</i>	151
<i>sprintec 28</i>	102	<i>tamsulosin hcl</i>	65	TOBI PODHALER	93
SPRITAM	106	TARON-C DHA	152	<i>tobramycin</i>	84, 93
<i>sps (sodium polystyrene sulf)</i> ..	64	TARPEYO	69	<i>tobramycin sulfate</i>	93
<i>ssd</i>	59	TAVNEOS	77	<i>tobramycin-dexamethasone</i> ..	84
STARJEMZA	77	<i>tazarotene</i>	59	TODAYS HEALTH PEN	
STERILE	139	TAZVERIK	13	NEEDLES	140
STERILE GAUZE	139	TDVAX	81	TODAYS HEALTH SHORT	
STIOLTO RESPIMAT	54	TECHLITE INSULIN		PEN NEEDLE	140
STIVARGA	12	SYRINGE	140	<i>tolterodine tartrate</i>	66
<i>streptomycin sulfate</i>	93	TECHLITE PEN NEEDLES ..	140	<i>tolterodine tartrate er</i>	65
STRIBILD	119	TECHLITE PLUS PEN		<i>tolvaptan</i>	44
SUBVENITE	106	NEEDLES	140	TOPCARE CLICKFINE PEN	
<i>sucralfate</i>	62	TEGADERM FOAM	140	NEEDLES	140
<i>sulfacetamide sodium</i>	84	<i>telmisartan</i>	41	TOPCARE ULTRA	
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> ..	61	<i>telmisartan-amlodipine</i>	41	COMFORT INS SYR	140
<i>sulfacetamide-prednisolone</i> ..	86	<i>telmisartan-hctz</i>	42	TOPFINE INSULIN PEN	
<i>sulfadiazine</i>	99	<i>temazepam</i>	18	NEEDLE	141
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>		TENIVAC	81	<i>topiramate</i>	106
.....	99, 100	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>		<i>topiramate er</i>	106
<i>sulfasalazine</i>	62	.....	119	<i>toremifene citrate</i>	13
<i>sulindac</i>	90	TEPMETKO	13	<i>torse mide</i>	44
<i>sumatriptan succinate</i>	26	<i>terazosin hcl</i>	65	TOUJEO MAX SOLOSTAR ..	24
<i>sunitinib malate</i>	12	<i>terbinafine hcl</i>	114	TOUJEO SOLOSTAR	24
SUNLENCA	119	<i>terbutaline sulfate</i>	54	TPN ELECTROLYTES	147
SURE COMFORT ALCOHOL		<i>terconazole</i>	60	TRADJENTA	21
PREP	139	<i>testosterone</i>	67	<i>tramadol-acetaminophen</i>	92
SURE COMFORT INSULIN		<i>testosterone cypionate</i>	67	<i>trandolapril</i>	46
SYRINGE	140	TESTOSTERONE		<i>trandolapril-verapamil hcl er</i> ..	46
SURE COMFORT PEN		CYPIONATE	66	<i>tranexamic acid</i>	147
NEEDLES	140	<i>testosterone enanthate</i>	67	<i>tranylcypromine sulfate</i>	111
SURGICAL GAUZE SPONGE		<i>tetrabenazine</i>	50	TRAVASOL	36
.....	140	<i>tetracycline hcl</i>	100	<i>travoprost (bak free)</i>	83
SYMPAZAN	106	THALOMID	77	<i>trazodone hcl</i>	111
SYMTUZA	119	<i>theophylline</i>	54	TRELEGY ELLIPTA	54
SYNAREL	71	<i>theophylline er</i>	54	TRELSTAR MIXJECT	13
SYNJARDY	21	<i>thioridazine hcl</i>	35	<i>tretinoin</i>	13, 59
SYNJARDY XR	21	<i>thiothixene</i>	35	<i>triamcinolone acetonide</i> ..	55, 58
SYNTHROID	66	<i>tiadylt er</i>	39	<i>triamterene-hctz</i>	44, 45
T		<i>tiagabine hcl</i>	106	<i>trientine hcl</i>	93
TABLOID	12	TIBSOVO	13	<i>tri-estarylla</i>	102
TABRECTA	13	<i>ticagrelor</i>	149	<i>trifluoperazine hcl</i>	35
<i>tacrolimus</i>	77	TICOVAC	81	<i>trifluridine</i>	84
<i>tadalafil</i>	88	<i>tigecycline</i>	100	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	30
<i>tadalafil (pah)</i>	88	<i>timolol hemihydrate</i>	83	TRIARDY XR	21

