



**Texas Independence Health Plan**

**Formulario de 2026**

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

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN  
ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

26388, número de versión 11

Este formulario se actualizó el 2026/04/21. Para consultar información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Texas Independence Health Plan Servicios para los Miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), 24 horas al día, siete días a la semana, o visite [www.txindependencehealthplan.com](http://www.txindependencehealthplan.com).

H5015\_SF0RM26\_C

**Nota para los miembros actuales:** Este Formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Texas Independence Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Texas Independence Health Plan, Inc., o Texas Independence Community Plan.

Este documento incluye una Lista de medicamentos (Formulario) de nuestro plan, que está vigente a partir del 2026/04/21. Para obtener un Lista de medicamentos (Formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos (Formulario), aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026 y periódicamente durante el año.

### **¿Qué es el Formulario de Texas Independence Health Plan?**

En este documento, los términos Lista de medicamentos y Formulario significan lo mismo. Un Formulario es una Lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Texas Independence Health Plan con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, Texas Independence Health Plan cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, el medicamento con receta se surta en una farmacia de la red de Texas Independence Health Plan y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de Cobertura.

### **¿El Formulario puede cambiar?**

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurre el 1 de enero, pero Texas Independence Health Plan podríamos/podría agregar o quitar medicamentos del Formulario durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios. Las actualizaciones del Formulario se publican todos los meses en nuestro sitio web: [www.txindependencehealthplan.com](http://www.txindependencehealthplan.com).

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

- **Sustitución inmediata de determinadas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestro Formulario si lo reemplazamos con una cierta versión nueva de ese medicamento que aparecerá 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 productos biológicos originales en nuestro Formulario, pero inmediatamente agregar nuevas restricciones.

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

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

Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo para usted el medicamento que se cambiará. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Texas Independence Health Plan?”

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

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si un fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que se debe retirar por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro Formulario y, luego, notificarles a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del Formulario cuando agreguemos un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original cuando agreguemos un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas. Podemos realizar cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario o agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado sobre un medicamento, debemos notificar a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia el cambio. Alternativamente, cuando un miembro solicita un resurtido del medicamento, puede recibir un suministro del medicamento para un 30-días y un aviso del cambio.

Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción para usted y continuemos la cobertura del medicamento que ha estado tomando. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a

continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Texas Independence Health Plan?”.

**Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento.** En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2026 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2026, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique el Formulario del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto entra en vigencia el 2026/04/21. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Texas Independence Health Plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la contratapa. Texas Independence Health Plan le enviará un aviso en caso de un cambio de mitad de año en el Formulario que no sea de mantenimiento. El aviso generalmente se enviará 60 días antes del cambio. Todas las actualizaciones al Formulario se enumeran en [www.txindependencehealthplan.com](http://www.txindependencehealthplan.com), junto con el Formulario más actualizado.

## **¿Cómo utilizo el Formulario?**

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del formulario:

### **Afección médica**

El Formulario comienza en la página 12. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría “agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 9. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

### **Listado alfabético**

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página I-1. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

## ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Texas Independence Health Plan cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y, suelen costar menos que los de marca. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca en la farmacia sin necesidad de obtener una receta nueva, según las leyes estatales.

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

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

Para consultar 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”.

## ¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** Texas Independence Health Plan exige que usted o la persona autorizada a dar recetas obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de Texas Independence Health Plan antes de surtir sus medicamentos con receta. Si no consigue la autorización, es posible que Texas Independence Health Plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Texas Independence Health Plan limita la cantidad del medicamento que Texas Independence Health Plan cubrirá. Por ejemplo, Texas Independence Health Plan proporciona 30 comprimidos por receta para zolpidem. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Texas Independence Health Plan requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro

medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que Texas Independence Health Plan no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces Texas Independence Health Plan cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 12. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado en línea documentos para explicar nuestras restricciones de autorización previa y de tratamiento escalonado. También puede solicitarnos 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 portada posterior.

Puede pedirle a Texas Independence Health Plan que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que podrían tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Texas Independence Health Plan?” en la página 6 para obtener información acerca de 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 Servicios para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si resulta que Texas Independence Health Plan no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede pedir a Servicios para los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Texas Independence Health Plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Texas Independence Health Plan.
- Puede solicitar que Texas Independence Health Plan haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

### **¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Texas Independence Health Plan?**

Puede solicitar a Texas Independence Health Plan que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos 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 pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que no apliquemos una restricción de cobertura, incluidos la autorización previa, el tratamiento escalonado o el límite de cantidad de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Texas Independence Health Plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos.

Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Texas Independence Health Plan solo aprobará su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan o la aplicación de la restricción no fueran tan efectivos para usted o pudieran causarle efectos adversos.

Usted o la persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción al Formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicite una excepción, la persona autorizada a dar recetas necesitará explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede pedir una decisión acelerada (rápida) si usted considera, y nosotros estamos de acuerdo, que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si aceptamos, o si la persona autorizada a dar recetas pide una decisión rápida, debemos comunicarle nuestra decisión, a más tardar, en un período de 24 horas después de recibir la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas.

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

Como miembro 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 en nuestro Formulario, pero que tiene una restricción de cobertura, como la autorización previa. Debe hablar con la persona autorizada a dar recetas para solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubramos o solicitar una excepción al Formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no están en nuestro Formulario o que tienen una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos por un máximo de hasta 30 días del medicamento. Si no se aprueba la cobertura, después del primer suministro para 30 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

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

Para los miembros que están fuera de su período de transición y experimentan un cambio en el nivel de atención cuando cambian de un entorno de tratamiento a otro (por ejemplo: centro de atención a largo plazo a hospital, hospital a centro de atención a largo plazo, hospital a hogar, hogar a centro de atención a largo plazo, hospicio a centro de atención a largo plazo, hospicio a hogar), permitiremos:

- Un resurtido anticipado para un suministro de medicamentos para 30 días en farmacias minoristas y un suministro para hasta 31 días en el entorno de atención a largo plazo para medicamentos del Formulario.
- Un surtido de transición de emergencia para medicamentos que no están en el Formulario (incluidos aquellos medicamentos que están en el Formulario, pero requieren autorización previa, terapia escalonada o están sujetos a restricciones de límite de cantidad).

### **Para obtener más información**

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de Texas Independence Health Plan, consulte la Evidencia de Cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Texas Independence Health Plan, 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 la portada posterior.

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

### **Formulario de Texas Independence Health Plan**

El formulario que comienza en la siguiente página proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos que cubre Texas Independence Health Plan. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página I-1.

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

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si Texas Independence Health Plan tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

## Lista de Cobertura de Medicamentos

### Lista de Medicamentos por Condicion Medica

<b>AGENTES ANTI CÁNCER.....</b>	<b>12</b>
<b>AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS .....</b>	<b>25</b>
<b>AGENTES ANTIANSIEDAD .....</b>	<b>26</b>
<b>AGENTES ANTICOLINÉRGICOS .....</b>	<b>27</b>
<b>AGENTES ANTIDEMENCIA.....</b>	<b>27</b>
<b>AGENTES ANTIDIABETICO.....</b>	<b>27</b>
<b>AGENTES ANTIGOTA .....</b>	<b>32</b>
<b>AGENTES ANTIMIGRAÑA.....</b>	<b>32</b>
<b>AGENTES ANTINAUSEA .....</b>	<b>33</b>
<b>AGENTES ANTIPARASITARIOS .....</b>	<b>34</b>
<b>AGENTES ANTIPARKINSON.....</b>	<b>34</b>
<b>AGENTES ANTIPSICÓTICOS .....</b>	<b>35</b>
<b>AGENTES CALÓRICOS.....</b>	<b>40</b>
<b>AGENTES CARDIOVASCULARES .....</b>	<b>41</b>
<b>AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA.....</b>	<b>48</b>
<b>AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA.....</b>	<b>49</b>
<b>AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO .....</b>	<b>49</b>
<b>AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.....</b>	<b>50</b>
<b>AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO .....</b>	<b>53</b>
<b>AGENTES DENTALES Y ORALES.....</b>	<b>57</b>
<b>AGENTES DERMATOLÓGICOS .....</b>	<b>57</b>
<b>AGENTES GASTROINTESTINALES .....</b>	<b>60</b>
<b>AGENTES GENITOURINARIOS.....</b>	<b>63</b>
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICADOR.....</b>	<b>63</b>
<b>AGENTES INMUNOLÓGICOS.....</b>	<b>67</b>
<b>AGENTES OFTÁLMICOS .....</b>	<b>76</b>

<b>AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA</b> .....	77
<b>AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS</b> .....	80
<b>AGENTES VASODILATADORES</b> .....	81
<b>ANALGÉSICOS</b> .....	81
<b>ANESTÉSICOS</b> .....	84
<b>ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS</b> .....	85
<b>ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA)</b> .....	85
<b>ANTIBACTERIANOS</b> .....	85
<b>ANTICONCEPTIVOS</b> .....	92
<b>ANTICONVULSIVOS</b> .....	96
<b>ANTIDEPRESIVOS</b> .....	100
<b>ANTIFÚNGICOS</b> .....	103
<b>ANTIISTAMÍNICOS</b> .....	105
<b>ANTIMICOBACTERIALES</b> .....	105
<b>ANTIVIRALES (SITÉMICO)</b> .....	105
<b>COFACTORES ENZIMÁTICOS/OTROS</b> .....	110
<b>DISPOSITIVOS</b> .....	110
<b>PREPARACIONES DE REEMPLAZO</b> .....	149
<b>PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN</b> .....	150
<b>REEMPLAZO/MODIFICADORES DE ENZIMA</b> .....	153
<b>RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS</b> .....	153
<b>SOLUCIONES IRRIGANTES</b> .....	154
<b>VITAMINAS Y MINERALES</b> .....	154

## **Leyenda**

### **1: Medicamentos cubiertos**

**PA:** Autorización previa - Usted (o su médico) deben obtener una autorización previa antes de surtir su receta médica para este medicamento. Sin la aprobación previa, no podríamos cubrir este medicamento.

**PA BvD:** Parte B vs. Parte D - Este medicamento recetado puede estar cubierto por la Parte B o D de Medicare, dependiendo de las circunstancias. Es posible que sea necesario enviar información que describa el uso y el entorno del medicamento para tomar esta determinación.

**PA NSO:** Autorización previa - Usted (o su médico) deben obtener una autorización previa antes de surtir su receta médica para este medicamento. Sin la aprobación previa, no podríamos cubrir este medicamento.

**QL:** Límite de cantidad - Nuestro plan limita la cantidad de medicamento que cubriremos.

**ST:** Terapia de pasos - En algunos casos, se requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que nosotros cubramos otro medicamento para esa afección, a menos que ya tomara ese medicamento.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<b>AGENTES ANTI CÁNCER</b>		
<b>Agentes Anti Cáncer</b>		
ABIRATERONE ACETATE MICRONIZED ORAL TABLET 125 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>abirtega oral tablet 250 mg</i>	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	1	PA NSO
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	1	
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4ML	1	PA NSO; QL (1.6 per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK ORAL THERAPY PACK 0.8 & 200 MG	1	PA NSO; QL (66 per 28 days)
AXTLE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 500 MG	1	
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	1	
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	1	PA NSO; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
BENDAMUSTINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	1	PA NSO
<i>bendamustine hcl intravenous solution reconstituted 100 mg, 25 mg</i>	1	PA NSO
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	1	PA NSO
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	1	PA NSO
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	1	PA NSO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	1	
BIZENGRI (750 MG DOSE) INTRAVENOUS SOLUTION THERAPY PACK 375 MG/18.75ML	1	PA NSO; QL (75 per 28 days)
<i>bleomycin sulfate injection solution reconstituted 15 unit, 30 unit</i>	1	
BORTEZOMIB INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG, 2.5 MG	1	PA NSO
<i>bortezomib injection solution reconstituted 3.5 mg</i>	1	PA NSO
BORUZU INJECTION SOLUTION 3.5 MG/1.4ML	1	PA NSO
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CAMCEVI SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 42 MG	1	PA NSO
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	1	PA NSO
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	1	PA NSO
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>	1	PA BvD

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>cyclophosphamide intravenous solution 2 gm/4ml, 500 mg/5ml</i>	1	PA BvD
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/2.5ML, 500 MG/ML	1	PA BvD
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	1	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg</i>	1	PA BvD; ST
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG	1	PA BvD; ST
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 40 MG/10ML	1	PA NSO; QL (120 per 28 days)
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
DATROWAY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA NSO
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	1	
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i>	1	PA BvD
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/20ML	1	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	1	PA NSO
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 44 MG/1.1ML	1	PA NSO
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 76 MG/1.9ML	1	PA NSO; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	1	
EMRELIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 20 MG	1	PA NSO
ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
ENSACOVE ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; QL (270 per 30 days)
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8ML, 48 MG/0.8ML	1	PA NSO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50ML, 200 MG/100ML	1	PA NSO
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 150 mg</i>	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	1	
<i>etoposide intravenous solution 100 mg/5ml</i>	1	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	1	
<i>everolimus oral tablet 10 mg</i>	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus oral tablet 5 mg</i>	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>everolimus oral tablet 7.5 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	1	
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL	1	PA BvD
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	1	PA BvD
<i>floxuridine injection solution reconstituted 0.5 gm</i>	1	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	1	PA BvD
FLUTAMIDE ORAL CAPSULE 125 MG	1	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA NSO; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml</i>	1	
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA NSO
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA NSO; QL (224 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE 1 MG	1	PA NSO; QL (224 per 28 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	1	PA NSO; QL (5 per 21 days)
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	1	
HYRNUO ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gm/20ml, 3 gm/60ml</i>	1	
<i>ifosfamide intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	1	PA NSO; QL (216 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG, 10 MG	1	PA NSO
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/1.25ML, 300 MG/15ML	1	PA NSO
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	1	PA NSO; QL (280 per 28 days)
INLEXZO INTRAVESICAL IMPLANT 225 MG	1	PA BvD
INLURIYO ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	1	PA NSO; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/10ML	1	PA NSO
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	1	PA BvD; ST
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	1	PA NSO
KEYTRUDA QLEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 395-4800 MG -UNT/2.4ML, 790-9600 MG -UNT/4.8ML	1	PA NSO
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	1	PA NSO; QL (2 per 28 days)
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA NSO; QL (42 per 28 days)
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA NSO; QL (63 per 28 days)
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	PA NSO; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	PA NSO; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	PA NSO; QL (91 per 28 days)
KOMZIFTI ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA NSO; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE SPRINKLE 5 MG	1	PA NSO; QL (600 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE SPRINKLE 7.5 MG	1	PA NSO; QL (390 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	1	PA NSO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	1	PA NSO
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	1	PA NSO
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	1	PA NSO
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	1	
LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH) INTRAMUSCULAR INJECTABLE 22.5 MG	1	PA NSO
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	1	PA NSO
<i>lomustine oral capsule 10 mg, 100 mg, 40 mg</i>	1	
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	1	PA NSO; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	1	PA NSO; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6ML	1	PA NSO
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML, 30 MG/30ML	1	PA NSO
LUNSUMIO VELO SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/ML, 5 MG/0.5ML	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 22.5 MG	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	1	PA NSO
LUTRATE DEPOT INTRAMUSCULAR INJECTABLE 22.5 MG	1	PA NSO
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10ML	1	PA NSO; QL (40 per 28 days)
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/2.5ML	1	PA NSO; QL (15 per 8 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	1	
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	1	PA NSO; QL (140 per 28 days)
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	1	PA NSO; QL (140 per 28 days)
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	1	PA NSO; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 250 MG/10ML	1	PA NSO
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	1	
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	1	PA NSO; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral suspension 2000 mg/100ml</i>	1	
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>methotrexate (anti-rheumatic) oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA BvD; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	1	
METHOTREXATE SODIUM INJECTION SOLUTION 50 MG/2ML	1	
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone hcl intravenous concentrate 20 mg/10ml</i>	1	
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	1	PA NSO; QL (20 per 28 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
<i>nilotinib hcl oral capsule 50 mg</i>	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	1	
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	1	PA NSO
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML	1	PA NSO; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)	1	PA NSO; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	1	PA NSO; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 120 MG/12ML, 240 MG/24ML, 40 MG/4ML	1	PA NSO
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 300-5000 MG -UT/2.5ML, 600-10000 MG-UT/5ML	1	PA NSO
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20ML	1	PA NSO
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA BvD
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>pazopanib hcl oral tablet 400 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
PEMETREXED DISODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/40ML, 100 MG/4ML, 500 MG/20ML	1	
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	1	
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
<i>pomalidomide oral capsule 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400-23400 MG -UT/11.7ML, 1600-26800 MG -UT/13.4ML	1	PA NSO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	1	PA NSO; QL (8 per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG	1	PA NSO; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
RYBREVANT FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1600-20000 MG-UT/10ML, 2240-28000 MG-UT/14ML, 2400-30000 MG-UT/15ML, 3520-44000 MG-UT/22ML	1	PA NSO
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 350 MG/7ML	1	PA NSO
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; QL (224 per 28 days)
RYTELO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 188 MG, 47 MG	1	PA NSO
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	1	
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	1	PA NSO
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	1	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	1	PA NSO; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 3 MG/1.5ML, 40 MG/ML	1	PA NSO
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 153 MG/1.7ML, 30 MG/3ML	1	PA NSO
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML	1	PA NSO
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG	1	
TIVDAK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 40 MG	1	PA NSO; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 100 mg/5ml</i>	1	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	1	
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	1	PA NSO
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	1	
TRUQAP ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; QL (64 per 28 days)
TRUQAP ORAL TABLET THERAPY PACK 160 MG	1	PA NSO; QL (64 per 28 days)
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	1	PA NSO
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	1	PA NSO
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	1	PA NSO
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; QL (300 per 30 days)
VIVIMUSTA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	1	PA NSO
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	1	PA NSO
VYLOY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 300 MG	1	PA NSO
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	1	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	1	PA NSO; QL (8 per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA NSO; QL (16 per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	1	PA NSO; QL (4 per 28 days)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	1	PA NSO; QL (8 per 28 days)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	1	PA NSO; QL (4 per 28 days)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	1	PA NSO; QL (24 per 28 days)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG, 80 MG	1	PA NSO; QL (8 per 28 days)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	1	PA NSO; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40ML, 50 MG/10ML	1	PA NSO
YONSA ORAL TABLET 125 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
ZIIHERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG	1	PA NSO
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	1	PA NSO
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	1	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	1	
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	1	PA NSO; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG	1	PA NSO
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20ML	1	PA NSO; QL (20 per 28 days)

## **AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS**

### **Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias**

<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	1	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	1	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	1	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	1	
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
KLOXXADO NASAL LIQUID 8 MG/0.1ML	1	
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	1	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml, 2 mg/2ml</i>	1	
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	1	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	1	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	1	QL (240 per 180 days)
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 &amp; 1 mg x 42</i>	1	
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)</i>	1	QL (336 per 365 days)

