

# Community Advantage Plus (HMO D-SNP), un plan Medicare de Medi-Cal

## Lista de Medicamentos Cubiertos de 2026 (Lista de Medicamentos o Formulario)

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

Identificación del Formulario: 26354  
Versión: 10

Esta lista de medicamentos se actualizó el 03/24/2026.

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contáctenos al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263) las 24 horas del día, los 7 días de la semana o visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).



---

**Si tiene preguntas**, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263).  
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.  
**Para obtener más información**, visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

## Introducción

Este documento se denomina *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también conocida como Lista de Medicamentos). Le dice qué medicamentos y los artículos están cubiertos por Community Advantage Plus. La *Lista de Medicamentos* también le indica si existen reglas o restricciones especiales sobre los medicamentos cubiertos por Community Advantage Plus. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Participante*.

## Tabla de Contenido

A. Descarga de Responsabilidad.....	iv
B. Preguntas Más Frecuentes (FAQ).....	X
B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la Lista de Medicamentos Cubiertos? (Llamamos a la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> la “ <i>Lista de Medicamentos</i> ” para abreviar).....	X
B2. ¿Cambia alguna vez la <i>Lista de Medicamentos</i> ? .....	xi
B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la <i>Lista de Medicamentos</i> ? .....	xii
B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o alguna acción requerida para obtener ciertos medicamentos?.....	xiii
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si se requieren acciones para obtenerlo? .....	xiv
B6. ¿Qué sucede si Community Advantage Plus cambia sus reglas sobre cómo cubren algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada)? .....	xiv
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la <i>Lista de Medicamentos</i> ? .....	xiv
B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la <i>Lista de Medicamentos</i> ? .....	xv
B9. ¿Qué pasa si soy un nuevo participante de Community Advantage Plus y no puedo encontrar mi medicamento en la <i>Lista de Medicamentos</i> o tengo un problema para conseguirlo?.....	xv
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para cubrir mi medicamento? .....	xvi
B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?.....	xvii



**Si tiene preguntas**, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

B12. ¿Cuánto tiempo se tarda en obtener una excepción? .....	xvii
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?.....	xvii
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?.....	xvii
B15. ¿Community Advantage Plus cubre productos OTC no farmacológicos?.....	xviii
B16. ¿Community Advantage Plus cubre el suministro de recetas a largo plazo? .....	xviii
B17. ¿Puedo recibir recetas en mi casa enviadas por mi farmacia local?.....	xviii
B18. ¿Cuál es mi copago? .....	xviii
C. Descripción general de la Lista de Medicamentos Cubiertos.....	xix
C1. Lista de Medicamentos según la Condición Médica.....	xx
D. Índice de Medicamentos Cubiertos.....	xxii



**Si tiene preguntas**, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

## A. Descarga de Responsabilidad

Esta es una lista de medicamentos que los participantes pueden obtener en Community Advantage Plus.

- ❖ Community Advantage Plus (HMO D-SNP) es un plan de salud HMO D-SNP con un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medi-Cal. La inscripción en Community Advantage Plus depende de la renovación del contrato.
- ❖ Siempre puede consultar *la Lista actualizada de medicamentos cubiertos de Community Advantage Plus* en línea en [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org) o llamando al 1-888-484-1412. Esta llamada es gratuita.
- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-888-484-1412, TTY 1-888-671-3263. La llamada es gratuita.
- ❖ Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Aviso de Disponibilidad de Servicios de Asistencia Lingüística, Ayudas y Servicios Auxiliares

**ATTENTION: If you need help in your language, call 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). These services are free of charge.**

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، اتصل بالرقم 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات بطريقة برايل والطباعة الكبيرة. اتصل بالرقم 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). هذه الخدمات مجانية.