TRIKAFTA	51	ULTICARE INSULIN		UNIFINE SAFECONTROL	
<i>trimethobenzamide hcl</i>	27	SYRINGE.....	142	PEN NEEDLE	144
<i>trimethoprim</i>	95	ULTICARE MICRO PEN		UNIFINE ULTRA PEN	
<i>tri-mili</i>	102	NEEDLES	142	NEEDLE.....	144
<i>trimipramine maleate</i>	111	ULTICARE MINI PEN		UPTRAVI.....	88, 89
TRINATE.....	152	NEEDLES	142	UPTRAVI TITRATION	89
TRINTELLIX.....	111	ULTICARE PEN NEEDLES		<i>ursodiol</i>	64
<i>tri-sprintec</i>	102	.....	142	<i>ustekinumab-aauz</i>	78
TRIUMEQ.....	119	ULTICARE SHORT PEN		V	
TRIUMEQ PD.....	119	NEEDLES	142	<i>valacyclovir hcl</i>	121
<i>trospium chloride</i>	66	ULTIGUARD SAFEPACK		VALCHLOR	59
<i>trospium chloride er</i>	66	PEN NEEDLE	142	<i>valganciclovir hcl</i>	121
TRUE COMFORT ALCOHOL		ULTIGUARD SAFEPACK		<i>valproic acid</i>	106
PREP PADS	141	SYR/NEEDLE.....	142	<i>valsartan</i>	42
TRUE COMFORT INSULIN		ULTILET ALCOHOL SWABS		<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	
SYRINGE.....	141	.....	142	.....	42
TRUE COMFORT PEN		ULTILET PEN NEEDLE	142	VALTOCO 10 MG DOSE ...	106
NEEDLES	141	ULTRA COMFORT INSULIN		VALTOCO 15 MG DOSE ...	106
TRUE COMFORT PRO		SYRINGE.....	142	VALTOCO 20 MG DOSE ...	106
ALCOHOL PREP	141	ULTRA FLO INSULIN PEN		VALTOCO 5 MG DOSE	106
TRUE COMFORT PRO		NEEDLES	143	VALUE HEALTH INSULIN	
INSULIN SYR	141	ULTRA FLO INSULIN SYR		SYRINGE.....	144
TRUE COMFORT PRO PEN		1/2 UNIT	143	<i>vancomycin hcl</i>	95
NEEDLES	141	ULTRA FLO INSULIN		VANDAZOLE	60
TRUE COMFORT SAFETY		SYRINGE.....	143	VANFLYTA.....	14
PEN NEEDLE.....	141	ULTRA THIN PEN NEEDLES		VANISHPOINT INSULIN	
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN		.....	143	SYRINGE.....	144
NEEDLES	141	ULTRA-CARE ALCOHOL		VAQTA	81, 82
TRUEPLUS INSULIN		PREP PADS	143	<i>varденаfil hcl</i>	89
SYRINGE.....	141	ULTRACARE INSULIN		<i>varenicline tartrate</i>	17
TRUEPLUS PEN NEEDLES		SYRINGE.....	143	<i>varenicline tartrate (starter)</i> ...	17
.....	141	ULTRACARE PEN NEEDLES		<i>varenicline tartrate(continue)</i>	17
TRULICITY.....	69	.....	143	VARIVAX.....	82
TRUMENBA	81	ULTRA-THIN II INS SYR		VAXCHORA	82
TRUQAP	13	SHORT	143	VELSIPITY	78
TRYNGOLZA	43, 44	ULTRA-THIN II INSULIN		VEMLIDY.....	121
TUKYSA.....	13	SYRINGE.....	143	VENCLEXTA	14
TURALIO	13	ULTRA-THIN II MINI PEN		VENCLEXTA STARTING	
TWINRIX.....	81	NEEDLE	143	PACK	14
TYENNE.....	77, 78	ULTRA-THIN II PEN		VENLAFAXINE BESYLATE	
TYMLOS	48	NEEDLE SHORT	143	ER.....	111
TYPHIM VI	81	ULTRA-THIN II PEN		<i>venlafaxine hcl</i>	112
U		NEEDLES	143	<i>venlafaxine hcl er</i>	112
UBRELVY	26	UNIFINE OTC PEN NEEDLES		VEOZAH.....	50
ULTICARE ALCOHOL		.....	144	VEPPANU.....	14
SWABS	141	UNIFINE PENTIPS	144	<i>verapamil hcl</i>	40
ULTICARE INSULIN		UNIFINE PENTIPS PLUS ..	144	<i>verapamil hcl er</i>	40
SAFETY SYR.....	142	UNIFINE PROTECT PEN		VERIFINE INSULIN PEN	
ULTICARE INSULIN SYR 1/2		NEEDLE	144	NEEDLE.....	144
UNIT	142				

VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	144	WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS	145	<i>xulane</i>	102
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	144	WEGOVY	69, 70	Y	
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR	144	WELIREG	14	YESINTEK.....	78
VERQUVO	46	WINREVAIR	51	YF-VAX.....	82
VERSACLOZ	35	<i>wixela inhub</i>	54	YONSA	15
VERZENIO.....	14	X		<i>yulithira</i>	15, 16
<i>vigabatrin</i>	107	XALKORI.....	14	<i>yuvafem</i>	68
<i>vigadrone</i>	107	XATMEP.....	15	Z	
VIJOICE.....	150, 151	XCOPRI	107	<i>zafemy</i>	102
<i>vilazodone hcl</i>	112	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	107	<i>zafirlukast</i>	52
VIMKUNYA.....	82	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	107	<i>zaleplon</i>	48
VIRACEPT	119	XDEMVY	85	ZARXIO	150
VIREAD.....	119	XERMELO.....	64	ZEJULA	16
VITRAKVI.....	14	XIFAXAN.....	95	ZELBORAF	16
VIVOTIF	82	XIIDRA	86	<i>zenatane</i>	60
VONJO.....	14	XOLAIR.....	51	ZENBEXUS	16
VOQUEZNA.....	62	XOSPATA.....	15	ZENPEP	151
VORANIGO.....	14	XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	15	ZEVRX INSULIN SYRINGE	145
<i>voriconazole</i>	114	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	15	ZEVRX PEN NEEDLES	145
VOSEVI	120	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	15	ZEVRX STERILE ALCOHOL PREP PAD.....	145
VOWST.....	64	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	15	<i>zidovudine</i>	119
VP INSULIN SYRINGE	145	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	15	<i>ziprasidone hcl</i>	35
VRAYLAR.....	35	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	15	<i>ziprasidone mesylate</i>	36
VUMERITY.....	78	XTANDI.....	15	ZOLINZA.....	16
<i>vyfemla</i>	102	XTRENBO	48	<i>zolpidem tartrate</i>	48
VYZULTA.....	83			ZONISADE	107
W				<i>zonisamide</i>	107
<i>warfarin sodium</i>	149			<i>zovia 1/35 (28)</i>	102
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE.....	145			ZTALMY	107
WEBCOL ALCOHOL PREP MEDIUM	145			ZURZUVAE.....	112
				ZYKADIA	16
				ZYMFENTRA (1 PEN)	78
				ZYMFENTRA (2 PEN)	78
				ZYMFENTRA (2 SYRINGE).....	78

MCS Classicare es un plan HMO ofrecido por MCS Advantage, Inc.

Este formulario se actualizó en 05/10/2026. Para información más reciente u otras preguntas, por favor comuníquese con el Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS Classicare al 1-866-627-8183 (libre de costo) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182), lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite www.mcsclassicare.com

MCS Classicare^(HMO) Salud Completa

1.866.627.8183
Libre de costo

1.866.627.8182
TTY Audioimpedidos

Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo.
Nuestro horario del 1 de abril al 30 de septiembre es de lunes a viernes de
8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.