## AGENTES ANTIANSIEDAD

### Benzodiazepinas

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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml</i>	1	
<i>lorazepam injection solution 4 mg/ml</i>	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<b>AGENTES ANTICOLINÉRGICOS</b>		
<b>Antimuscarínicos/Antiespasmódicos</b>		
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	1	
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5ml</i>	1	
<b>AGENTES ANTIDEMENCIA</b>		
<b>Agentes Antidemencia</b>		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	1	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid mesylates oral tablet 1 mg</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	1	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	1	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	1	QL (30 per 30 days)
<b>AGENTES ANTIDIABETICO</b>		
<b>Agentes Antidiabeticos, Varios</b>		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>dapagliflozin propanediol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	QL (30 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	1	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	1	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	1	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	1	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	1	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral solution 500 mg/5ml</i>	1	QL (765 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	1	QL (75 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 750 mg, 850 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	1	PA; QL (112 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML	1	PA; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 2 MG/3ML	1	PA; QL (3 per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	1	PA; QL (3 per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	1	PA; QL (3 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS (FORMULATION R2) ORAL TABLET 1.5 MG, 4 MG, 9 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 25-1000 MG	1	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	1	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	1	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	1	QL (60 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	1	PA; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	1	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
<b>Insulinas</b>		
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)
<i>insulin asp prot &amp; asp flexpen subcutaneous suspension pen-injector (70-30) 100 unit/ml</i>	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
INSULIN ASPART FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
INSULIN ASPART INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
INSULIN ASPART PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart prot &amp; aspart subcutaneous suspension (70-30) 100 unit/ml</i>	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin lispro injection solution 100 unit/ml</i>	1	QL (40 per 28 days)
<i>insulin lispro junior kwikpen subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	1	ST; QL (30 per 28 days)
<i>insulin lispro prot &amp; lispro subcutaneous suspension pen-injector (75-25) 100 unit/ml</i>	1	ST; QL (30 per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 RELION SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N RELION SUSPENSION 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R RELION SOLUTION 100 UNIT/ML INJECTION	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
SOLQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
<b>Sulfonilureas</b>		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	1	
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	
<b>AGENTES ANTIGOTA</b>		
<b>Agentes Antigota, Otros</b>		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	1	
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	1	
<b>AGENTES ANTIMIGRAÑA</b>		
<b>Agentes Antimigraña</b>		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	1	PA; QL (1 per 30 days)
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	1	ST; QL (8 per 28 days)
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; QL (3 per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML	1	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	1	PA; QL (2 per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	1	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act, 5 mg/act</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i>	1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	1	QL (5 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA; QL (16 per 30 days)
<b>AGENTES ANTINAUSEA</b>		
<b>Agentes Antinausea</b>		
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 &amp; 125 mg oral</i>	1	PA BvD
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	1	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	1	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 &amp; 125 mg</i>	1	PA BvD
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	1	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>compro rectal suppository 25 mg</i>	1	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>ondansetron hcl injection solution 40 mg/20ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl injection solution prefilled syringe 4 mg/2ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	1	
<i>promethazine hcl injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>promethazine hcl rectal suppository 25 mg</i>	1	
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	1	QL (10 per 30 days)
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule 300 mg</i>	1	
<b>AGENTES ANTIPARASITARIOS</b>		
<b>Agentes Antiparasitarios</b>		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	1	
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	1	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	1	
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	1	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	1	PA BvD
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	1	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	1	
PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET 26.3 (15 BASE) MG	1	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	1	PA
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	1	PA
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<b>AGENTES ANTIPARKINSON</b>		
<b>Agentes Antiparkinson</b>		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	1	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	1	
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA; QL (150 per 30 days)
ONAPGO SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 98 MG/20ML	1	PA; QL (600 per 30 days)
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	
VYALEV SUBCUTANEOUS SOLUTION 12-240 MG/ML	1	PA; QL (560 per 28 days)
<b>AGENTES ANTIPSICÓTICOS</b>		
<b>Agentes Antipsicóticos</b>		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML	1	QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 960 MG/3.2ML	1	QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	1	QL (2 per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	1	QL (2 per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg</i>	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 15 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	1	QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	1	QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML	1	QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML	1	QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML	1	QL (3.2 per 14 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml</i>	1	
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg, 200 mg</i>	1	ST
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 50-20 & 100-20 MG	1	ST
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	1	QL (0.75 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	1	QL (1 per 21 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	1	QL (1.5 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 351 MG/2.25ML	1	QL (2.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	1	QL (0.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	1	QL (0.5 per 21 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	1	ST
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLET 1 & 2 & 6 & 8 MG	1	ST
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLET 1 & 2 & 6 MG	1	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	1	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML	1	QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML	1	QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	1	QL (0.75 per 21 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	1	QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	1	QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	1	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	1	QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML	1	QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML	1	QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML	1	QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML	1	QL (2.63 per 70 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	1	
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG	1	ST
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	1	
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	1	QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>prochlorperazine edisylate solution 10 mg/2ml injection</i>	1	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	1	QL (2 per 28 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.28ML	1	QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 125 MG/0.35ML	1	QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 150 MG/0.42ML	1	QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 200 MG/0.56ML	1	QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 250 MG/0.7ML	1	QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.14ML	1	QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.21ML	1	QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	ST; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	1	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	1	
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG, 300 MG	1	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	1	QL (1 per 28 days)
<b>AGENTES CALÓRICOS</b>		
<b>Agentes Calóricos</b>		
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	1	PA BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	1	PA BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) INTRAVENOUS SOLUTION 6 %	1	PA BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	1	PA BvD

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	1	PA BvD
<i>clinisol sf intravenous solution 15 %</i>	1	PA BvD
<i>dextrose intravenous solution 5 %</i>	1	
<i>plenamine intravenous solution 15 %</i>	1	PA BvD
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	1	PA BvD
<b>AGENTES CARDIOVASCULARES</b>		
<b>Agentes Alfa-Adrenérgicos</b>		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	1	
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<b>Agentes Antiarrítmicos</b>		
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	1	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	1	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	1	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	1	
<b>Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos</b>		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 50-25 mg</i>	1	
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	1	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	1	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<b>Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio</b>		
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	
<i>taztia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	1	
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	1	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<b>Agentes Cardiovasculares, Varios</b>		
ATTRUBY ORAL TABLET THERAPY PACK 356 MG	1	PA; QL (112 per 28 days)
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	1	QL (600 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	1	
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	1	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	1	
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml</i>	1	PA; QL (18 per 30 days)
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	1	PA; QL (18 per 30 days)
<i>ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	1	PA
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<b>Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii</b>		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	1	
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG	1	QL (240 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	1	QL (60 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	1	
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	1	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	1	
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	1	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	1	
<b>Dihidropiridinas</b>		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	1	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	1	
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	1	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	1	
<b>Dislipidémicos</b>		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg</i>	1	
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	1	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	1	
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	1	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	1	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	1	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	1	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	1	
<i>fenofibrate capsule 134 mg oral</i>	1	
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	1	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i>	1	
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gm</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	1	ST; QL (120 per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>prevalite oral packet 4 gm</i>	1	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML	1	ST; QL (7 per 28 days)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	1	ST; QL (6 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	1	ST; QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	1	
<b>Diuréticos</b>		
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	1	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	1	
<i>tolvaptan oral tablet therapy pack 15 mg, 30 &amp; 15 mg, 45 &amp; 15 mg, 60 &amp; 30 mg, 90 &amp; 30 mg</i>	1	PA; QL (56 per 28 days)
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	
<b>Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina</b>		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
<b>Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona</b>		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
<b>Vasodilatadores</b>		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	1	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	1	
<b>AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA</b>		
<b>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria</b>		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	1	
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	1	
<i>budesonide rectal foam 2 mg</i>	1	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	1	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>mesalamine er oral capsule extended release 500 mg</i>	1	
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	1	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	1	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	1	
<b>AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA</b>		
<b>Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica</b>		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	1	QL (300 per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	1	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	1	
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	1	QL (1 per 28 days)
OSENVELT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	1	PA
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	1	
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG	1	QL (60 per 30 days)
STOBOCLO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	1	QL (1 per 180 days)
<i>teriparatide subcutaneous solution pen-injector 560 mcg/2.24ml</i>	1	PA; QL (2.24 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML	1	PA; QL (1.56 per 30 days)
<b>AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO</b>		
<b>Agentes De Trastorno De Sueño</b>		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	1	PA; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<b>AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b>		
<b>Agentes Del Sistema Nervioso Central</b>		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	1	PA; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	1	PA; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG	1	PA; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 24 MG	1	PA; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG	1	PA; QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG, 6 & 12 & 24 MG	1	PA

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT 30 MCG/0.5ML	1	PA; QL (1 per 28 days)
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT 30 MCG/0.5ML	1	PA; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	1	PA; QL (15 per 30 days)
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg</i>	1	PA; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 &amp; 240 mg</i>	1	PA
<i> fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	1	PA; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	1	PA; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	1	PA
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	1	PA; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
LITHIUM CARBONATE ORAL CAPSULE 600 MG	1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	1	
MAVENCLAD (10 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	1	PA; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG, 7 X 0.25 MG	1	PA
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	1	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	1	PA; QL (60 per 30 days)
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 63 & 94 MCG/0.5ML	1	PA
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 63 & 94 MCG/0.5ML	1	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 125 MCG/0.5ML	1	PA; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MCG/0.5ML	1	PA; QL (1 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	PA; QL (112 per 28 days)
TIGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10ML	1	PA
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 231 MG	1	PA; QL (120 per 30 days)
<b>AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO</b>		
<b>Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros</b>		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	1	PA BvD
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	1	PA; QL (60 per 30 days)
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	1	PA; QL (90 per 30 days)
BRONCHITOL TOLERANCE TEST INHALATION CAPSULE 40 MG	1	QL (560 per 28 days)
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	1	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	1	PA; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 30 MG/ML	1	PA; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML	1	PA; QL (0.4 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA; QL (3 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	1	PA; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	1	PA; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	1	PA; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	1	PA; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	1	PA BvD
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i>	1	QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i>	1	QL (30 per 30 days)
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG	1	PA; QL (84 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 2 X 45 MG, 2 X 60 MG, 45 MG, 60 MG	1	PA; QL (1 per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	1	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	1	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	1	PA
<b>Antiinflamatorios, Corticoesteroides</b>		
<b>Inhalados</b>		
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	1	QL (12 per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL 90-80 MCG/ACT	1	QL (32.1 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	1	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	1	QL (60 per 30 days)
<i>breyna inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	1	QL (30.9 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	1	QL (30.6 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 220 mcg/act</i>	1	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 44 mcg/act</i>	1	QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol 115-21 mcg/act, 230-21 mcg/act, 45-21 mcg/act</i>	1	
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act, 232-14 mcg/act, 55-14 mcg/act</i>	1	
<i>wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	1	QL (60 per 30 days)
<b>Antileucotrinos</b>		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	1	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	1	
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<b>Broncodilatadores</b>		
AIRSUPRA AEROSOL 90-80 MCG/ACT INHALATION	1	QL (32.1 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	1	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)</i>	1	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	1	QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	1	PA BvD
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	1	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	1	QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	1	QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT	1	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	1	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium bromide hfa inhalation aerosol solution 17 mcg/act</i>	1	QL (25.8 per 28 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	PA BvD
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	1	PA BvD; QL (540 per 30 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	1	QL (30 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	1	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT	1	QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT	1	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5 MCG/ACT	1	QL (4 per 28 days)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	1	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	1	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	1	
<i>tiotropium bromide inhalation capsule 18 mcg</i>	1	QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	1	QL (60 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<b>AGENTES DENTALES Y ORALES</b>		
<b>Agentes Dentales Y Orales</b>		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	1	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	1	
<i>periogard mouth/throat solution 0.12 %</i>	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>sodium fluoride dental gel 1.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	1	
<b>AGENTES DERMATOLÓGICOS</b>		
<b>Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos</b>		
<i>ala-cort external cream 1 %</i>	1	
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	1	
<b>BETAMETHASONE VALERATE EXTERNAL LOTION 0.1 %</b>	1	
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>clobetasol propionate emulsion external foam 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external lotion 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	1	
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>desoximetasone external cream 0.25 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %	1	
<i>fluocinolone acetonide body oil 0.01 % external</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %, 0.025 %</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	1	
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone cream 2.5 % external</i>	1	
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>	1	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %, 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	1	
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
PROCTOFOAM HC EXTERNAL FOAM 1-1 %	1	
<i>procto-med hc external cream 2.5 %</i>	1	
<i>proctosol hc external cream 2.5 %</i>	1	
<i>proctozone-hc external cream 2.5 %</i>	1	
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<b>Agentes Dermatológicos, Otros</b>		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	1	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	1	
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcitriol external ointment 3 mcg/gm</i>	1	
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	1	
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	1	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	1	QL (24 per 30 days)
KLISYRI (250 MG) EXTERNAL OINTMENT 1 %	1	ST; QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>	1	
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	1	QL (60 per 28 days)
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	1	
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	1	QL (180 per 30 days)
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	1	PA NSO
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
<b>Antibacterianos Dermatológicos</b>		
<i>clindamycin phos (once-daily) external gel 1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	1	
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	1	
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	1	
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	1	
<i>metronidazole external gel 0.75 %, 1 %</i>	1	
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	1	QL (220 per 30 days)
<i>rosadan external cream 0.75 %</i>	1	
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	1	
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	1	
<i>ssd external cream 1 %</i>	1	
<b>Escabicidas Y Pediculicidas</b>		
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	1	
<i>permethrin external cream 5 %</i>	1	QL (60 per 30 days)
<b>Retinoides Dermatológicos</b>		
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	1	
<i>adapalene external gel 0.3 %</i>	1	
ALTRENO EXTERNAL LOTION 0.05 %	1	PA
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	1	
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	1	PA
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	1	PA
<b>AGENTES GASTROINTESTINALES</b>		
<b>Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos</b>		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz oral therapy pack 500 &amp; 500 &amp; 30 mg</i>	1	
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml</i>	1	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>	1	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>esomeprazole magnesium oral packet 10 mg, 20 mg</i>	1	ST
<i>esomeprazole magnesium oral packet 40 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	1	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i>	1	
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>lansoprazole oral tablet delayed release dispersible 15 mg, 30 mg</i>	1	ST
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>pantoprazole sodium oral packet 40 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	1	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 40 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	1	
<i>sucralfate oral suspension 1 gm/10ml</i>	1	
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	1	
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	1	PA
<b>Agentes Gastrointestinales, Otros</b>		
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	1	PA
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	1	
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	1	
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>kionex combination suspension 15 gm/60ml</i>	1	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	1	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	1	
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>lubiprostone oral capsule 8 mcg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulfonate combination suspension 15 gm/60ml</i>	1	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	
<i>sps (sodium polystyrene sulf) combination suspension 15 gm/60ml</i>	1	
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG	1	QL (30 per 30 days)
URSODIOL ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG	1	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
VELTASSA ORAL PACKET 1 GM, 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	1	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	1	PA; QL (84 per 28 days)
<b>Enlaces De Fosfato</b>		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	1	
<i>calcium acetate (phos binder) oral tablet 667 mg</i>	1	
<i>calcium acetate tablet 667 mg oral</i>	1	
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm, 2.4 gm</i>	1	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<b>Laxantes</b>		
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	1	
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm</i>	1	
<i>gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml, 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)</i>	1	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	1	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	1	
<b>AGENTES GENITOURINARIOS</b>		
<b>Agentes Genitourinarios, Varios</b>		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	1	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	1	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<b>Antiespasmódicos, Urinario</b>		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>flavoxate hcl oral tablet 100 mg</i>	1	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	1	
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>	1	
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICADOR</b>		
<b>Agentes Tiroideos Y Antitiroideos</b>		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	
<i>liomny oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	1	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	1	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG	1	PA
<b>Andrógenos</b>		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	1	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone gel 1.62 % transdermal</i>	1	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	1	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	1	PA; QL (150 per 30 days)
<b>Estrógenos Y Antiestrógenos</b>		
<i>abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	1	
<i>abigale oral tablet 1-0.5 mg</i>	1	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>estradiol transdermal gel 0.75 mg/1.25 gm (0.06%)</i>	1	
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	1	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 %</i>	1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	1	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>estrogens conjugated oral tablet 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg</i>	1	
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i>	1	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM	1	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625-5 MG	1	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	1	
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	1	
<i>yuvafer vaginal tablet 10 mcg</i>	1	QL (18 per 28 days)
<b>Glucocorticoides/Mineralocorticoides</b>		
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 120 mg/30ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	1	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 125 mg, 40 mg</i>	1	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate solution 15 mg/5ml oral</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<b>Pituitario</b>		
CORTROPHIN INJECTION GEL 80 UNIT/ML	1	PA; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	1	
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	1	
<i>desmopressin acetate spray solution 0.01 % nasal</i>	1	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	1	PA
LANREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML	1	PA NSO; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	1	PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 30 MG	1	PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	1	PA
NORDITROPIN FLEXPPO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 30 MG/3ML, 5 MG/1.5ML	1	PA
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	1	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO
ORLISSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
ORLISSA ORAL TABLET 200 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG, 5 MG, 6 MG	1	PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	1	PA; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 60 MG/0.2ML	1	PA NSO; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 90 MG/0.3ML	1	PA NSO; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<b>Progestinas</b>		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML	1	QL (0.65 per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml, 625 mg/5ml</i>	1	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	1	
<b>AGENTES INMUNOLÓGICOS</b>		
<b>Agentes Inmunológicos</b>		
<i>adalimumab-aaty (1 pen) auto-injector kit 40 mg/0.4ml subcutaneous</i>	1	PA
<i>adalimumab-aaty (1 pen) subcutaneous auto- injector kit 80 mg/0.8ml</i>	1	PA
<i>adalimumab-aaty (2 pen) subcutaneous auto- injector kit 40 mg/0.4ml</i>	1	PA
<i>adalimumab-aaty (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 20 mg/0.2ml, 40 mg/0.4ml</i>	1	PA
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs start subcutaneous auto-injector kit 80 mg/0.8ml</i>	1	PA
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	1	PA
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG	1	PA BvD
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection solution reconstituted 100 mg</i>	1	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	1	PA; QL (8 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	1	PA; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	1	PA NSO; QL (2 per 28 days)
CIMZIA (1 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 200 MG/ML	1	PA
CIMZIA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 200 MG/ML	1	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS KIT 2 X 200 MG	1	PA
CIMZIA-STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 200 MG/ML	1	PA
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	1	PA
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	1	PA
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML	1	PA
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML	1	PA
<i>cyclosporine intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	1	PA BvD
CYLTEZO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA
CYLTEZO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.2ML, 20 MG/0.4ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	1	PA
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	1	PA
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	1	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	1	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML	1	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	1	PA
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	1	PA BvD
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML	1	PA BvD
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	1	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i>	1	PA BvD
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA
HADLIMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	1	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	1	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	1	PA; Only NDCs starting with 00074

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
HUMIRA-PED>=40KG CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML	1	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	1	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	1	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PSORIASIS/UEVEIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	1	PA; Only NDCs starting with 00074
<i>infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	1	PA
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML	1	PA
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>mycophenolate mofetil hcl intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	1	PA BvD
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 22 MG/0.44ML, 9 MG/0.18ML	1	PA NSO
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	1	PA BvD
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	1	PA
ORENCIA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	1	PA
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4ML, 87.5 MG/0.7ML	1	PA
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	1	PA
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG, 4 X 10 & 51 X20 MG	1	PA

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
OTEZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 75 MG	1	PA
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK ORAL TABLET THERAPY PACK 10&20&30&(ER)75 MG	1	PA
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	1	PA BvD
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	1	PA BvD
RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2ML, 12.5 MG/0.25ML, 15 MG/0.3ML, 17.5 MG/0.35ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.45ML, 25 MG/0.5ML, 30 MG/0.6ML, 7.5 MG/0.15ML	1	ST
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	PA; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	PA BvD
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	1	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	1	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	1	PA
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	PA BvD
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/10ML	1	PA
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	1	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML	1	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	1	PA
<i>tacrolimus intravenous solution 5 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	1	PA BvD

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA; QL (180 per 30 days)
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML	1	PA
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML	1	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2ML	1	PA
TREMFYA-CD/UC INDUCTION SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML	1	PA
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10ML, 400 MG/20ML, 80 MG/4ML	1	PA
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML	1	PA
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	1	PA
<i>ustekinumab-aauz subcutaneous solution prefilled syringe 45 mg/0.5ml, 90 mg/ml</i>	1	PA
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	PA
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	1	PA
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	1	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	1	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	1	PA
YUFLYMA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 80 MG/0.8ML	1	PA
YUFLYMA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML	1	PA

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	1	PA
<b>Vacunas</b>		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	1	\$0 copay
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	1	\$0 copay
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	1	\$0 copay
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	1	\$0 copay
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	1	\$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	\$0 copay
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	1	\$0 copay
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	1	\$0 copay
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	1	
DENG VAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	1	QL (3 per 365 days)
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	1	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	1	PA BvD; \$0 copay
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	1	\$0 copay
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	\$0 copay
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 720 EL U/0.5ML	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1440 EL U/ML	1	\$0 copay
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720 EL U/0.5ML	1	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	1	PA BvD; \$0 copay
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	1	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	1	PA BvD; \$0 copay
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	1	
IPOL INJECTION SUSPENSION	1	\$0 copay
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	\$0 copay
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML	1	\$0 copay
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	\$0 copay
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION 0.5 ML	1	\$0 copay
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML	1	\$0 copay
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	1	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
PENMENVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	1	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	1	PA BvD; \$0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION	1	
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	1	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML	1	\$0 copay; QL (2 per 365 days)
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	1	\$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	1	\$0 copay
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	1	\$0 copay
TENIVAC SUSPENSION 5-2 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR	1	\$0 copay
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML	1	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 2.4 MCG/0.5ML	1	\$0 copay
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	\$0 copay
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	1	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	1	\$0 copay

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	1	\$0 copay
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML	1	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	1	\$0 copay
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 25 UNIT/0.5ML	1	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 UNIT/ML	1	\$0 copay
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 1350 PFU/0.5ML	1	\$0 copay
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 40 MCG/0.8ML	1	\$0 copay
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	1	\$0 copay
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	1	\$0 copay
YF-VAX SUSPENSION RECONSTITUTED SUBCUTANEOUS	1	\$0 copay

## **AGENTES OFTÁLMICOS**

### **Agentes Antiglaucoma**

<i>acetazolamide oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>acetazolamide sodium injection solution reconstituted 500 mg</i>	1	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.1 %, 0.15 %, 0.2 %</i>	1	
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution 0.2-0.5 %</i>	1	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	1	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	1	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	1	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	1	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	1	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	1	
<i>timolol hemihydrate ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	1	QL (5 per 30 days)

## AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA

### Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta

<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	1	
<i>ak-poly-bac ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	1	
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	1	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	1	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	1	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	1	QL (3.5 per 4 days)
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	1	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	1	
<i>loteprednol-tobramycin ophthalmic suspension 0.5-0.3 %</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	1	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	1	
<i>neo-polycin hc ophthalmic ointment 1 %</i>	1	
<i>neo-polycin ophthalmic ointment 3.5-400-10000</i>	1	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	1	
<i>polycin ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	1	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	1	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	1	
XDEMVY OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	1	PA; QL (10 per 42 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<b>Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta</b>		
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %</i>	1	
<i>cyclosporine (pf) emulsion 0.05 % ophthalmic</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	1	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	1	
<i>EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %</i>	1	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	1	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	1	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	1	QL (16 per 30 days)
<i>ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %</i>	1	
<i>INVELTYS OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %</i>	1	QL (5.6 per 14 days)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	QL (10 per 25 days)
<i>LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %</i>	1	QL (3.5 per 14 days)
<i>LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL 0.38 %</i>	1	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel 0.5 %</i>	1	QL (10 per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.2 %</i>	1	ST
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	1	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act</i>	1	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	1	
<i>XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %</i>	1	QL (60 per 30 days)
<b>Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios</b>		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	1	
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>	1	QL (60 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15 %</i>	1	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	1	
<i>azelastine hcl solution 137 mcg/spray nasal</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	1	
<i>epinastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	1	
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>	1	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>	1	QL (15 per 10 days)
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION 1.338 GM/ML	1	QL (12 per 28 days)
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %, 0.2 %</i>	1	
<b>AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS</b>		
<b>Agentes Terapeuticos Misceláneos</b>		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	1	PA
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER 3 MG/DOSE	1	
BAQSIMI TWO PACK POWDER 3 MG/DOSE NASAL	1	
<i>betaine oral powder</i>	1	PA
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	1	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	1	
<i>glucagon emergency injection solution reconstituted 1 mg</i>	1	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	1	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML	1	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	1	
<i>l-glutamine oral packet 5 gm</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	1	
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	1	
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA NSO; QL (224 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	1	QL (30 per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE	1	PA; QL (12 per 30 days)
<b>AGENTES VASODILATADORES</b>		
<b>Agentes Vasodilatadores</b>		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	1	PA; QL (360 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	1	PA; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	1	PA; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG	1	PA
<b>ANALGÉSICOS</b>		
<b>Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos</b>		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine external patch 1.3 %</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium external solution 2 %</i>	1	PA; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg, 75-0.2 mg</i>	1	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	
FLURBIPROFEN ORAL TABLET 50 MG	1	
<i>ibu oral tablet 400 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>	1	QL (20 per 30 days)
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	1	
<i>naproxen tablet delayed release 500 mg oral</i>	1	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	
<b>Analgésicos, Varios</b>		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	1	QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>acetaminophen-codeine solution 300-30 mg/12.5ml oral</i>	1	QL (4500 per 30 days)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-300-40 mg, 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	1	QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15ml, 10-325 mg/15ml, 7.5-325 mg/15ml</i>	1	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	1	
MORPHINE SULFATE (PF) INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	1	
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	1	
MORPHINE SULFATE ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	1	QL (700 per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL SOLUTION 20 MG/5ML	1	QL (300 per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG	1	QL (180 per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 30 MG	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1	QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol hcl oral solution 5 mg/ml</i>	1	PA; QL (2400 per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 75 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<b>ANESTÉSICOS</b>		
<b>Anestesia Local</b>		
<i>glydo external prefilled syringe 2 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	1	PA; QL (240 per 30 days)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 1 %</i>	1	
<i>lidocaine hcl injection solution 1 %</i>	1	
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe 2 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	1	
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>lidocan external patch 5 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>tridacaine ii external patch 5 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
ZTLIDO EXTERNAL PATCH 1.8 %	1	QL (90 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<b>ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS</b>		
<b>Antagonistas De Metales Pesados</b>		
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	1	PA
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	1	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	1	PA
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	1	PA; QL (240 per 30 days)
<b>ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA)</b>		
<b>Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)</b>		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	1	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	1	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	1	
<b>ANTIBACTERIANOS</b>		
<b>Aminoglicósidos</b>		
<i>amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml</i>	1	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML	1	PA; QL (235.2 per 28 days)
<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-%, 2-0.9 mg/ml-%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	1	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG	1	QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>tobramycin pak inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	1	PA BvD

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>	1	
<b>Antibacteriales, Misceláneos</b>		
<i>chloramphenicol sod succinate intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 9 gm/60ml, 900 mg/6ml</i>	1	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	1	
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 350 MG	1	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	1	
<i>daptomycin-sodium chloride intravenous solution 1000-0.9 mg/100ml-%, 700-0.9 mg/100ml-%</i>	1	
<i>fosfomicin tromethamine oral packet 3 gm</i>	1	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	1	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	1	
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	1	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	1	
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml</i>	1	QL (2400 per 30 days)
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit</i>	1	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TYZAVAN INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/200ML, 1250 MG/250ML, 1500 MG/300ML, 1750 MG/350ML, 2000 MG/400ML, 500 MG/100ML, 750 MG/150ML	1	
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/200ML, 1250 MG/250ML, 500 MG/100ML, 750 MG/150ML	1	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 1.5 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	1	
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.25 GM	1	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	1	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	1	QL (112 per 14 days)
<i>vancomycin hcl oral solution reconstituted 25 mg/ml, 250 mg/5ml</i>	1	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	1	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	1	PA; QL (90 per 30 days)
<b>Antibióticos B-Lactam Misceláneos</b>		
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	1	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	1	PA
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	1	
MEROPENEM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2 GM	1	
<b>Cefalosporinas</b>		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	1	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 3 gm</i>	1	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	1	
<i>cefotaxime sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	1	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	1	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ceftaroline fosamil intravenous solution reconstituted 400 mg, 600 mg</i>	1	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	1	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>tazicef injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>tazicef intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 6 GM	1	
<b>Macrólidos</b>		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	1	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	1	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	1	
<i>erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	1	
<i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i>	1	QL (20 per 10 days)
<b>Penicilinas</b>		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i>	1	
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 900000-300000 UNIT/2ML	1	
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML	1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	1	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 1200000 UNIT, 2400000 UNIT	1	
LENTOCILIN INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 1200000 UNIT	1	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	1	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1	
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	1	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	1	
<i>penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	1	
<b>Quinolonas</b>		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	1	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL INTRAVENOUS SOLUTION 400 MG/250ML	1	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	1	
MOXIFLOXACIN HCL SOLUTION 400 MG/250ML INTRAVENOUS	1	
<b>Sulfonamidas</b>		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	1	
<b>Tetraciclinas</b>		
<i>demeclocycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>doxy 100 intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	1	
<b>ANTICONCEPTIVOS</b>		
<b>Anticonceptivos</b>		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>altavera oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>amethyst oral tablet 90-20 mcg</i>	1	
<i>apri oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>aurovela 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>aurovela 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	
<i>aurovela fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>aurovela fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>ayuna oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>azurette oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	
<i>blisovi fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>blisovi fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>chateal eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>cryselle oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>dasetta 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>delyla oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>dolishale oral tablet 90-20 mcg</i>	1	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	QL (1 per 28 days)
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	QL (1 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>enpresse-28 oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	
<i>enskyce oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	QL (1 per 28 days)
<i>falmina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>feirza 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>feirza 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	
<i>hailey fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>hailey fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>iclevia oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>introvale oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>isibloom oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>jolessa oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>juleber oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>junel 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>junel 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>junel fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>junel fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>junel fe 24 oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	
<i>kariva oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	
<i>kelnor 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>kelnor 1/50 oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	1	
<i>kurvelo oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 19.5 MG	1	
<i>larin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>larin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>larin 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	
<i>larin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>larin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>levonest oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>levonorgest-eth estradiol-iron oral tablet 0.1-20 mg-mcg(21)</i>	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg, 90-20 mcg</i>	1	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	
<i>levora 0.15/30 (28) oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY	1	
<i>low-ogestrel oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	
<i>luizza 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>luizza 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>lutura oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>meleya oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>microgestin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>microgestin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>microgestin 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>microgestin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>microgestin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/DAY INTRAUTERINE	1	
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20 MCG/DAY	1	
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	1	QL (3 per 28 days)
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>norlyroc oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nylia 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nylia 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>orquidea oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>pimtreea oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	
<i>portia-28 oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>reclipsen oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>setlakin oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>simliya oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 13.5 MG	1	
<i>sprintec 28 oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	
<i>tarina fe 1/20 eq oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>tilia fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>tri-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>turqoz oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	
<i>valtya 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>valtya 1/50 oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	1	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	
<i>volnea oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>xarah fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	1	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	1	QL (3 per 28 days)
<i>zovia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<b>ANTICONVULSIVOS</b>		
<b>Anticonvulsivos</b>		
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML	1	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	1	QL (60 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	1	
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	1	PA NSO; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	1	PA NSO; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	1	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	1	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	1	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1000 MG	1	ST; QL (90 per 30 days)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1500 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	PA NSO
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	1	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	1	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	1	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	1	PA NSO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>fosphenytoin sodium injection solution 100 mg pe/2ml, 500 mg pe/10ml</i>	1	
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	1	
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	1	
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml</i>	1	
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>lacosamide oral tablet 200 mg</i>	1	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>	1	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	1	
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	1	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	1	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>levetiracetam oral tablet disintegrating soluble 250 mg, 500 mg</i>	1	ST
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	1	QL (10 per 30 days)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	1	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	1	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
<i>perampanel oral suspension 0.5 mg/ml</i>	1	ST; QL (720 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 2 mg, 8 mg</i>	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	1	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>phenytek oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	1	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	1	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	1	ST
<i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	1	ST
SEZABY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA BvD
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG	1	ST
SUBVENITE ORAL SUSPENSION 10 MG/ML	1	PA NSO
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i>	1	ST
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	1	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	1	QL (10 per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 7.5 MG/0.1ML	1	QL (10 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 10 MG/0.1ML	1	QL (10 per 30 days)
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	1	QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	1	
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>vigadrone oral packet 500 mg</i>	1	
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>vigpoder oral packet 500 mg</i>	1	
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	1	QL (56 per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	1	QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	QL (60 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG, 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG	1	
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	1	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	PA NSO; QL (1080 per 30 days)
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>		
<b>Antidepresivos</b>		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	1	ST
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>	1	
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
EXXUA TITRATION PACK ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2 MG	1	PA NSO
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	1	ST
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	1	
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 60 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>	1	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	1	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	
NEFAZODONE HCL ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	
<i>nefazodone hcl tablet 150 mg oral</i>	1	
<i>nefazodone hcl tablet 200 mg oral</i>	1	
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1	
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	1	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	1	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	1	
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	1	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; QL (1200 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	1	
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
SPRAVATO (56 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK 28 MG/DEVICE	1	PA NSO
SPRAVATO (84 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK 28 MG/DEVICE	1	PA NSO
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	1	
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg</i>	1	
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 225 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	1	
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	1	PA NSO; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	1	PA NSO; QL (14 per 14 days)
<b>ANTIFÚNGICOS</b>		
<b>Antifúngicos</b>		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	1	PA BvD
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>	1	
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>	1	
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	1	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	1	
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	1	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	1	
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
CRESEMBA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 372 MG	1	
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	1	PA
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	1	QL (170 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	1	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 165 mg, 250 mg</i>	1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	1	
MICONAZOLE 3 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG	1	
<i>nyamyc external powder 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	1	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	1	
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>	1	
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>	1	
<i>nystop external powder 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	1	PA
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	1	PA BvD
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	1	PA

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	1	
<b>ANTIHIISTAMÍNICOS</b>		
<b>Antihistamínicos</b>		
<i>cetirizine hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1	
<i>cetirizine hcl solution 1 mg/ml oral (rx)</i>	1	
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	1	
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	1	
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<b>ANTIMICOBACTERIALES</b>		
<b>Antimicobacteriales</b>		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	1	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	1	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	1	PA
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	1	
<b>ANTIVIRALES (SITÉMICO)</b>		
<b>Antirretrovirales</b>		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	1	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	1	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	1	
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	1	QL (30 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 400 & 600 MG/2ML, 600 & 900 MG/3ML	1	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	1	
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	1	
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	1	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	1	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	1	
EDURANT PED ORAL TABLET SOLUBLE 2.5 MG	1	
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	1	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	1	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	1	
<i>emtricitab- rilpivir-tenofov df oral tablet 200-25-300 mg</i>	1	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML	1	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	1	
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	1	
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	1	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	1	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	1	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	1	
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	1	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	1	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 25 MG	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	1	
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5ML	1	QL (480 per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	1	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	1	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	1	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	1	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	1	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	1	
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG	1	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	1	
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	1	
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	1	
<i>rilpivirine hcl oral tablet 25 mg</i>	1	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	1	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	1	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG, 75 MG	1	
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	1	
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG	1	
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	1	
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 463.5 MG/1.5ML	1	PA BvD
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	1	
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG, 25 MG, 50 MG	1	
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	1	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	1	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG	1	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	1	
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	1	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	1	QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	1	
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	1	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	1	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	1	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	1	
<b>Antivirales Hcv</b>		
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PACKET 200-50 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PACKET 45-200 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
<i>ledipasvir-sofosbuvir oral tablet 90-400 mg</i>	1	PA; QL (28 per 28 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	1	PA; QL (84 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg</i>	1	PA; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
<b>Antivirales, Varios</b>		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	1	PA
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	1	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg</i>	1	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 75 mg</i>	1	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	1	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG	1	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 6 X 150 MG & 5 X 100MG	1	QL (11 per 28 days)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG	1	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	1	QL (60 per 180 days)
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG	1	QL (4 per 180 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	1	QL (2 per 180 days)
<b>Interferones</b>		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	1	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	1	PA
<b>Nucleósidos Y Nucleótidos</b>		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	1	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	1	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	1	
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	1	
<b>COFACTORES ENZIMÁTICOS/OTROS</b>		
<b>Cofactores Enzimáticos/Otros</b>		
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG	1	PA; QL (90 per 30 days)
<b>DISPOSITIVOS</b>		
<b>Dispositivos</b>		
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8 MM	1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ALCOHOL PREP PAD	1	PA; ST
ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %	1	PA; ST
ALCOHOL SWABS PAD	1	PA; ST
ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
AQ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM	1	PA; ST
AUM ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %	1	PA; ST
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE 31G X 4 MM	1	PA; ST
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 5 MM	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 8 MM	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 33G X 4 MM	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 33G X 5 MM	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 33G X 6 MM	1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 32G X 5 MM	1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 33G X 4 MM	1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 33G X 5 MM	1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 33G X 6 MM	1	PA; ST
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
AUM SAFETY PEN NEEDLE 31G X 4 MM	1	PA; ST
BD AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM	1	PA; ST
BD ECLIPSE SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML (OTC)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (OTC)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 27G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 28G X 1/2" 1 ML (OTC)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 28G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
BD INSULIN SYRINGE U-100 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE MICRO ULTRAFINE 32G X 6 MM	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE 31G X 5 MM	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN 32G X 4 MM	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE NANO ULTRAFINE 32G X 4 MM	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE ORIG ULTRAFINE 29G X 12.7MM	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE SHORT ULTRAFINE 31G X 8 MM	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE SYRINGE/NEEDLE 27G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
BD SWAB SINGLE USE REGULAR PAD	1	PA; ST
BD SWABS SINGLE USE BUTTERFLY PAD	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 29G X 12MM	1	PA; ST
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 33G X 4 MM	1	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 8 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 5 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 6 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 8 MM	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 4 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 4 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 5 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 6 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 8 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 4 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 5 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 6 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 8 MM	1	PA; ST
CURITY ALCOHOL PREPS PAD 70 %	1	PA; ST
CURITY ALL PURPOSE SPONGES PAD 2"X2"	1	PA; ST
CURITY GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
CURITY GAUZE SPONGE PAD 2"X2"	1	PA; ST
CURITY SPONGES PAD 2"X2"	1	PA; ST
CVS ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %	1	PA; ST
CVS GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
CVS GAUZE STERILE PAD 2"X2"	1	PA; ST
<i>cv's isopropyl alcohol wipes external 70 %</i>	1	PA; ST
CVS PREP PAD 70 %	1	PA; ST
DERMACEA GAUZE SPONGE PAD 2"X2"	1	PA; ST
DERMACEA IV DRAIN SPONGES PAD 2"X2"	1	PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN SPONGES PAD 2"X2"	1	PA; ST
DERMACEA TYPE VII GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
DIATHRIVE PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
DIATHRIVE PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST
DIATHRIVE PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
DIATHRIVE PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 29G X 10MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 8 MM	1	PA; ST
DROPSAFE ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO 31G X 4 MM	1	PA; ST
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO 31G X 8 MM	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 30G X 5 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 30G X 6 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 29G X 5MM	1	PA; ST
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 29G X 8MM	1	PA; ST
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM	1	PA; ST
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (OTC)	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML	1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM	1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM	1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 29G X 12.7MM	1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 31G X 5 MM	1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 31G X 8 MM	1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 32G X 6 MM	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 30G X 5 MM	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
EQL ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
EQL GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
EQL INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EXEL COMFORT POINT INSULIN SYR 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
EXEL COMFORT POINT INSULIN SYR 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	1	PA; ST
FIFTY50 PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
FIFTY50 PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
FIFTY50 PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
FIFTY50 PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
GAUZE PADS PAD 2"X2"	1	PA; ST
GAUZE TYPE VII MEDI-PAK PAD 2"X2"	1	PA; ST
GLOBAL ALCOHOL PREP EASE PAD 70 %	1	PA; ST
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
GNP ALCOHOL SWABS PAD	1	PA; ST
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
GNP INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 30GX5/16" 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16" 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
GNP PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
GNP PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
GNP PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
GNP STERILE GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
GOODSENSE ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 31G X 8 MM	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 29G X 12MM	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31G X 5 MM	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31G X 6 MM	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31G X 8 MM	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 32G X 4 MM	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL ALCOHOL PAD	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
HM STERILE ALCOHOL PREP PAD	1	PA; ST
HM STERILE PADS PAD 2"X2"	1	PA; ST
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
INPEN 100-BLUE-LILLY-HUMALOG DEVICE	1	
INPEN 100-BLUE-NOVOLOG-FIASP DEVICE	1	
INPEN 100-GREY-LILLY-HUMALOG DEVICE	1	
INPEN 100-GREY-NOVOLOG-FIASP DEVICE	1	
INPEN 100-PINK-LILLY-HUMALOG DEVICE	1	
INPEN 100-PINK-NOVOLOG-FIASP DEVICE	1	
INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 27G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 27G X 1/2" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 27G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 28G X 1/2" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 28G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 1/4" 0.3 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 1/4" 0.5 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 1/4" 1 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 5/16" 0.5 ML (OTC)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST
INSUPEN SENSITIVE 32G X 6 MM	1	PA; ST
INSUPEN SENSITIVE 32G X 8 MM	1	PA; ST
INSUPEN ULTRAFIN 30G X 8 MM	1	PA; ST
INSUPEN ULTRAFIN 31G X 6 MM	1	PA; ST
INSUPEN ULTRAFIN 31G X 8 MM	1	PA; ST
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM	1	PA; ST
J & J GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
KENDALL HYDROPHILIC FOAM DRESS PAD 2"X2"	1	PA; ST
KENDALL HYDROPHILIC FOAM PLUS PAD 2"X2"	1	PA; ST
KINRAY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G U-100 1 ML	1	PA; ST
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G U-100 0.3 ML	1	PA; ST
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G U-100 1 ML	1	PA; ST
KROGER INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
KROGER PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
KROGER PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
LEADER INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
LEADER INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
LEADER UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM	1	PA; ST
LEADER UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM	1	PA; ST
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 5 MM	1	PA; ST
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 8 MM	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
MICRODOT PEN NEEDLE 33G X 4 MM	1	PA; ST
MIRASORB SPONGES 2"X2"	1	PA; ST
MM PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
MM PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 25G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML (OTC)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (OTC)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE U-100 1 ML	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (OTC)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (OTC)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML (OTC)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
MS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
MS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
NOVOFINE AUTOCOVER 30G X 8 MM	1	PA; ST
NOVOFINE PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
NOVOTWIST PEN NEEDLE 32G X 5 MM	1	PA; ST
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5) KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 LIBRE2 G6 INTRO GEN5 KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3) KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	1	QL (10 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM	1	PA; ST
PC UNIFINE PENTIPS 31G X 6 MM	1	PA; ST
PC UNIFINE PENTIPS 31G X 8 MM	1	PA; ST
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 31G X 8 MM	1	PA; ST
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 32G X 4 MM	1	PA; ST
PEN NEEDLES 30G X 5 MM (OTC)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
PENTIPS 29G X 12MM (RX)	1	PA; ST
PENTIPS 31G X 5 MM (RX)	1	PA; ST
PENTIPS 31G X 8 MM (RX)	1	PA; ST
PENTIPS 32G X 4 MM (RX)	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
PHARMACIST CHOICE ALCOHOL PAD	1	PA; ST
PIP PEN NEEDLES 31G X 5MM 31G X 5 MM	1	PA; ST
PIP PEN NEEDLES 32G X 4MM 32G X 4 MM	1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM	1	PA; ST
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
PRO COMFORT ALCOHOL PAD 70 %	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 8 MM	1	PA; ST
PRODIGY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
PRODIGY INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
PRODIGY INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
PURE COMFORT ALCOHOL PREP PAD	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 5 MM	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 8 MM	1	PA; ST
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
PX SHORTLENGTH PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
QC ALCOHOL EXTERNAL 70 %	1	PA; ST
QC ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
QC BORDER ISLAND GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 29G X 12.7MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 31G X 4 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 5 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 8 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 4 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 5 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 6 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 8 MM	1	PA; ST
RA ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
RA INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
RA INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
RA INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
RA INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
<i>ra isopropyl alcohol wipes external 70 %</i>	1	PA; ST
RA PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
RA PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
RA STERILE PAD 2"X2"	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G X 12MM	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G X 4 MM	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
REALITY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
REALITY SWABS PAD	1	PA; ST
RELION ALCOHOL SWABS PAD	1	PA; ST
RELION ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	1	PA; ST
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
RELION MINI PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
RELION PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
RELION PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
RELION PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
RESTORE CONTACT LAYER PAD 2"X2"	1	PA; ST
SAFETY INSULIN SYRINGES 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SAFETY INSULIN SYRINGES 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SAFETY INSULIN SYRINGES 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SAFETY INSULIN SYRINGES 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLES 30G X 5 MM	1	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
SB ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
SECURES SAFE SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
SM ALCOHOL PREP PAD	1	PA; ST
SM ALCOHOL PREP PAD 6-70 % EXTERNAL	1	PA; ST
SM ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
SM GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
STERILE GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.3 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM (OTC)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM (RX)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
SURGICAL GAUZE SPONGE PAD 2"X2"	1	PA; ST
TECHLITE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
THERAGAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 32G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 32G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 32G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 33G X 5 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 33G X 6 MM	1	PA; ST
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	1	PA; ST
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 30G X 5 MM	1	PA; ST
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 29G X 12.7MM (OTC)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 29G X 12.7MM (RX)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM (OTC)	1	PA; ST
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM (RX)	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 29G X 12.7MM	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTILET ALCOHOL SWABS PAD	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 29G X 12.7MM	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA THIN PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST
ULTRA-COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 30G X 8 MM	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 3/16" 0.5 ML	1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 3/16" 1 ML	1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 29G X 12MM	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VERIFINE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
V-GO 20 KIT 20 UNIT/24HR	1	QL (30 per 30 days)
V-GO 30 KIT 30 UNIT/24HR	1	QL (30 per 30 days)
V-GO 40 KIT 40 UNIT/24HR	1	QL (30 per 30 days)
VP INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE PAD 70 %	1	PA; ST
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 8 MM	1	PA; ST
ZEVX STERILE ALCOHOL PREP PAD PAD 70 %	1	PA; ST

## PREPARACIONES DE REEMPLAZO

### Preparaciones De Reemplazo

<i>dextrose-nacl intravenous solution 5-0.9 %</i>	1	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	1	
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-%-%, 40-5-0.45 MEQ/L-%-%	1	
<i>klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq</i>	1	
<i>klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq</i>	1	
<i>klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LACTATED RINGERS INTRAVENOUS SOLUTION	1	
MAGNESIUM SULFATE INJECTION SOLUTION 50 %	1	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 % (10ml syringe)</i>	1	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq, 8 meq</i>	1	
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.9 MEQ/L-%	1	PA BvD
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	1	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	1	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	1	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% INTRAVENOUS SOLUTION 20 MEQ/L	1	PA BvD
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 4 meq/ml, 5 %</i>	1	
<b>PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXFUSORES DE VOLUMEN</b>		
<b>Agentes Hematológicos, Varios</b>		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	1	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	1	
<b>Anticoagulantes</b>		
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS (1.5 MG PACK) ORAL TABLET SOLUBLE 3 X 0.5 MG	1	QL (960 per 30 days)
ELIQUIS (2 MG PACK) ORAL TABLET SOLUBLE 4 X 0.5 MG	1	QL (960 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	1	
ELIQUIS ORAL CAPSULE SPRINKLE 0.15 MG	1	QL (120 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	1	
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	1	QL (74 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET SOLUBLE 0.5 MG	1	QL (960 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml</i>	1	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 30 mg/0.3ml</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i>	1	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 60 mg/0.6ml</i>	1	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml</i>	1	QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	1	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 5 mg/0.4ml</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 7.5 mg/0.6ml</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	1	
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>rivaroxaban oral suspension reconstituted 1 mg/ml</i>	1	QL (600 per 30 days)
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i>	1	QL (60 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	
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML	1	QL (600 per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	1	
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	1	ST
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	1	
<b>Inhibidores De Agregación De Plaquetas</b>		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	1	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	1	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	1	
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	1	
<b>Modificadores De Formación De Sangre</b>		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral packet 12.5 mg</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral packet 25 mg</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 25 mg</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	1	PA; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	1	PA; QL (20 per 30 days)
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML	1	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	1	PA
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	1	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML(1ML), 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	1	PA; QL (12 per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40000 UNIT/ML	1	PA; QL (4 per 28 days)
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	1	PA

### REEMPLAZO/MODIFICADORES DE ENZIMA

#### Reemplazo/Modificadores De Enzima

CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	1	
<i>javygtor oral tablet 100 mg</i>	1	PA
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	PA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	1	PA
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	1	PA BvD
REVCOVI INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5ML	1	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	1	PA
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45ML, 28 MG/0.7ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8ML	1	PA
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 UNIT	1	

### RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS

#### Relajantes Musculares Esqueléticos

<i>baclofen oral solution 10 mg/5ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1	
<b>SOLUCIONES IRRIGANTES</b>		
<b>Soluciones Irrigantes</b>		
RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION	1	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	1	
<b>VITAMINAS Y MINERALES</b>		
<b>Vitaminas Y Minerales</b>		
C-NATE DHA CAPSULE 28-1-200 MG ORAL	1	
COMPLETENATE TABLET CHEWABLE 29-1 MG ORAL	1	
FOLIVANE-OB CAPSULE 85-1 MG ORAL	1	
KOSHER PRENATAL PLUS IRON TABLET 30-1 MG ORAL	1	
M-NATAL PLUS TABLET 27-1 MG ORAL	1	
NIVA-PLUS TABLET 27-1 MG ORAL	1	
OBSTETRIX DHA 29-1 & 350 MG ORAL	1	
PNV 27-CA/FE/FA TABLET 60-1 MG ORAL	1	
PNV-DHA+DOCUSATE CAPSULE 27-1.25-300 MG ORAL	1	
PNV-OMEGA CAPSULE 28-0.6-0.4-340 MG ORAL	1	
PRENA 1 TRUE 30-1.4 & 300 MG ORAL	1	
PRENAISSANCE CAPSULE 29-1.25-325 MG ORAL	1	
PRENAISSANCE PLUS CAPSULE 28-1-250 MG ORAL	1	
PRENATABS FA TABLET 29-1 MG ORAL	1	
PRENATAL ORAL TABLET 27-1 MG	1	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON TABLET 27-1 MG ORAL	1	
PRENATAL-U CAPSULE 106.5-1 MG ORAL	1	
PREPLUS TABLET 27-1 MG ORAL	1	
SELECT-OB TABLET CHEWABLE 29-0.6-0.4 MG ORAL	1	
SELECT-OB TABLET CHEWABLE 29-1 MG ORAL	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
SE-NATAL 19 TABLET CHEWABLE 29-1 MG ORAL	1	
TARON-C DHA CAPSULE 35-1 MG ORAL	1	
VIRT-C DHA CAPSULE 53.5-38-1 MG ORAL	1	
VIRT-NATE DHA CAPSULE 28-1-200 MG ORAL	1	
VIRT-PN DHA CAPSULE 27-0.6-0.4-300 MG ORAL	1	
VITAFOL GUMMIES TABLET CHEWABLE 3.33-0.333-34.8 MG ORAL	1	
VITAFOL-OB+DHA 65-1 & 250 MG ORAL	1	
VP-PNV-DHA CAPSULE 28-1-215.8 MG ORAL	1	
ZATEAN-PN DHA CAPSULE 27-0.6-0.4-300 MG ORAL	1	
ZATEAN-PN PLUS CAPSULE 28-0.6-0.4-340 MG ORAL	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 11. Identificacion del formulario 26388, número de versión 11. Efectivo 2026/05/01. Fecha en que se actualizo 2026/04/21.

**Listado alfabético**

<b>A</b>		
<i>abacavir sulfate</i> .....	105	
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i> .....	105	
ABELCET .....	103	
<i>abigale</i> .....	64	
<i>abigale lo</i> .....	64	
ABILIFY ASIMTUFII .....	35	
ABILIFY MAINTENA .....	35	
<i>abiraterone acetate</i> .....	12	
ABIRATERONE ACETATE MICRONIZED .....	12	
<i>abirtega</i> .....	12	
ABOUTTIME PEN NEEDLE .....	110	
ABRYSVO .....	73	
<i>acamprosate calcium</i> .....	25	
<i>acarbose</i> .....	27	
<i>acebutolol hcl</i> .....	41	
<i>acetaminophen-codeine</i> .....	82, 83	
<i>acetazolamide</i> .....	76	
<i>acetazolamide er</i> .....	76	
<i>acetazolamide sodium</i> .....	76	
<i>acetic acid</i> .....	77	
<i>acetylcysteine</i> .....	53	
<i>acitretin</i> .....	59	
ACTHIB .....	73	
ACTIMMUNE .....	80	
<i>acyclovir</i> .....	59, 109	
<i>acyclovir sodium</i> .....	109	
ADACEL .....	73	
<i>adalimumab-aaty (1 pen)</i> .....	67	
<i>adalimumab-aaty (2 pen)</i> .....	67	
<i>adalimumab-aaty (2 syringe)</i> .....	67	
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs start</i> .....	67	
<i>adapalene</i> .....	60	
<i>adefovir dipivoxil</i> .....	109	
ADEMPAS .....	81	
ADVAIR HFA .....	54	
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE .....	110	
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES .....	110	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE .....	110, 111	
<i>afirmelle</i> .....	92	
AIMOVIG .....	32	
AIRSUPRA .....	54, 55	
AKEEGA .....	12	
<i>ak-poly-bac</i> .....	77	
<i>ala-cort</i> .....	57	
<i>albendazole</i> .....	34	
<i>albuterol sulfate</i> .....	55	
<i>albuterol sulfate hfa</i> .....	55	
<i>alclometasone dipropionate</i> .....	57	
ALCOHOL PREP .....	111	
ALCOHOL PREP PADS .....	111	
ALCOHOL SWABS .....	111	
ALECENSA .....	12	
<i>alendronate sodium</i> .....	49	
<i>alfuzosin hcl er</i> .....	63	
<i>aliskiren fumarate</i> .....	48	
<i>allopurinol</i> .....	32	
<i>alose tron hcl</i> .....	48	
<i>alprazolam</i> .....	26	
<i>altavera</i> .....	92	
ALTRENO .....	60	
ALUNBRIG .....	12	
ALVAIZ .....	152	
<i>alyacen 1/35</i> .....	92	
<i>alyacen 7/7/7</i> .....	92	
ALYFTREK .....	53	
<i>alyq</i> .....	81	
<i>amantadine hcl</i> .....	34	
<i>amethyst</i> .....	92	
<i>amikacin sulfate</i> .....	85	
<i>amiloride hcl</i> .....	46	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> .....	46	
<i>amiodarone hcl</i> .....	41	
<i>amitriptyline hcl</i> .....	100	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i> .....	44	
<i>amlodipine besylate</i> .....	45	
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> .....	45	
<i>amlodipine-atorvastatin</i> .....	45	
<i>amlodipine-olmesartan</i> .....	45	
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i> .....	45	
<i>ammonium lactate</i> .....	59	
<i>amoxapine</i> .....	100	
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i> .....	60	
<i>amoxicillin</i> .....	89	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .....	89	
<i>amphetamine-dextroamphet er</i> .....	50	
<i>amphetamine-</i> <i>dextroamphetamine</i> .....	50	
<i>amphotericin b</i> .....	103	
<i>amphotericin b liposome</i> .....	103	
<i>ampicillin</i> .....	89	
<i>ampicillin sodium</i> .....	89	
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i> .....	89, 90	
<i>anagrelide hcl</i> .....	150	
<i>anastrozole</i> .....	12	
ANKTIVA .....	12	
ANORO ELLIPTA .....	56	
<i>aprepitant</i> .....	33	
<i>apri</i> .....	92	
APTIVUS .....	105	
AQ INSULIN SYRINGE .....	111	

AQINJECT PEN NEEDLE..	111	<i>aurovela 1/20</i> .....	92	BD INSULIN SYRINGE	
ARCALYST.....	67	<i>aurovela 24 fe</i> .....	92	HALF-UNIT.....	112
AREXVY .....	73	<i>aurovela fe 1.5/30</i> .....	92	BD INSULIN SYRINGE	
ARIKAYCE .....	85	<i>aurovela fe 1/20</i> .....	92	MICROFINE .....	112
<i>aripiprazole</i> .....	35, 36	AUSTEDO .....	50	BD INSULIN SYRINGE	
ARISTADA.....	36	AUSTEDO XR.....	50	ULTRAFINE.....	113
ARISTADA INITIO .....	36	AUSTEDO XR PATIENT		BD PEN NEEDLE MICRO	
<i>armodafinil</i> .....	49	TITRATION.....	50	ULTRAFINE.....	113
ARNUITY ELLIPTA.....	54	AUVELITY.....	100	BD PEN NEEDLE MINI U/F	
<i>asenapine maleate</i> .....	36	<i>aviane</i> .....	92	.....	113
<i>aspirin-dipyridamole er</i> .....	152	AVMAPKI FAKZYNJA CO-		BD PEN NEEDLE MINI	
ASSURE ID DUO PRO PEN		PACK .....	12	ULTRAFINE.....	113
NEEDLES .....	111	AVONEX PEN.....	51	BD PEN NEEDLE NANO 2ND	
ASSURE ID INSULIN		AVONEX PREFILLED .....	51	GEN.....	113
SAFETY SYR.....	111	AXTLE.....	12	BD PEN NEEDLE NANO	
ASSURE ID PRO PEN		<i>ayuna</i> .....	92	ULTRAFINE.....	113
NEEDLES .....	111	AYVAKIT.....	12	BD PEN NEEDLE ORIG	
ASTAGRAF XL .....	67	<i>azacitidine</i> .....	12	ULTRAFINE.....	113
<i>atazanavir sulfate</i> .....	105	<i>azathioprine</i> .....	67	BD PEN NEEDLE SHORT	
<i>atenolol</i> .....	41	<i>azathioprine sodium</i> .....	67	ULTRAFINE.....	113
<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....	41	<i>azelastine hcl</i> .....	79, 80	BD SAFETYGLIDE INSULIN	
<i>atomoxetine hcl</i> .....	50	<i>azithromycin</i> .....	89	SYRINGE.....	113
<i>atorvastatin calcium</i> .....	45	<i>aztreonam</i> .....	87	BD SAFETYGLIDE	
<i>atovaquone</i> .....	34	<i>azurette</i> .....	92	SYRINGE/NEEDLE .....	113
<i>atovaquone-proguanil hcl</i> .....	34	<b>B</b>		BD SWAB SINGLE USE	
<i>atropine sulfate</i> .....	79	<i>bacitracin</i> .....	77	REGULAR .....	113
ATROVENT HFA .....	56	<i>bacitracin-polymyxin b</i> .....	77	BD SWABS SINGLE USE	
ATTRUBY .....	43	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>		BUTTERFLY .....	113
<i>abra eq</i> .....	92	.....	77	BD VEO INSULIN SYR U/F	
AUGTYRO .....	12	<i>baclofen</i> .....	153	1/2UNIT .....	114
AUM ALCOHOL PREP PADS		<i>balsalazide disodium</i> .....	48	BD VEO INSULIN SYR	
.....	111	BALVERSA.....	12	ULTRAFINE.....	114
AUM INSULIN SAFETY PEN		BAQSIMI ONE PACK .....	80	BD VEO INSULIN SYRINGE	
NEEDLE .....	111	BAQSIMI TWO PACK .....	80	U/F.....	114
AUM MINI INSULIN PEN		BCG VACCINE .....	73	BELSOMRA .....	50
NEEDLE .....	111, 112	BD AUTOSHIELD DUO ....	112	<i>benazepril hcl</i> .....	47
AUM PEN NEEDLE .....	112	BD ECLIPSE SYRINGE ....	112	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	
AUM READYGARD DUO		BD INSULIN SYR		.....	47
PEN NEEDLE.....	112	ULTRAFINE II.....	112	<i>bendamustine hcl</i> .....	12
AUM SAFETY PEN NEEDLE		BD INSULIN SYRINGE ....	112,	BENDAMUSTINE HCL.....	12
.....	112	113		BENDEKA.....	12
<i>aurovela 1.5/30</i> .....	92			BENLYSTA .....	67, 68

<i>benztropine mesylate</i> .....	34	<i>bromfenac sodium</i> .....	79	<i>carbidopa-levodopa er</i> .....	35
BESIVANCE .....	77	<i>bromocriptine mesylate</i> .....	35	CAREFINE PEN NEEDLES	
BESREMI.....	68	BRONCHITOL TOLERANCE		.....	114
<i>betaine</i> .....	80	TEST .....	53	CAREONE INSULIN	
<i>betamethasone dipropionate</i> ..	57	BRUKINSA.....	13	SYRINGE.....	114
<i>betamethasone dipropionate aug</i>		<i>budesonide</i> .....	48, 54	CARETOUCH ALCOHOL	
.....	57	<i>budesonide-formoterol fumarate</i>		PREP.....	114
<i>betamethasone valerate</i> .....	57	.....	54	CARETOUCH INSULIN	
BETAMETHASONE		<i>bumetanide</i> .....	46	SYRINGE.....	114, 115
VALERATE.....	57	<i>buprenorphine</i> .....	83	CARETOUCH PEN NEEDLES	
BETASERON .....	51	<i>buprenorphine hcl</i> .....	25	.....	115
<i>betaxolol hcl</i> .....	76	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>		<i>carglumic acid</i> .....	61
<i>bethanechol chloride</i> .....	63	.....	25	<i>carisoprodol</i> .....	153
<i>bexarotene</i> .....	12	<i>bupropion hcl</i> .....	100	<i>carteolol hcl</i> .....	76
BEXSERO.....	73	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>		<i>cartia xt</i> .....	42
<i>bicalutamide</i> .....	13	.....	25	<i>carvedilol</i> .....	42
BICILLIN C-R .....	90	<i>bupropion hcl er (sr)</i> .....	100	CAYSTON .....	87
BICILLIN C-R 900/300 .....	90	<i>bupropion hcl er (xl)</i> .....	100	<i>cefaclor</i> .....	87
BICILLIN L-A .....	90	<i>buspirone hcl</i> .....	80	<i>cefadroxil</i> .....	87
BIKTARVY .....	105	<i>butalbital-apap-caff-cod</i> .....	83	<i>cefazolin sodium</i> .....	87, 88
<i>bisoprolol fumarate</i> .....	42	<i>butalbital-apap-caffeine</i> .....	83	<i>cefdinir</i> .....	88
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>		<b>C</b>		<i>cefepime hcl</i> .....	88
.....	42	CABENUVA.....	106	<i>cefixime</i> .....	88
BIZENGRI (750 MG DOSE). 13		<i>cabergoline</i> .....	35	<i>cefotaxime sodium</i> .....	88
<i>bleomycin sulfate</i> .....	13	CABOMETYX.....	13	<i>cefoxitin sodium</i> .....	88
<i>blisovi 24 fe</i> .....	92	<i>calcipotriene</i> .....	59	<i>cefpodoxime proxetil</i> .....	88
<i>blisovi fe 1.5/30</i> .....	92	<i>calcitonin (salmon)</i> .....	49	<i>cefprozil</i> .....	88
<i>blisovi fe 1/20</i> .....	92	<i>calcitriol</i> .....	49, 59	<i>ceftaroline fosamil</i> .....	88
BOOSTRIX.....	73	<i>calcium acetate</i> .....	62	<i>ceftazidime</i> .....	88
<i>bortezomib</i> .....	13	<i>calcium acetate (phos binder)</i> 62		<i>ceftriaxone sodium</i> .....	88
BORTEZOMIB .....	13	CALQUENCE.....	13	<i>cefuroxime axetil</i> .....	88
BORUZU .....	13	CAMCEVI.....	13	<i>cefuroxime sodium</i> .....	88
<i>bosentan</i> .....	81	<i>camila</i> .....	92	<i>celecoxib</i> .....	81
BOSULIF .....	13	CAMZYOS .....	43	<i>cephalexin</i> .....	88
BRAFTOVI.....	13	<i>candesartan cilexetil</i> .....	44	<i>cetirizine hcl</i> .....	105
BREO ELLIPTA .....	54	<i>candesartan cilexetil-hctz</i> .....	44	<i>cevimeline hcl</i> .....	57
<i>breyna</i> .....	54	CAPLYTA.....	36	<i>chateal eq</i> .....	92
BREZTRI AEROSPHERE ....	56	CAPRELSA.....	13	<i>chloramphenicol sod succinate</i>	
<i>brimonidine tartrate</i> .....	76	<i>captopril</i> .....	47	.....	86
<i>brimonidine tartrate-timolol</i> ..	76	<i>carbamazepine</i> .....	97	<i>chlordiazepoxide hcl</i> .....	26
<i>brinzolamide</i> .....	76	<i>carbamazepine er</i> .....	97	<i>chlordiazepoxide-clidinium</i> ....	27
BRIVIACT .....	96	<i>carbidopa-levodopa</i> .....	35	<i>chlorhexidine gluconate</i> .....	57

<i>chloroquine phosphate</i> .....	34	CLINIMIX/DEXTROSE (8/14)	41	COMFORT TOUCH INSULIN	
<i>chlorpromazine hcl</i> .....	36	.....	41	PEN NEED.....	117
<i>chlorthalidone</i> .....	46	<i>clinisol sf</i> .....	41	COMPLETENATE.....	154
<i>cholestyramine</i> .....	45	<i>clobazam</i> .....	97	<i>compro</i> .....	33
<i>cholestyramine light</i> .....	45	<i>clobetasol propionate</i> .....	58	<i>constulose</i> .....	61
<i>ciclopirox</i> .....	103	<i>clobetasol propionate e</i> .....	57	COPIKTRA.....	13
<i>ciclopirox olamine</i> .....	103	<i>clobetasol propionate emulsion</i>	58	CORLANOR.....	43
<i>cilostazol</i> .....	152	.....	58	CORTROPHIN.....	66
CIMDUO.....	106	<i>clomipramine hcl</i> .....	101	COSENTYX.....	68
<i>cimetidine</i> .....	60	<i>clonazepam</i> .....	26	COSENTYX (300 MG DOSE)	
<i>cimetidine hcl</i> .....	60	<i>clonidine</i> .....	41	.....	68
CIMZIA.....	68	<i>clonidine hcl</i> .....	41	COSENTYX SENSOREADY	
CIMZIA (1 SYRINGE).....	68	<i>clopidogrel bisulfate</i> .....	152	(300 MG).....	68
CIMZIA (2 SYRINGE).....	68	<i>clorazepate dipotassium</i> .....	26	COSENTYX UNOREADY ...	68
CIMZIA-STARTER.....	68	<i>clotrimazole</i> .....	103	COTELLIC.....	13
<i>cinacalcet hcl</i> .....	49	<i>clotrimazole-betamethasone</i> .....	103	CREON.....	153
<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	77, 90	<i>clozapine</i> .....	36	CRESEMBA.....	103
<i>ciprofloxacin in d5w</i> .....	91	C-NATE DHA.....	154	<i>cromolyn sodium</i> .....	53, 61, 80
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> .....	78	COARTEM.....	34	<i>cryselle</i> .....	92
<i>citalopram hydrobromide</i> ....	100,	COBENFY.....	36	CURITY ALCOHOL PREPS	
101		COBENFY STARTER PACK		.....	117
<i>clarithromycin</i> .....	89	.....	36	CURITY ALL PURPOSE	
<i>clarithromycin er</i> .....	89	<i>colchicine</i> .....	32	SPONGES.....	117
CLEVER CHOICE COMFORT		<i>colchicine-probenecid</i> .....	32	CURITY GAUZE.....	117
EZ.....	115	<i>colesevelam hcl</i> .....	45	CURITY GAUZE SPONGE	117
CLICKFINE PEN NEEDLES		<i>colestipol hcl</i> .....	45	CURITY SPONGES.....	117
.....	115	<i>colistimethate sodium (cba)</i> ....	86	CVS ALCOHOL PREP PADS	
<i>clindamycin hcl</i> .....	86	COMBIVENT RESPIMAT ...	56	.....	117
<i>clindamycin phos (once-daily)</i> .....	59	COMETRIQ (100 MG DAILY		CVS GAUZE.....	117
<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>		DOSE).....	13	CVS GAUZE STERILE.....	117
.....	59	COMETRIQ (140 MG DAILY		<i>cvs isopropyl alcohol wipes</i> ..	117
<i>clindamycin phosphate</i> ....	60, 85,	DOSE).....	13	CVS PREP.....	117
86		COMETRIQ (60 MG DAILY		<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....	153
<i>clindamycin phosphate in d5w</i> .....	86	DOSE).....	13	<i>cyclophosphamide</i> .....	13, 14
CLINIMIX E/DEXTROSE		COMFORT ASSIST INSULIN		CYCLOPHOSPHAMIDE.....	14
(8/10).....	40	SYRINGE.....	115	<i>cyclosporine</i> .....	68, 79
CLINIMIX E/DEXTROSE		COMFORT EZ INSULIN		<i>cyclosporine (pf)</i> .....	79
(8/14).....	40	SYRINGE.....	115, 116	<i>cyclosporine modified</i> .....	68
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5)		COMFORT EZ PEN NEEDLES		CYLTEZO (2 PEN).....	68
.....	40	.....	116	CYLTEZO (2 SYRINGE).....	68
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10)		COMFORT EZ PRO PEN		CYLTEZO-CD/UC/HS	
.....	40	NEEDLES.....	117	STARTER.....	68

CYLTEZO-PSORIASIS/UV	DESCOVY .....	106	<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	
STARTER .....	<i>desipramine hcl</i> .....	101	.....	51
<i>cyproheptadine hcl</i> .....	<i>desloratadine</i> .....	105	<i>diphenoxylate-atropine</i> .....	61
<i>cyred eq</i> .....	<i>desmopressin ace spray refrig</i>	66	<i>dipyridamole</i> .....	152
<b>D</b>	<i>desmopressin acetate</i> .....	66	<i>disulfiram</i> .....	26
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	<i>desmopressin acetate spray</i> ....	66	<i>divalproex sodium</i> .....	97
.....	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	92	<i>divalproex sodium er</i> .....	97
<i>dalfampridine er</i> .....	<i>desonide</i> .....	58	<i>dofetilide</i> .....	41
<i>danazol</i> .....	<i>desoximetasone</i> .....	58	<i>dolishale</i> .....	92
<i>dantrolene sodium</i> .....	<i>desvenlafaxine succinate er</i> ..	101	<i>donepezil hcl</i> .....	27
DANYELZA .....	<i>dexamethasone</i> .....	65	<i>dorzolamide hcl</i> .....	76
DANZITEN .....	<i>dexamethasone sod phosphate pf</i>	65	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> ...	77
<i>dapagliflozin propanediol</i> .....	.....	65	DOVATO .....	106
<i>dapsone</i> .....	<i>dexamethasone sodium</i>		<i>doxazosin mesylate</i> .....	41
DAPTACEL .....	<i>phosphate</i> .....	65, 79	<i>doxepin hcl</i> .....	50, 101
<i>daptomycin</i> .....	<i>dexmethylphenidate hcl</i> .....	51	<i>doxorubicin hcl liposomal</i> .....	14
DAPTOMYCIN .....	<i>dextroamphetamine sulfate</i> ....	51	<i>doxy 100</i> .....	91
<i>daptomycin-sodium chloride</i> ..	<i>dextrose</i> .....	41	<i>doxycycline hyclate</i> .....	91
<i>darunavir</i> .....	<i>dextrose-nacl</i> .....	149	<i>doxycycline monohydrate</i> .....	91
<i>dasatinib</i> .....	<i>dextrose-sodium chloride</i> .....	149	DRIZALMA SPRINKLE .....	101
<i>dasetta 1/35 (28)</i> .....	DIACOMIT .....	97	<i>dronabinol</i> .....	33
<i>dasetta 7/7/7</i> .....	DIATHRIVE PEN NEEDLE	118	DROPLET INSULIN	
DATROWAY .....	<i>diazepam</i> .....	26, 97	SYRINGE .....	118, 119
DAURISMO .....	<i>diazepam intensol</i> .....	26	DROPLET MICRON .....	119
<i>deblitane</i> .....	<i>diazoxide</i> .....	80	DROPLET PEN NEEDLES .....	119
<i>decitabine</i> .....	<i>diclofenac epolamine</i> .....	81	DROPSAFE ALCOHOL PREP	
<i>deferasirox</i> .....	<i>diclofenac potassium</i> .....	81	.....	119
<i>deferasirox granules</i> .....	<i>diclofenac sodium</i> .....	79, 82	DROPSAFE AUTOPROTECT	
DELSTRIGO .....	<i>diclofenac sodium er</i> .....	82	DUO .....	119
<i>delyla</i> .....	<i>diclofenac-misoprostol</i> .....	82	DROPSAFE SAFETY PEN	
<i>demeclocycline hcl</i> .....	<i>dicloxacillin sodium</i> .....	90	NEEDLES .....	119
DENGVAXIA .....	<i>dicyclomine hcl</i> .....	61	DROPSAFE SAFETY	
DEPO-SUBQ PROVERA	<i>difluprednate</i> .....	79	SYRINGE/NEEDLE .....	119
104	<i>digoxin</i> .....	43	<i>droxidopa</i> .....	41
.....	<i>dihydroergotamine mesylate</i> ..	32	DRUG MART ULTRA	
DERMACEA GAUZE	DILANTIN .....	97	COMFORT SYR .....	119, 120
SPONGE .....	<i>diltiazem hcl</i> .....	42	DRUG MART UNIFINE	
DERMACEA IV DRAIN	<i>diltiazem hcl er</i> .....	42	PENTIPS .....	120
SPONGES .....	<i>diltiazem hcl er beads</i> .....	42	<i>duloxetine hcl</i> .....	101
DERMACEA NON-WOVEN	<i>diltiazem hcl er coated beads</i> ..	42	DUPIXENT .....	69
SPONGES .....	<i>dilt-xr</i> .....	43	<i>dutasteride</i> .....	63
DERMACEA TYPE VII	<i>dimethyl fumarate</i> .....	51		
GAUZE .....				

<b>E</b>		
EASY COMFORT ALCOHOL PADS.....	120	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	120	
EASY COMFORT PEN NEEDLES .....	120, 121	
EASY GLIDE PEN NEEDLES .....	121	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP MEDIUM.....	121	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY .....	121	
EASY TOUCH FLIPLOCK SAFETY SYR.....	121	
EASY TOUCH INSULIN BARRELS.....	121	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR.....	121	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE.....	121, 122	
EASY TOUCH PEN NEEDLES .....	122	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES .....	123	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE .....	123	
<i>econazole nitrate</i> .....	103	
EDURANT.....	106	
EDURANT PED .....	106	
<i>efavirenz</i> .....	106	
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i> .....	106	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i> .....	106	
ELAHERE.....	14	
ELEPSIA XR .....	97	
ELIGARD .....	14	
<i>elinest</i> .....	92	
ELIQUIS .....	151	
ELIQUIS (1.5 MG PACK) ..	150	
ELIQUIS (2 MG PACK).....	150	
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK .....	151	
ELMIRON.....	80	
ELREXFIO.....	14	
<i>eltrombopag olamine</i> .....	152	
<i>eluryng</i> .....	92	
EMBECTA AUTOSHIELD DUO .....	123	
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT .....	123	
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE.....	123	
EMBECTA INSULIN SYRINGE.....	123	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 .....	123	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 .....	124	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO .....	124	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN .....	124	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE.....	124	
EMBRACE PEN NEEDLES	124	
EMCYT .....	14	
EMGALITY .....	32	
EMGALITY (300 MG DOSE) .....	32	
EMRELIS.....	14	
EMSAM .....	101	
<i>emtricitabine</i> .....	106	
<i>emtricitabine-tenofovir df</i> .....	106	
<i>emtricitab- rilpivir-tenofov df</i>	106	
EMTRIVA.....	106	
<i>emzahn</i> .....	92	
<i>enalapril maleate</i> .....	47	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	47	
ENBREL .....	69	
ENBREL MINI .....	69	
ENBREL SURECLICK .....	69	
<i>endocet</i> .....	83	
ENGERIX-B.....	73	
<i>enilloring</i> .....	92	
<i>enoxaparin sodium</i> .....	151	
<i>enpresse-28</i> .....	93	
ENSACOVE.....	14	
<i>enskyce</i> .....	93	
<i>entacapone</i> .....	35	
<i>entecavir</i> .....	109	
ENTRESTO.....	44	
<i>enulose</i> .....	61	
EPCLUSA .....	108	
EPIDIOLEX .....	97	
<i>epinastine hcl</i> .....	80	
<i>epinephrine</i> .....	43	
<i>epitol</i> .....	97	
EPIVIR HBV .....	106	
EPKINLY .....	14	
<i>eplerenone</i> .....	48	
EQL ALCOHOL SWABS ..	124	
EQL GAUZE.....	124	
EQL INSULIN SYRINGE ..	124	
ERBITUX.....	15	
<i>ergoloid mesylates</i> .....	27	
ERIVEDGE .....	15	
ERLEADA .....	15	
<i>erlotinib hcl</i> .....	15	
<i>errin</i> .....	93	
<i>ertapenem sodium</i> .....	87	
<i>erythromycin</i> .....	60, 78	
<i>erythromycin base</i> .....	89	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ..	89	
<i>erythromycin lactobionate</i> .....	89	
ERZOFRI .....	36, 37	
<i>escitalopram oxalate</i> .....	101	
<i>eslicarbazepine acetate</i> .....	97	
<i>esomeprazole magnesium</i> .	60, 61	
<i>estarylla</i> .....	93	
<i>estradiol</i> .....	64	
<i>estradiol-norethindrone acet</i> ..	64	
<i>estrogens conjugated</i> .....	65	
<i>eszopiclone</i> .....	50	

<i>ethambutol hcl</i> .....	105	<i>felodipine er</i> .....	45	<i>flurbiprofen sodium</i> .....	79
<i>ethosuximide</i> .....	97	<i>femynor</i> .....	93	FLUTAMIDE.....	15
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> ..	93	<i>fenofibrate</i> .....	45	<i>fluticasone propionate</i> .....	58, 79
<i>etodolac</i> .....	82	<i>fenofibrate micronized</i> .....	45	<i>fluticasone propionate hfa</i> .....	55
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	93	<i>fentanyl</i> .....	83	<i>fluticasone-salmeterol</i> .....	55
ETOPOPHOS.....	15	<i>fentanyl citrate</i> .....	83	<i>fluvastatin sodium</i> .....	46
<i>etoposide</i> .....	15	<i>fesoterodine fumarate er</i> .....	63	<i>fluvastatin sodium er</i> .....	46
<i>etravirine</i> .....	106	FETZIMA.....	101	<i>fluvoxamine maleate</i> .....	102
EUCRISA.....	58	FETZIMA TITRATION .....	101	<i>fluvoxamine maleate er</i> .....	102
EULEXIN.....	15	FIASP .....	29	FOLIVANE-OB .....	154
<i>everolimus</i> .....	15, 69	FIASP FLEXTOUCH .....	29	<i>fondaparinux sodium</i> .....	151
EVOTAZ.....	106	FIASP PENFILL .....	29	<i>fosamprenavir calcium</i> .....	106
EXEL COMFORT POINT		FIASP PUMPCART.....	30	<i>fosfomycin tromethamine</i> .....	86
INSULIN SYR.....	124	<i>fidaxomicin</i> .....	89	<i>fosinopril sodium</i> .....	47
EXEL COMFORT POINT PEN		FIFTY50 PEN NEEDLES ..	124	<i>fosinopril sodium-hctz</i> .....	47
NEEDLE .....	124	<i>finasteride</i> .....	63	<i>fosphenytoin sodium</i> .....	98
<i>exemestane</i> .....	15	<i>finoglimod hcl</i> .....	51	FOTIVDA.....	15
EXTENCILLINE .....	90	FINTEPLA .....	97	FRUZAQLA.....	15
EXXUA.....	101	FIRMAGON.....	15	<i>fulvestrant</i> .....	15
EXXUA TITRATION PACK		FIRMAGON (240 MG DOSE)		<i>furosemide</i> .....	46
.....	101	.....	15	FUZEON .....	106
EYSUVIS.....	79	<i>flavoxate hcl</i> .....	63	FYARRO.....	15
<i>ezetimibe</i> .....	45	<i>flecainide acetate</i> .....	41	<b>G</b>	
<i>ezetimibe-simvastatin</i> .....	45	<i>floxuridine</i> .....	15	<i>gabapentin</i> .....	98
<b>F</b>		<i>fluconazole</i> .....	104	<i>galantamine hydrobromide</i> ....	27
<i>falmina</i> .....	93	<i>fluconazole in sodium chloride</i>		<i>galantamine hydrobromide er</i>	27
<i>famciclovir</i> .....	109	.....	104	<i>gallifrey</i> .....	67
<i>famotidine</i> .....	61	<i>flucytosine</i> .....	104	GAMUNEX-C.....	69
FANAPT .....	37	<i>fludrocortisone acetate</i> .....	65	GARDASIL 9.....	73
FANAPT TITRATION PACK		<i>flunisolide</i> .....	79	GAUZE PADS .....	124
A.....	37	<i>fluocinolone acetonide</i> .....	58, 79	GAUZE TYPE VII MEDI-PAK	
FANAPT TITRATION PACK		<i>fluocinolone acetonide body</i> ...	58	.....	124
B.....	37	<i>fluocinolone acetonide scalp</i> ..	58	GAVILYTE-C.....	62
FANAPT TITRATION PACK		<i>fluocinonide</i> .....	58	<i>gavilyte-g</i> .....	62
C.....	37	<i>fluocinonide emulsified base</i> ..	58	<i>gavilyte-n with flavor pack</i> .....	62
FARXIGA .....	27	<i>flurorometholone</i> .....	79	GAVRETO .....	15
FASENRA.....	53	<i>flurouracil</i> .....	15, 59	<i>gefitinib</i> .....	15
FASENRA PEN .....	53	<i>fluoxetine hcl</i> .....	101	<i>gemfibrozil</i> .....	46
<i>febuxostat</i> .....	32	<i>fluphenazine decanoate</i> .....	37	<i>generlac</i> .....	61
<i>feirza 1.5/30</i> .....	93	<i>fluphenazine hcl</i> .....	37	<i>gengraf</i> .....	69
<i>feirza 1/20</i> .....	93	<i>flurbiprofen</i> .....	82	GENTAK.....	78
<i>felbamate</i> .....	97	FLURBIPROFEN .....	82	<i>gentamicin in saline</i> .....	85

<i>gentamicin sulfate</i> .....	60, 78, 85	GOMEKLI.....	15, 16	HEPLISAV-B.....	74
GENVOYA .....	106	GOODSENSE ALCOHOL		HERCEPTIN HYLECTA .....	16
GILOTRIF.....	15	SWABS .....	126	HERNEXEOS .....	16
<i>glatiramer acetate</i> .....	51	GOODSENSE CLICKFINE		HIBERIX.....	74
<i>glatopa</i> .....	51	PEN NEEDLE.....	126	HM STERILE ALCOHOL	
<i>glimepiride</i> .....	31	GOODSENSE PEN NEEDLE		PREP.....	127
<i>glipizide</i> .....	32	PENFINE.....	126	HM STERILE PADS .....	127
<i>glipizide er</i> .....	31	<i>griseofulvin microsize</i> .....	104	HM ULTICARE INSULIN	
<i>glipizide-metformin hcl</i> .....	32	<i>griseofulvin ultramicrosize</i> ...	104	SYRINGE.....	127
GLOBAL ALCOHOL PREP		<i>guanfacine hcl</i> .....	41	HM ULTICARE SHORT PEN	
EASE.....	124	<i>guanfacine hcl er</i> .....	51	NEEDLES .....	127
GLOBAL EASE INJECT PEN		GVOKE HYPOPEN 2-PACK	80	HUMIRA (2 PEN).....	69
NEEDLES .....	124, 125	GVOKE KIT .....	80	HUMIRA (2 SYRINGE).....	69
GLOBAL EASY GLIDE		GVOKE PFS .....	80	HUMIRA-CD/UC/HS	
INSULIN SYR .....	125	<b>H</b>		STARTER .....	69
GLOBAL INJECT EASE		HADLIMA .....	69	HUMIRA-PED<40KG	
INSULIN SYR .....	125	HADLIMA PUSHTOUCH ...	69	CROHNS STARTER .....	69
<i>glucagon emergency</i> .....	80	HAEGARDA.....	152	HUMIRA-PED>/=40KG	
GLUCOPRO INSULIN		<i>hailey 24 fe</i> .....	93	CROHNS START .....	70
SYRINGE.....	125	<i>hailey fe 1.5/30</i> .....	93	HUMIRA-PED>/=40KG UC	
<i>glyburide</i> .....	32	<i>hailey fe 1/20</i> .....	93	STARTER .....	70
<i>glyburide micronized</i> .....	32	<i>halobetasol propionate</i> .....	58	HUMIRA-PS/UV/ADOL HS	
<i>glyburide-metformin</i> .....	32	<i>haloette</i> .....	93	STARTER .....	70
<i>glycopyrrolate</i> .....	27, 61	<i>haloperidol</i> .....	37	HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT	
<i>glydo</i> .....	84	<i>haloperidol decanoate</i> .....	37	STARTER .....	70
GLYXAMBI .....	28	<i>haloperidol lactate</i> .....	37	HUMULIN R U-500	
GNP ALCOHOL SWABS ...	125	HARVONI.....	108	(CONCENTRATED) .....	30
GNP CLICKFINE PEN		HAVRIX .....	73, 74	HUMULIN R U-500	
NEEDLES .....	125	HEALTHWISE INSULIN		KWIKPEN.....	30
GNP INSULIN SYRINGE..	125,	SYR/NEEDLE.....	126	<i>hydralazine hcl</i> .....	43
126		HEALTHWISE MICRON PEN		<i>hydrochlorothiazide</i> .....	46, 47
GNP INSULIN SYRINGES	126	NEEDLES .....	126	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> .	83
GNP INSULIN SYRINGES		HEALTHWISE SHORT PEN		<i>hydrocodone-ibuprofen</i> .....	83
29GX1/2 .....	126	NEEDLES .....	127	<i>hydrocortisone</i> .....	48, 58, 65
GNP INSULIN SYRINGES		HEALTHY ACCENTS		<i>hydrocortisone (perianal)</i> .....	58
30GX5/16.....	126	UNIFINE PENTIP .....	127	<i>hydrocortisone valerate</i> .....	58
GNP INSULIN SYRINGES		<i>heather</i> .....	93	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> .....	78
31GX5/16.....	126	H-E-B INCONTROL		<i>hydromorphone hcl</i> .....	83
GNP PEN NEEDLES.....	126	ALCOHOL .....	127	<i>hydroxychloroquine sulfate</i> ....	34
GNP STERILE GAUZE .....	126	H-E-B INCONTROL PEN		<i>hydroxyurea</i> .....	16
GNP ULTRA COM INSULIN		NEEDLES .....	127	<i>hydroxyzine hcl</i> .....	105
SYRINGE.....	126	<i>heparin sodium (porcine)</i> .....	151	<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	80

HYRNUO.....	16	INPEN 100-GREY- NOVOLOG-FIASP.....	128	ISENTRESS HD .....	106
<b>I</b>		INPEN 100-PINK-LILLY- HUMALOG.....	128	<i>isibloom</i> .....	93
<i>ibandronate sodium</i> .....	49	INPEN 100-PINK-NOVOLOG- FIASP .....	128	<i>isoniazid</i> .....	105
IBRANCE .....	16	INQOVI.....	16	<i>isosorbide dinitrate</i> .....	48
IBTROZI .....	16	INREBIC .....	16	<i>isosorbide mononitrate</i> .....	48
<i>ibu</i> .....	82	<i>insulin asp prot &amp; asp flexpen</i> .....	30	<i>isosorbide mononitrate er</i> .....	48
<i>ibuprofen</i> .....	82	INSULIN ASPART.....	30	ITOVEBI .....	17
<i>icatibant acetate</i> .....	43	INSULIN ASPART FLEXPEN .....	30	<i>itraconazole</i> .....	104
<i>iclevia</i> .....	93	INSULIN ASPART PENFILL .....	30	<i>ivabradine hcl</i> .....	43
ICLUSIG .....	16	<i>insulin aspart prot &amp; aspart</i> .....	30	<i>ivermectin</i> .....	34
<i>icosapent ethyl</i> .....	46	<i>insulin glargine-yfgn</i> .....	30	IWILFIN.....	17
IDHIFA .....	16	<i>insulin lispro</i> .....	30	IXIARO .....	74
<i>ifosfamide</i> .....	16	<i>insulin lispro junior kwikpen</i> .....	30	<b>J</b>	
ILEVRO .....	79	<i>insulin lispro prot &amp; lispro</i> .....	30	J & J GAUZE .....	129
<i>imatinib mesylate</i> .....	16	INSULIN SYRINGE.....	128	JAKAFI .....	17
IMBRUVICA .....	16	INSULIN SYRINGE/NEEDLE .....	128	<i>jantoven</i> .....	151
IMDELLTRA.....	16	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....	128, 129	JANUMET .....	28
<i>imipenem-cilastatin</i> .....	87	INSUPEN PEN NEEDLES..	129	JANUMET XR.....	28
<i>imipramine hcl</i> .....	102	INSUPEN SENSITIVE.....	129	JANUVIA.....	28
<i>imiquimod</i> .....	59	INSUPEN ULTRAFIN .....	129	JARDIANCE.....	28
IMJUDO.....	16	INSUPEN32G EXTR3ME...	129	<i>javygtor</i> .....	153
IMKELDI.....	16	INTELENCE.....	106	JAYPIRCA.....	17
IMOVAX RABIES .....	74	<i>introvale</i> .....	93	JEMPERLI .....	17
IMPAVIDO .....	34	INVEGA HAFYERA.....	37	<i>jencycla</i> .....	93
<i>incassia</i> .....	93	INVEGA SUSTENNA.....	37, 38	JENTADUETO .....	28
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES .....	127, 128	INVEGA TRINZA .....	38	JENTADUETO XR.....	28
INCRELEX .....	66	INVELTYS .....	79	<i>jolessa</i> .....	93
<i>indapamide</i> .....	47	IPOL .....	74	<i>juleber</i> .....	93
<i>indomethacin</i> .....	82	<i>ipratropium bromide</i> .....	56, 80	JULUCA.....	107
INFANRIX.....	74	<i>ipratropium bromide hfa</i> .....	56	<i>junel 1.5/30</i> .....	93
<i>infliximab</i> .....	70	<i>ipratropium-albuterol</i> .....	56	<i>junel 1/20</i> .....	93
INGREZZA.....	51	<i>irbesartan</i> .....	44	<i>junel fe 1.5/30</i> .....	93
INLEXZO.....	16	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> .....	44	<i>junel fe 1/20</i> .....	93
INLURIYO.....	16	ISENTRESS .....	106	<i>junel fe 24</i> .....	93
INLYTA .....	16			JYLAMVO .....	17
INPEN 100-BLUE-LILLY- HUMALOG .....	128			JYNARQUE.....	47
INPEN 100-BLUE- NOVOLOG-FIASP .....	128			JYNNEOS .....	74
INPEN 100-GREY-LILLY- HUMALOG .....	128			<b>K</b>	
				KALETRA .....	107
				KALYDECO .....	53
				<i>kariva</i> .....	93

KCL IN DEXTROSE-NACL	KRAZATI .....	LENVIMA (14 MG DAILY
..... 149	17	DOSE) .....
<i>kelnor 1/35</i> ..... 93	KROGER INSULIN SYRINGE	18
<i>kelnor 1/50</i> ..... 93	..... 129	LENVIMA (18 MG DAILY
KENDALL HYDROPHILIC	KROGER PEN NEEDLES .. 129	DOSE) .....
FOAM DRESS..... 129	<i>kurvelo</i> .....	18
KENDALL HYDROPHILIC	KYLEENA .....	LENVIMA (20 MG DAILY
FOAM PLUS .....	93	DOSE) .....
129	KYNMOBI..... 35	18
KERENDIA .....	<b>L</b>	LENVIMA (24 MG DAILY
48	<i>labetalol hcl</i> ..... 42	DOSE) .....
KESIMPTA .....	<i>lacosamide</i> ..... 98	18
51	LACTATED RINGERS..... 150	LENVIMA (8 MG DAILY
<i>ketoconazole</i> ..... 104	<i>lactulose</i> ..... 61	DOSE) .....
<i>ketorolac tromethamine</i> .... 79, 82	<i>lamivudine</i> .....	18
KEYTRUDA..... 17	107	<i>lessina</i> .....
KEYTRUDA QLEX .....	<i>lamivudine-zidovudine</i> ..... 107	94
17	<i>lamotrigine</i> .....	<i>letrozole</i> .....
KIMMTRAK..... 17	98	18
KINERET..... 70	<i>lamotrigine er</i> ..... 98	<i>leucovorin calcium</i> .....
KINRAY INSULIN SYRINGE	LANREOTIDE ACETATE ... 66	81
..... 129	<i>lansoprazole</i> .....	LEUKERAN..... 18
KINRIX..... 74	61	<i>leuprolide acetate</i> .....
<i>kionex</i> .....	LANTUS .....	18
61	30	LEUPROLIDE ACETATE (3
KISQALI (200 MG DOSE) ... 17	LANTUS SOLOSTAR..... 30	MONTH)..... 18
KISQALI (400 MG DOSE) ... 17	<i>lapatinib ditosylate</i> .....	<i>levalbuterol hcl</i> ..... 56
KISQALI (600 MG DOSE) ... 17	<i>larin 1.5/30</i> .....	56
KISQALI FEMARA (200 MG	<i>larin 1/20</i> .....	<i>levetiracetam</i> .....
DOSE) .....	<i>larin 24 fe</i> .....	98
17	<i>larin fe 1.5/30</i> .....	<i>levetiracetam er</i> ..... 98
KISQALI FEMARA (400 MG	<i>larin fe 1/20</i> .....	<i>levobunolol hcl</i> .....
DOSE) .....	94	77
17	<i>latanoprost</i> ..... 77	<i>levocarnitine</i> .....
KISQALI FEMARA (600 MG	LAZCLUZE .....	81
DOSE) .....	18	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>
17	LEADER INSULIN SYRINGE	..... 105
KLISYRI (250 MG)..... 59	..... 129	<i>levofloxacin</i> ..... 80, 91
<i>klor-con m10</i> .....	LEADER UNIFINE PENTIPS	<i>levofloxacin in d5w</i> ..... 91
149	..... 130	<i>levonest</i> .....
<i>klor-con m15</i> .....	LEADER UNIFINE PENTIPS	94
149	PLUS .....	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> 94
<i>klor-con m20</i> .....	130	<i>levonorgest-eth estradiol-iron</i> 94
149	<i>ledipasvir-sofosbuvir</i> .....	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> .. 94
KLOXXADO .....	108	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> .94
26	<i>leflunomide</i> .....	<i>levora 0.15/30 (28)</i> .....
KMART VALU INSULIN	70	94
SYRINGE 29G..... 129	<i>lenalidomide</i> .....	<i>levothyroxine sodium</i> ..... 64
KMART VALU INSULIN	18	LEXIVA .....
SYRINGE 30G..... 129	LENTOCILIN .....	107
KOMZIFTI..... 17	90	<i>l-glutamine</i> ..... 81
KOSELUGO .....	LENVIMA (10 MG DAILY	LIBERVANT .....
17	DOSE) .....	98
KOSHER PRENATAL PLUS	18	<i>lidocaine</i> .....
IRON .....	LENVIMA (12 MG DAILY	84
154	DOSE) .....	<i>lidocaine hcl</i> .....
	18	<i>lidocaine hcl (pf)</i> ..... 84

<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	LUMAKRAS.....	MAVENCLAD (10 TABS)....
..... 84	LUMIGAN .....	MAVENCLAD (4 TABS).....
<i>lidocaine viscous hcl</i> .....	LUNSUMIO .....	MAVENCLAD (5 TABS).....
84	LUNSUMIO VELO .....	MAVENCLAD (6 TABS).....
<i>lidocaine-prilocaine</i> .....	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	MAVENCLAD (7 TABS).....
84	..... 19, 66	MAVENCLAD (8 TABS).....
<i>lidocan</i> .....	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	MAVENCLAD (9 TABS).....
84	..... 19, 66	MAVYRET .....
LILETTA (52 MG) .....	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	MAXICOMFORT II PEN
94	..... 19	NEEDLE.....
<i>linezolid</i> .....	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	131
86	..... 19	MAXI-COMFORT INSULIN
LINZESS.....	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	SYRINGE.....
62	..... 19	131
<i>liomny</i> .....	LUPRON DEPOT-PED (3-	MAXI-COMFORT SAFETY
64	MONTH).....	PEN NEEDLE .....
<i>liothyronine sodium</i> .....	66	131
64	LUPRON DEPOT-PED (6-	MAXICOMFORT SYR 27G X
<i>lisinopril</i> .....	MONTH).....	1/2.....
47	66	131
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	<i>lurasidone hcl</i> .....	MAYZENT.....
47	38	52
LITETOUCH INSULIN	<i>lutera</i> .....	MAYZENT STARTER PACK
SYRINGE.....	LUTRATE DEPOT.....	..... 52
130	19	<i>meclizine hcl</i> .....
LITETOUCH PEN NEEDLES	LYBALVI .....	33
..... 130	<i>lyleq</i> .....	MEDIC INSULIN SYRINGE
<i>lithium</i> .....	94	..... 131
52	LYNOZYFIC .....	MEDICINE SHOPPE PEN
<i>lithium carbonate</i> .....	19	NEEDLES .....
52	LYNPARZA.....	131
LITHIUM CARBONATE.....	LYSODREN.....	MEDPURA ALCOHOL PADS
52	19	..... 131
<i>lithium carbonate er</i> .....	LYTGOBI (12 MG DAILY	<i>medroxyprogesterone acetate</i>
51	DOSE).....	67
LIVTENCITY .....	19	<i>mefloquine hcl</i> .....
109	LYTGOBI (16 MG DAILY	34
LOKELMA .....	DOSE).....	<i>megestrol acetate</i> .....
62	19	19, 67
<i>lomustine</i> .....	LYTGOBI (20 MG DAILY	MEIJER ALCOHOL SWABS
18	DOSE).....	..... 131
LONSURF.....	94	MEIJER PEN NEEDLES.....
18	<i>lyza</i> .....	131
<i>loperamide hcl</i> .....	94	MEKINIST .....
62	<b>M</b>	19
<i>lopinavir-ritonavir</i> .....	MAGELLAN INSULIN	MEKTOVI.....
107	SAFETY SYR.....	19
LOQTORZI.....	130, 131	<i>meleya</i> .....
18	<i>magnesium sulfate</i> .....	94
<i>lorazepam</i> .....	150	<i>meloxicam</i> .....
26, 27	MAGNESIUM SULFATE... 150	82
<i>lorazepam intensol</i> .....	<i>malathion</i> .....	<i>memantine hcl</i> .....
27	60	27
LORBRENA .....	<i>maraviroc</i> .....	<i>memantine hcl er</i> .....
18	107	27
<i>losartan potassium</i> .....	MARGENZA .....	MENACTRA.....
44	19	74
<i>losartan potassium-hctz</i> .....	<i>marlissa</i> .....	MENQUADFI .....
44	94	74
LOTEMAX .....	MARPLAN .....	MENVEO.....
79	102	74
LOTEMAX SM.....	MATULANE.....	<i>mercaptopurine</i> .....
79	19	19
<i>loteprednol etabonate</i> .....		
79		
<i>loteprednol-tobramycin</i> .....		
78		
<i>lovastatin</i> .....		
46		
<i>low-ogestrel</i> .....		
94		
<i>loxapine succinate</i> .....		
38		
<i>lubiprostone</i> .....		
62		
<i>luizza 1.5/30</i> .....		
94		
<i>luizza 1/20</i> .....		
94		

<i>meropenem</i> .....	87	MIEBO .....	80	<i>mupirocin</i> .....	60
MEROPENEM.....	87	<i>mifepristone</i> .....	28	<i>mycophenolate mofetil</i> .....	70
<i>mesalamine</i> .....	49	<i>mili</i> .....	94	<i>mycophenolate mofetil hcl</i> .....	70
<i>mesalamine er</i> .....	48, 49	<i>mimvey</i> .....	65	<i>mycophenolate sodium</i> .....	70
<i>mesna</i> .....	81	<i>minocycline hcl</i> .....	91	MYRBETRIQ.....	63
<i>metformin hcl</i> .....	28	<i>minoxidil</i> .....	48	<b>N</b>	
<i>metformin hcl er</i> .....	28	MIPLYFFA .....	110	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i> .....	63
<i>methadone hcl</i> .....	83	MIRASORB SPONGES .....	132	<i>nabumetone</i> .....	82
<i>methazolamide</i> .....	77	MIRENA (52 MG).....	94	<i>nafacillin sodium</i> .....	90
<i>methenamine hippurate</i> .....	86	<i>mirtazapine</i> .....	102	<i>naloxone hcl</i> .....	26
<i>methimazole</i> .....	64	<i>misoprostol</i> .....	61	<i>naltrexone hcl</i> .....	26
<i>methocarbamol</i> .....	153	<i>mitoxantrone hcl</i> .....	20	<i>naproxen</i> .....	82
<i>methotrexate (anti-rheumatic)</i> 19		MM PEN NEEDLES.....	132	<i>naproxen dr</i> .....	82
<i>methotrexate sodium</i> .....	20	M-M-R II.....	74	<i>naratriptan hcl</i> .....	32
METHOTREXATE SODIUM		M-NATAL PLUS.....	154	NATACYN.....	78
.....	20	<i>modafinil</i> .....	50	<i>nateglinide</i> .....	28
<i>methotrexate sodium (pf)</i> .....	20	MODEYSO .....	20	NAYZILAM.....	98
<i>methoxsalen rapid</i> .....	59	<i>moexipril hcl</i> .....	47	<i>nebivolol hcl</i> .....	42
<i>methsuximide</i> .....	98	<i>molindone hcl</i> .....	38	<i>nefazodone hcl</i> .....	102
<i>methylphenidate hcl</i> .....	52	<i>mometasone furoate</i> .....	58, 79	NEFAZODONE HCL .....	102
<i>methylprednisolone</i> .....	65	MONOJECT INSULIN		<i>neomycin sulfate</i> .....	85
<i>methylprednisolone acetate</i> ....	65	SYRINGE.....	132	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	
<i>methylprednisolone sodium succ</i>		MONOJECT ULTRA		.....	78
.....	65	COMFORT SYRINGE ...	132,	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	
<i>metoclopramide hcl</i> .....	62	133		.....	78
<i>metolazone</i> .....	47	<i>mono-lynyah</i> .....	94	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	
<i>metoprolol succinate er</i> .....	42	<i>montelukast sodium</i> .....	55	.....	78
<i>metoprolol tartrate</i> .....	42	<i>morphine sulfate</i> .....	84	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> .....	78
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>		MORPHINE SULFATE.....	84	<i>neo-polycin</i> .....	78
.....	42	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>		<i>neo-polycin hc</i> .....	78
<i>metronidazole</i> .....	60, 85, 86	.....	83	NERLYNX.....	20
<i>metyrosine</i> .....	43	MORPHINE SULFATE (PF)	83	<i>nevirapine</i> .....	107
<i>micafungin sodium</i> .....	104	<i>morphine sulfate er</i> .....	83, 84	<i>nevirapine er</i> .....	107
MICONAZOLE 3 .....	104	MOUNJARO.....	28	NEXLETOL .....	46
MICRODOT PEN NEEDLE		MOVANTIK .....	62	NEXLIZET.....	46
.....	131, 132	<i>moxifloxacin hcl</i> .....	78, 91	NEXPLANON.....	94
<i>microgestin 1.5/30</i> .....	94	MOXIFLOXACIN HCL .....	91	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i> 46	
<i>microgestin 1/20</i> .....	94	MOXIFLOXACIN HCL IN		NICOTROL NS.....	26
<i>microgestin 24 fe</i> .....	94	NACL .....	91	<i>nifedipine</i> .....	45
<i>microgestin fe 1.5/30</i> .....	94	MRESVIA .....	74	<i>nifedipine er</i> .....	45
<i>microgestin fe 1/20</i> .....	94	MS INSULIN SYRINGE.....	133	<i>nifedipine er osmotic release</i> ..	45
<i>midodrine hcl</i> .....	41	MULTAQ.....	41	NIKTIMVO.....	70

<i>nilotinib hcl</i> .....	20	NOVOLOG FLEXPEN.....	31	OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS	
<i>nilutamide</i> .....	20	NOVOLOG MIX 70/30 .....	31	GEN 5.....	133
NINLARO .....	20	NOVOLOG MIX 70/30		OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN	
<i>nitazoxanide</i> .....	34	FLEXPEN .....	31	5).....	133
<i>nitisinone</i> .....	153	NOVOLOG PENFILL .....	31	OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN	
NITRO-BID .....	48	NOVOTWIST PEN NEEDLE		5).....	133
<i>nitrofurantoin</i> .....	86	.....	133	OMNIPOD 5 LIBRE2 G6	
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ..	86	NUBEQA .....	20	INTRO GEN5.....	133
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>		NUCALA .....	53	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS	
.....	86	NUEDEXTA .....	52	G6 PODS .....	133
<i>nitroglycerin</i> .....	48, 81	NULOJIX .....	70	OMNIPOD CLASSIC PDM	
NIVA-PLUS.....	154	NUPLAZID.....	38	(GEN 3) .....	133
NIVESTYM .....	152	NURTEC.....	32	OMNIPOD CLASSIC PODS	
<i>nizatidine</i> .....	61	<i>nyamyc</i> .....	104	(GEN 3) .....	133
NORDITROPIN FLEXPRO ..	66	<i>nylia 1/35</i> .....	95	OMNIPOD DASH INTRO	
<i>norelgestromin-eth estradiol</i> ..	95	<i>nylia 7/7/7</i> .....	95	(GEN 4) .....	133
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> .....	95	<i>nymyo</i> .....	95	OMNIPOD DASH PDM (GEN	
<i>norethindrone</i> .....	95	<i>nystatin</i> .....	104	4).....	133
<i>norethindrone acetate</i> .....	67	<i>nystatin-triamcinolone</i> .....	104	OMNIPOD DASH PODS (GEN	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	95	<i>nystop</i> .....	104	4).....	133
<i>norgestimate-eth estradiol</i> .....	95	NYVEPRIA.....	152	ONAPGO .....	35
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	95	<b>O</b>		<i>ondansetron</i> .....	33
<i>norlyroc</i> .....	95	OBSTETRIX DHA .....	154	<i>ondansetron hcl</i> .....	33
<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	95	<i>octreotide acetate</i> .....	66	ONUREG .....	20
<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	95	ODEFSEY .....	107	OPDIVO .....	20
<i>nortrel 7/7/7</i> .....	95	ODOMZO .....	20	OPDIVO QVANTIG.....	20
<i>nortriptyline hcl</i> .....	102	OFEV.....	53	OPDUALAG .....	20
NORVIR.....	107	<i>ofloxacin</i> .....	78	OPIPZA .....	39
NOVOFINE AUTOCOVER	133	OGIVRI.....	20	OPSUMIT.....	81
NOVOFINE PEN NEEDLE	133	OGSIVEO .....	20	ORENCIA .....	70
NOVOFINE PLUS PEN		OJEMDA.....	20	ORENCIA CLICKJECT .....	70
NEEDLE .....	133	OJJAARA.....	20	ORFADIN .....	153
NOVOLIN 70/30.....	30	<i>olanzapine</i> .....	38, 39	ORGOVYX .....	66
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	30	<i>olmesartan medoxomil</i> .....	44	ORILISSA .....	66
NOVOLIN 70/30 RELION....	30	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i> ....	44	ORKAMBI .....	53
NOVOLIN N.....	31	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> ...44		<i>orquidea</i> .....	95
NOVOLIN N FLEXPEN .....	31	<i>olopatadine hcl</i> .....	80	ORSERDU .....	20, 21
NOVOLIN N RELION .....	31	<i>omega-3-acid ethyl esters</i> .....	46	<i>oseltamivir phosphate</i> .....	109
NOVOLIN R.....	31	<i>omeprazole</i> .....	61	OSENVELT .....	49
NOVOLIN R FLEXPEN .....	31	OMNIPOD 5 DEXG7G6		OTEZLA.....	70
NOVOLIN R RELION .....	31	INTRO GEN 5.....	133	OTEZLA XR .....	71
NOVOLOG .....	31				

OTEZLA/OTEZLA XR		
INITIATION PK .....	71	
<i>oxacillin sodium</i> .....	90	
<i>oxandrolone</i> .....	64	
<i>oxcarbazepine</i> .....	98	
<i>oxybutynin chloride</i> .....	63	
<i>oxybutynin chloride er</i> .....	63	
<i>oxycodone hcl</i> .....	84	
<i>oxycodone-acetaminophen</i> .....	84	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5		
MG/DOSE).....	28	
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	28	
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	28	
<b>P</b>		
<i>pacerone</i> .....	41	
PACLITAXEL PROTEIN-		
BOUND PART .....	21	
<i>paliperidone er</i> .....	39	
PANRETIN .....	59	
<i>pantoprazole sodium</i> .....	61	
<i>paricalcitol</i> .....	49	
<i>paroxetine hcl</i> .....	102	
<i>paroxetine hcl er</i> .....	102	
PAXLOVID (150/100).....	109	
PAXLOVID (300/100 &		
150/100) .....	109	
PAXLOVID (300/100).....	109	
<i>pazopanib hcl</i> .....	21	
PC UNIFINE PENTIPS .....	133	
PEDIARIX .....	74	
PEDVAX HIB.....	74	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> ..	63	
<i>peg-3350/electrolytes</i> .....	63	
PEGASYS .....	109	
PEMAZYRE .....	21	
<i>pemetrexed disodium</i> .....	21	
PEMETREXED DISODIUM	21	
PEMRYDI RTU.....	21	
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP		
.....	133	
PEN NEEDLES.....	133	
PENBRAYA .....	74	
<i>penicillamine</i> .....	85	
<i>penicillin g potassium</i> .....	90	
<i>penicillin g procaine</i> .....	90	
<i>penicillin v potassium</i> .....	90	
PENMENVY.....	74	
PENTACEL.....	74	
<i>pentamidine isethionate</i> .....	34	
PENTIPS .....	133	
PENTIPS GENERIC PEN		
NEEDLES .....	134	
<i>pentoxifylline er</i> .....	152	
<i>perampanel</i> .....	98	
<i>perindopril erbumine</i> .....	47	
<i>periogard</i> .....	57	
<i>permethrin</i> .....	60	
<i>perphenazine</i> .....	39	
<i>perphenazine-amitriptyline</i> ..	102	
PERSERIS.....	39	
PHARMACIST CHOICE		
ALCOHOL.....	134	
<i>phenelzine sulfate</i> .....	102	
<i>phenobarbital</i> .....	98	
<i>phenytek</i> .....	99	
<i>phenytoin</i> .....	99	
<i>phenytoin sodium</i> .....	99	
<i>phenytoin sodium extended</i> ...	99	
PIFELTRO .....	107	
<i>pilocarpine hcl</i> .....	57, 77	
<i>pimecrolimus</i> .....	58	
<i>pimozide</i> .....	39	
<i>pimtrea</i> .....	95	
<i>pioglitazone hcl</i> .....	29	
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>		
.....	29	
PIP PEN NEEDLES 31G X		
5MM.....	134	
PIP PEN NEEDLES 32G X		
4MM.....	134	
<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>		
.....	90	
PIQRAY (200 MG DAILY		
DOSE).....	21	
PIQRAY (250 MG DAILY		
DOSE) .....	21	
PIQRAY (300 MG DAILY		
DOSE) .....	21	
<i>pirfenidone</i> .....	53	
<i>pitavastatin calcium</i> .....	46	
PLEGRIDY .....	52	
PLEGRIDY STARTER PACK		
.....	52	
<i>plenamine</i> .....	41	
PNV 27-CA/FE/FA .....	154	
PNV-DHA+DOCUSATE ...	154	
PNV-OMEGA .....	154	
<i>podofilox</i> .....	59	
<i>polycin</i> .....	78	
<i>polymyxin b sulfate</i> .....	86	
<i>polymyxin b-trimethoprim</i> .....	78	
<i>pomalidomide</i> .....	21	
POMALYST.....	21	
<i>portia-28</i> .....	95	
<i>posaconazole</i> .....	104	
<i>potassium chloride</i> .....	150	
<i>potassium chloride crys er</i> ....	150	
<i>potassium chloride er</i> .....	150	
POTASSIUM CHLORIDE IN		
NACL .....	150	
<i>potassium citrate er</i> .....	150	
POTASSIUM CL IN		
DEXTROSE 5%.....	150	
<i>pramipexole dihydrochloride</i> .	35	
<i>prasugrel hcl</i> .....	152	
<i>pravastatin sodium</i> .....	46	
<i>praziquantel</i> .....	34	
<i>prazosin hcl</i> .....	41	
PRECISION SURE-DOSE		
SYRINGE.....	134	
<i>prednisolone</i> .....	65	
<i>prednisolone acetate</i> .....	79	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>		
.....	65, 79	
<i>prednisone</i> .....	65	

PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE.....	134	<i>procto-med hc</i> .....	59	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	48
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS .....	134	<i>proctosol hc</i> .....	59	<i>quinidine sulfate</i> .....	41
<i>pregabalin</i> .....	99	<i>proctozone-hc</i> .....	59	<i>quinine sulfate</i> .....	34
PREMARIN .....	65	PRODIGY INSULIN SYRINGE.....	135	QULIPTA.....	32
PREMPHASE .....	65	<i>progesterone</i> .....	67	<b>R</b>	
PREMPRO .....	65	PROGRAF.....	71	RA ALCOHOL SWABS.....	136
PRENA 1 TRUE .....	154	PROLASTIN-C .....	54	RA INSULIN SYRINGE .....	136
PRENAISSANCE .....	154	<i>promethazine hcl</i> .....	33	<i>ra isopropyl alcohol wipes</i> ..	136
PRENAISSANCE PLUS .....	154	<i>promethegan</i> .....	33	RA PEN NEEDLES .....	136
PRENATABS FA .....	154	<i>propafenone hcl</i> .....	41	RA STERILE.....	136
PRENATAL .....	154	<i>propafenone hcl er</i> .....	41	RABAVERT.....	75
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON .....	154	<i>propranolol hcl</i> .....	42	<i>rabeprazole sodium</i> .....	61
PRENATAL-U.....	154	<i>propranolol hcl er</i> .....	42	RALDESY .....	102
PREPLUS.....	154	<i>propylthiouracil</i> .....	64	<i>raloxifene hcl</i> .....	65
<i>prevalite</i> .....	46	PROQUAD.....	75	<i>ramelteon</i> .....	50
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES .....	134	PROSOL.....	41	<i>ramipril</i> .....	48
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES .....	134	<i>protriptyline hcl</i> .....	102	<i>ranolazine er</i> .....	43
PREVYMIS.....	109	PULMOZYME.....	153	<i>rasagiline mesylate</i> .....	35
PREZCOBIX.....	107	PURE COMFORT ALCOHOL PREP .....	135	RASUVO.....	71
PREZISTA .....	107	PURE COMFORT PEN NEEDLE .....	135	RAYA SURE PEN NEEDLE .....	136
PRIFTIN.....	105	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	135	RAYALDEE.....	49
PRIMAQUINE PHOSPHATE .....	34	PX SHORTLENGTH PEN NEEDLES .....	135	REALITY INSULIN SYRINGE .....	136, 137
<i>primidone</i> .....	99	<i>pyrazinamide</i> .....	105	REALITY SWABS .....	137
PRIORIX.....	75	<i>pyridostigmine bromide</i> .....	81	<i>reclipsen</i> .....	95
PRO COMFORT ALCOHOL .....	134	<i>pyrimethamine</i> .....	34	RECOMBIVAX HB.....	75
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	134, 135	<b>Q</b>		RELENZA DISKHALER ...	109
PRO COMFORT PEN NEEDLES .....	135	QC ALCOHOL .....	135	RELION ALCOHOL SWABS .....	137
<i>probenecid</i> .....	32	QC ALCOHOL SWABS.....	135	RELION INSULIN SYRINGE .....	137
<i>prochlorperazine</i> .....	33	QC BORDER ISLAND GAUZE .....	135	RELI-ON INSULIN SYRINGE .....	137
<i>prochlorperazine edisylate</i> ....	33, 39	QINLOCK.....	21	RELION MINI PEN NEEDLES .....	137
<i>prochlorperazine maleate</i> .....	33	QUADRACEL .....	75	RELION PEN NEEDLES ....	137
PROCTOFOAM HC .....	59	<i>quetiapine fumarate</i> .....	39	RENACIDIN .....	154
		<i>quetiapine fumarate er</i> .....	39	<i>repaglinide</i> .....	29
		QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE.....	135, 136	REPATHA.....	46
		<i>quinapril hcl</i> .....	47	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM .....	46

REPATHA SURECLICK .....	46	RYBELSUS.....	29	<i>silver sulfadiazine</i> .....	60
RESTORE CONTACT LAYER		RYBELSUS (FORMULATION		SIMBRINZA .....	77
.....	137	R2).....	29	<i>simliya</i> .....	95
RETACRIT .....	152, 153	RYBREVANT.....	22	<i>simvastatin</i> .....	46
RETEVMO.....	21	RYBREVANT FASPRO .....	22	<i>sirolimus</i> .....	71
RETROVIR.....	107	RYDAPT .....	22	SIRTURO .....	105
REVCovi .....	153	RYKINDO.....	39	SKYLA.....	95
REVUFORJ.....	21	RYTELO .....	22	SKYRIZI .....	71
REXULTI.....	39	<b>S</b>		SKYRIZI PEN.....	71
REYATAZ .....	107	<i>sacubitril-valsartan</i> .....	44	SM ALCOHOL PREP.....	138
REZDIFFRA .....	64	SAFETY INSULIN SYRINGES		SM GAUZE.....	138
REZLIDHIA.....	21	.....	137	<i>sodium chloride</i> .....	150, 154
REZUROCK .....	71	SAFETY PEN NEEDLES ..	137	<i>sodium fluoride</i> .....	57
RHOPRESSA.....	77	SANDIMMUNE .....	71	<i>sodium oxybate</i> .....	50
<i>ribavirin</i> .....	109	SANTYL .....	59	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> ..	62
<i>rifabutin</i> .....	105	<i>sapropterin dihydrochloride</i> .....	153	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i> .....	109
<i>rifampin</i> .....	105	SB ALCOHOL PREP .....	137	<i>solifenacin succinate</i> .....	63
<i>rilpivirine hcl</i> .....	107	SB INSULIN SYRINGE.....	137	SOLQUA.....	31
<i>riluzole</i> .....	53	SCEMBLIX.....	22	SOLTAMOX.....	22
RINVOQ .....	71	<i>scopolamine</i> .....	34	SOMATULINE DEPOT .....	66
RINVOQ LQ .....	71	SECUADO .....	39	SOMAVERT .....	66
<i>risperidone</i> .....	39	SECURESAFE INSULIN		<i>sorafenib tosylate</i> .....	22
<i>risperidone microspheres er</i> .....	39	SYRINGE.....	137	<i>sorine</i> .....	42
<i>ritonavir</i> .....	107	SECURESAFE SAFETY PEN		<i>sotalol hcl</i> .....	42
RITUXAN HYCELA.....	21	NEEDLES .....	138	<i>sotalol hcl (af)</i> .....	42
<i>rivaroxaban</i> .....	151	SELARSDI.....	71	SPIRIVA RESPIMAT .....	56
<i>rivastigmine</i> .....	27	SELECT-OB .....	154	<i>spironolactone</i> .....	47
<i>rivastigmine tartrate</i> .....	27	<i>selegiline hcl</i> .....	35	<i>spironolactone-hctz</i> .....	47
<i>rizatriptan benzoate</i> .....	33	<i>selenium sulfide</i> .....	60	SPRAVATO (56 MG DOSE)	
ROCKLATAN .....	77	SELZENTRY .....	107	.....	102
<i>roflumilast</i> .....	54	SE-NATAL 19 .....	155	SPRAVATO (84 MG DOSE)	
ROMVIMZA.....	22	SEREVENT DISKUS .....	56	.....	102
<i>ropinirole hcl</i> .....	35	SEROSTIM .....	66	<i>sprintec 28</i> .....	95
<i>ropinirole hcl er</i> .....	35	<i>sertraline hcl</i> .....	102	SPRITAM.....	99
<i>rosadan</i> .....	60	<i>setlakin</i> .....	95	<i>sps (sodium polystyrene sulf)</i> .....	62
<i>rosuvastatin calcium</i> .....	46	<i>sevelamer carbonate</i> .....	62	<i>sronyx</i> .....	95
ROTARIX .....	75	<i>sevelamer hcl</i> .....	62	<i>ssd</i> .....	60
ROTATEQ .....	75	SEZABY .....	99	<i>stavudine</i> .....	107
ROZLYTREK .....	22	<i>sharobel</i> .....	95	STERILE GAUZE.....	138
RUBRACA.....	22	SHINGRIX.....	75	STIOLTO RESPIMAT.....	56
<i>rufinamide</i> .....	99	SIGNIFOR.....	66	STIVARGA .....	22
RUKOBIA.....	107	<i>sildenafil citrate</i> .....	81	STOBOCLO.....	49

STRENSIQ.....	153	<i>tarina 24 fe</i> .....	95	TICOVAC .....	75
<i>streptomycin sulfate</i> .....	85	<i>tarina fe 1/20 eq</i> .....	95	<i>tigecycline</i> .....	92
STRIBILD .....	108	TARON-C DHA.....	155	TIGLUTIK .....	53
STRIVERDI RESPIMAT .....	56	TASIGNA .....	22	<i>tilia fe</i> .....	95
<i>subvenite</i> .....	99	TAVNEOS .....	72	<i>timolol hemihydrate</i> .....	77
SUBVENITE.....	99	<i>tazarotene</i> .....	60	<i>timolol maleate</i> .....	42, 77
<i>sucralfate</i> .....	61	<i>tazicef</i> .....	88	<i>tinidazole</i> .....	34
<i>sulfacetamide sodium</i> .....	78	TAZICEF.....	88	<i>tiotropium bromide</i> .....	56
<i>sulfacetamide-prednisolone</i> ...	78	<i>taztia xt</i> .....	43	TIVDAK.....	23
<i>sulfadiazine</i> .....	91	TAZVERIK.....	23	TIVICAY.....	108
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	91	TDVAX.....	75	TIVICAY PD.....	108
.....		TECHLITE INSULIN		<i>tizanidine hcl</i> .....	154
<i>sulfasalazine</i> .....	49	SYRINGE.....	139	TOBI PODHALER .....	85
<i>sulindac</i> .....	82	TECVAYLI.....	23	<i>tobramycin</i> .....	78, 85
<i>sumatriptan</i> .....	33	<i>telmisartan</i> .....	44	<i>tobramycin pak</i> .....	85
<i>sumatriptan succinate</i> .....	33	<i>telmisartan-hctz</i> .....	44	<i>tobramycin sulfate</i> .....	86
<i>sunitinib malate</i> .....	22	<i>temazepam</i> .....	27	<i>tobramycin-dexamethasone</i> ....	78
SUNLENCA.....	108	TENIVAC .....	75	TODAYS HEALTH PEN	
SURE COMFORT ALCOHOL		<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>		NEEDLES .....	139
PREP .....	138	.....	108	TODAYS HEALTH SHORT	
SURE COMFORT INSULIN		TEPMETKO.....	23	PEN NEEDLE .....	139
SYRINGE.....	138, 139	<i>terazosin hcl</i> .....	63	<i>tolterodine tartrate</i> .....	63
SURE COMFORT PEN		<i>terbinafine hcl</i> .....	104	<i>tolterodine tartrate er</i> .....	63
NEEDLES .....	139	<i>terconazole</i> .....	85	<i>tolvaptan</i> .....	47
SURGICAL GAUZE SPONGE		<i>teriparatide</i> .....	49	TOPCARE CLICKFINE PEN	
.....	139	<i>testosterone</i> .....	64	NEEDLES .....	139
SYMPAZAN.....	99	<i>testosterone cypionate</i> .....	64	TOPCARE ULTRA	
SYMTUZA.....	108	<i>testosterone enanthate</i> .....	64	COMFORT INS SYR.....	139,
SYNJARDY.....	29	<i>tetrabenazine</i> .....	53	140	
SYNJARDY XR .....	29	<i>tetracycline hcl</i> .....	91	<i>topiramate</i> .....	99
SYNRIBO .....	22	TEVIMBRA .....	23	<i>toposar</i> .....	23
<b>T</b>		THALOMID.....	81	<i>toremifene citrate</i> .....	23
TABLOID .....	22	<i>theophylline</i> .....	56	<i>torpenz</i> .....	23
TABRECTA.....	22	<i>theophylline er</i> .....	56	<i>torseamide</i> .....	47
<i>tacrolimus</i> .....	59, 71	THERAGAUZE .....	139	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	31
<i>tadalafil</i> .....	81	<i>thioridazine hcl</i> .....	39	TOUJEO SOLOSTAR .....	31
TAFINLAR .....	22	<i>thiothixene</i> .....	39	TRADJENTA .....	29
TAGRISO .....	22	<i>tiadylt er</i> .....	43	<i>tramadol hcl</i> .....	84
TALVEY .....	22	<i>tiagabine hcl</i> .....	99	<i>tramadol-acetaminophen</i> .....	84
TALZENNA.....	22	TIBSOVO.....	23	<i>trandolapril</i> .....	48
<i>tamoxifen citrate</i> .....	22	<i>ticagrelor</i> .....	152	<i>tranexamic acid</i> .....	150
<i>tamsulosin hcl</i> .....	63	TICE BCG.....	23	<i>tranylcypromine sulfate</i> .....	102

<i>travoprost (bak free)</i> .....	77	<i>trospium chloride</i> .....	63	ULTICARE MINI PEN	
<i>trazodone hcl</i> .....	102	TRUE COMFORT ALCOHOL		NEEDLES .....	144
TRECTOR.....	105	PREP PADS .....	140	ULTICARE PEN NEEDLES	
TRELEGY ELLIPTA .....	56	TRUE COMFORT INSULIN		.....	144
TRELSTAR MIXJECT .....	23	SYRINGE.....	140	ULTICARE SHORT PEN	
TREMFYA.....	72	TRUE COMFORT PEN		NEEDLES .....	144
TREMFYA ONE-PRESS .....	72	NEEDLES .....	140	ULTIGUARD SAFEPACK	
TREMFYA PEN .....	72	TRUE COMFORT PRO		PEN NEEDLE .....	144
TREMFYA-CD/UC		ALCOHOL PREP .....	140	ULTIGUARD SAFEPACK	
INDUCTION.....	72	TRUE COMFORT PRO		SYR/NEEDLE.....	144, 145
<i>tretinoin</i> .....	23, 60	INSULIN SYR .....	140, 141	ULTILET ALCOHOL SWABS	
<i>triamcinolone acetonide</i> ..	57, 59,	TRUE COMFORT PRO PEN		.....	145
65		NEEDLES .....	141	ULTILET PEN NEEDLE.....	145
<i>triamterene-hctz</i> .....	47	TRUEPLUS 5-BEVEL PEN		ULTRA COMFORT INSULIN	
<i>tridacaine ii</i> .....	84	NEEDLES .....	141, 142	SYRINGE.....	145
<i>trientine hcl</i> .....	85	TRUEPLUS INSULIN		ULTRA FLO INSULIN PEN	
<i>tri-estarylla</i> .....	95	SYRINGE.....	142	NEEDLES .....	145
<i>trifluoperazine hcl</i> .....	39	TRUEPLUS PEN NEEDLES		ULTRA FLO INSULIN SYR	
<i>trifluridine</i> .....	78	.....	142	1/2 UNIT .....	145
<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....	35	TRULANCE.....	62	ULTRA FLO INSULIN	
TRIJARDY XR.....	29	TRULICITY .....	29	SYRINGE.....	145, 146
TRIKAFTA .....	54	TRUMENBA.....	75	ULTRA THIN PEN NEEDLES	
<i>tri-legest fe</i> .....	95	TRUQAP .....	23	.....	146
<i>tri-linyah</i> .....	95	TRUXIMA .....	23	ULTRACARE INSULIN	
<i>tri-lo-estarylla</i> .....	96	TUKYSA.....	23	SYRINGE.....	146
<i>tri-lo-marzia</i> .....	96	TURALIO .....	23	ULTRACARE PEN NEEDLES	
<i>tri-lo-mili</i> .....	96	<i>turqoz</i> .....	96	.....	146
<i>tri-lo-sprintec</i> .....	96	TWINRIX.....	75	ULTRA-COMFORT INSULIN	
<i>trimethobenzamide hcl</i> .....	34	TYBOST .....	81	SYRINGE.....	146
<i>trimethoprim</i> .....	86	TYENNE .....	72	ULTRA-THIN II INS SYR	
<i>tri-mili</i> .....	96	TYMLOS.....	49	SHORT .....	146, 147
<i>trimipramine maleate</i> .....	103	TYPHIM VI .....	75, 76	ULTRA-THIN II INSULIN	
TRINTELLIX.....	103	TYZAVAN.....	87	SYRINGE.....	147
<i>tri-nymyo</i> .....	96	U		ULTRA-THIN II MINI PEN	
<i>tri-sprintec</i> .....	96	UBRELVY .....	33	NEEDLE.....	147
TRIUMEQ.....	108	UDENYCA ONBODY .....	153	ULTRA-THIN II PEN	
TRIUMEQ PD.....	108	ULTICARE INSULIN		NEEDLE SHORT .....	147
<i>trivora (28)</i> .....	96	SAFETY SYR .....	142	ULTRA-THIN II PEN	
<i>tri-vylibra</i> .....	96	ULTICARE INSULIN		NEEDLES .....	147
<i>tri-vylibra lo</i> .....	96	SYRINGE.....	142, 143	UNIFINE OTC PEN NEEDLES	
TRIZIVIR.....	108	ULTICARE MICRO PEN		.....	147
TROGARZO .....	108	NEEDLES .....	144	UNIFINE PEN NEEDLES..	147

UNIFINE PENTIPS .....	147	VEMLIDY.....	108	VOQUEZNA.....	61
UNIFINE PENTIPS PLUS ..	147	VENCLEXTA.....	23	VORANIGO.....	24
UNIFINE PROTECT PEN		VENCLEXTA STARTING		<i>voriconazole</i> .....	104, 105
NEEDLE .....	147	PACK .....	23	VOSEVI .....	109
UNIFINE SAFECONTROL		<i>venlafaxine hcl</i> .....	103	VOWST .....	81
PEN NEEDLE.....	147, 148	<i>venlafaxine hcl er</i> .....	103	VP INSULIN SYRINGE.....	149
UNIFINE ULTRA PEN		VEOZAH.....	81	VP-PNV-DHA.....	155
NEEDLE .....	148	<i>verapamil hcl</i> .....	43	VRAYLAR.....	40
UPTRAVI.....	81	<i>verapamil hcl er</i> .....	43	VUMERITY .....	53
UPTRAVI TITRATION .....	81	VERIFINE INSULIN PEN		VYALEV .....	35
<i>ursodiol</i> .....	62	NEEDLE .....	148	<i>vylibra</i> .....	96
URSODIOL.....	62	VERIFINE INSULIN		VYLOY .....	24
<i>ustekinumab-aauz</i> .....	72	SYRINGE.....	148, 149	VYNDAMAX .....	43
UZEDY .....	40	VERIFINE PLUS PEN		VYZULTA .....	77
<b>V</b>		NEEDLE .....	149	<b>W</b>	
<i>valacyclovir hcl</i> .....	110	VERQUVO .....	43	<i>warfarin sodium</i> .....	151
VALCHLOR .....	59	VERSACLOZ .....	40	WEBCOL ALCOHOL PREP	
<i>valganciclovir hcl</i> .....	110	VERZENIO .....	23	LARGE.....	149
<i>valproate sodium</i> .....	99	V-GO 20.....	149	WEGMANS UNIFINE	
<i>valproic acid</i> .....	99	V-GO 30 .....	149	PENTIPS PLUS.....	149
<i>valsartan</i> .....	44	V-GO 40 .....	149	WELIREG .....	24
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>		<i>vienna</i> .....	96	WINREVAIR .....	54
.....	44	<i>vigabatrin</i> .....	100	<i>wixela inhub</i> .....	55
VALTOCO 10 MG DOSE.....	99	<i>vigadrone</i> .....	100	<b>X</b>	
VALTOCO 15 MG DOSE.....	99	<i>vigpoder</i> .....	100	XALKORI .....	24
VALTOCO 20 MG DOSE...	100	<i>vilazodone hcl</i> .....	103	<i>xarah fe</i> .....	96
VALTOCO 5 MG DOSE.....	100	VIMKUNYA.....	76	XARELTO .....	151, 152
<i>valtya 1/35</i> .....	96	<i>vinorelbine tartrate</i> .....	23	XARELTO STARTER PACK	
<i>valtya 1/50</i> .....	96	<i>viorele</i> .....	96	.....	152
VALUE HEALTH INSULIN		VIRACEPT .....	108	XATMEP.....	24
SYRINGE.....	148	VIREAD .....	108	XCOPRI .....	100
<i>vancomycin hcl</i> .....	87	VIRT-C DHA .....	155	XCOPRI (250 MG DAILY	
VANCOMYCIN HCL .....	87	VIRT-NATE DHA .....	155	DOSE) .....	100
VANFLYTA .....	23	VIRT-PN DHA.....	155	XCOPRI (350 MG DAILY	
VANISHPOINT INSULIN		VITAFOL GUMMIES .....	155	DOSE) .....	100
SYRINGE.....	148	VITAFOL-OB+DHA .....	155	XDEMVI.....	78
VAQTA.....	76	VITRAKVI.....	24	XELJANZ.....	72
<i>varenicline tartrate</i> .....	26	VIVIMUSTA.....	24	XELJANZ XR .....	72
<i>varenicline tartrate (starter)</i> ..	26	VIVOTIF .....	76	XERMELO.....	62
VARIVAX .....	76	VIZIMPRO.....	24	XIFAXAN .....	87
VAXCHORA .....	76	<i>volnea</i> .....	96	XIGDUO XR.....	29
VELTASSA .....	62	VONJO.....	24	XIIDRA .....	79

XOFLUZA (40 MG DOSE).	109
XOFLUZA (80 MG DOSE).	109
XOLAIR.....	54
XOSPATA .....	24
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	24
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	24
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	24
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	24
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	24
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	24
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	24
XTANDI.....	24, 25
<i>xulane</i> .....	96
XULTOPHY .....	31

<b>Y</b>	
YERVOY .....	25
YESINTEK .....	72
YF-VAX.....	76
YONSA .....	25
YUFLYMA (1 PEN).....	72
YUFLYMA (2 SYRINGE) ....	72
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER .....	73
<i>yuvafem</i> .....	65
<b>Z</b>	
<i>zafemy</i> .....	96
<i>zafirlukast</i> .....	55
<i>zaleplon</i> .....	50
ZATEAN-PN DHA.....	155
ZATEAN-PN PLUS.....	155
ZEJULA .....	25
ZELBORAF .....	25
<i>zenatane</i> .....	59
ZENPEP .....	153
ZEVRX STERILE ALCOHOL PREP PAD .....	149

<i>zidovudine</i> .....	108
ZIIHERA .....	25
<i>ziprasidone hcl</i> .....	40
<i>ziprasidone mesylate</i> .....	40
ZIRABEV .....	25
ZIRGAN.....	78
ZOLADEx .....	25
ZOLINZA.....	25
<i>zolpidem tartrate</i> .....	50
ZONISADE .....	100
<i>zonisamide</i> .....	100
<i>zovia 1/35 (28)</i> .....	96
<i>zovia 1/35e (28)</i> .....	96
ZTALMY .....	100
ZTLIDO.....	84
ZURZUVAE.....	103
ZYDELIG.....	25
ZYKADIA .....	25
ZYNLONTA .....	25
ZYNYZ.....	25
ZYPREXA RELPREVV .....	40

Este formulario se actualizó el 2026/04/21. Para consultar información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Texas Independence Health Plan Servicios para los Miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), 24 horas al día, siete días a la semana, o visite [www.txindependencehealthplan.com](http://www.txindependencehealthplan.com).