**Si tiene preguntas**, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263).

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información**, visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

### Հայերեն (Armenian)

ՈւՆԸԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է օգնություն  
Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-888-484-1412 (TTY:  
1-888-671-3263): Հաշմանդամություն ունեցող անձանց  
համար, ինչպիսիք են բրայլյան փաստաթղթերը և խոշոր  
տպագրությունները, նաև մատչելի են օգնություններ և  
ծառայություններ: Չանգահարեք 1-888-484-1412 (TTY:  
1-888-671-3263): Այս ծառայությունները անվճար են:

### ខ្មែរ (Cambodian)

សូមប្រុងប្រយ័ត្ន: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក  
សូមទូរស័ព្ទ 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263)។  
ការជួយសម្រាប់មនុស្សជាតិការដូចជា ឯកសារភាសាប្រែល  
និងឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ ក៏អាចប្រើបានផងដែរ។  
សូមទូរស័ព្ទ 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263)។  
សេវាកម្មទាំងនេះមានដោយឥតគិតថ្លៃ។

### 繁體中文 (Traditional Chinese)

注意：如果您需要以您的语言获得帮助，请拨打  
1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263)。为残障人  
士提供的帮助和服务（如盲文和大字体文档）也可获得。  
请拨打 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263)。  
这些服务是免费的。



**Si tiene preguntas**, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263).  
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.  
**Para obtener más información**, visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

## فارسی (Farsi)

توجه: اگر به کمک به زبان خود نیاز دارید، با شماره 1-888-484-1412 تماس بگیرید (TTY: 1-888-671-3263). کمک‌ها و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد به خط بریل و چاپ بزرگ، نیز در دسترس هستند. با شماره 1-888-484-1412 تماس بگیرید (TTY: 1-888-671-3263). این خدمات رایگان هستند.

## हिन्दी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में मदद की आवश्यकता है, तो 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) पर कॉल करें। विकलांग लोगों के लिए सहायक और सेवाएं, जैसे ब्रेल में दस्तावेज़ और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

## Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab rau koj hom lus, hu rau 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Kev pab thiab kev pabcuam rau cov neeg muaj kev xiam oob khab, xws li cov ntaub ntawv nyob rau hauv braille thiab cov ntawv loj, kuj muaj. Hu rau 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Cov kev pabcuam no yog pub dawb.

## 日本語 (Japanese)

注意: ご自身の言語で支援が必要な場合は、1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) にお電話ください。点字や大文字の印刷物など、障害のある方のための支援やサービスも利用できます。1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) にお電話ください。これらのサービスは無料です。



**Si tiene preguntas**, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263).

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información**, visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

## 한국어 (Korean)

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) 으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄물과 같은 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) 으로 전화하십시오. 이 서비스는 무료입니다.

## ພາສາລາວ (Laotian)

ໂປດສັງເກດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ, ໂທ 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ, ເຊັ່ນ ເອກະສານເປັນແບຣອຍ ແລະ ເອກະສານພິມຕົວໃຫຍ່, ກໍມີໃຫ້ບໍລິການ. ໂທ 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ.

## Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzaih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.



**Si tiene preguntas,** llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263).

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información,** visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

## ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

## Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните по номеру 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Также доступны вспомогательные средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как документы на шрифте Брайля и крупным шрифтом. Звоните по номеру 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Эти услуги бесплатны.

## Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y en letra grande. Llame al 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Estos servicios son gratuitos.



**Si tiene preguntas**, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

## Tagalog (Filipino)

PANSIN: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking print, ay makukuha rin. Tumawag sa 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Ang mga serbisyong ito ay libre.

## ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ กรุณาโทร 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) มีบริการช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารในรูปแบบอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ใหญ่ ก็มีให้บริการเช่นกัน โทร 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

## Українська (Ukrainian)

УВАГА: Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, зателефонуйте за номером 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Також доступні допоміжні засоби та послуги для людей з інвалідністю, такі як документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Зателефонуйте за номером 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Ці послуги є безкоштовними.



**Si tiene preguntas**, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

## Tiếng Việt (Vietnamese)

**CHÚ Ý:** Nếu ông/bà cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, xin gọi số 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Các hỗ trợ và dịch vụ cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi braille và bản in lớn, cũng có sẵn. Xin gọi số 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Các dịch vụ này hoàn toàn miễn phí.

- ❖ Cuando se comunique con uno de nuestros Representantes del Departamento de Servicio al Cliente, se le solicitará su idioma preferido (distinto del inglés) o cualquier otro formato alternativo. Esta información se guardará en su cuenta de participante como una solicitud permanente para futuros correos y comunicaciones. Si en el futuro decide cambiar esta solicitud permanente por el idioma y/o formato preferido, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412, los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-671-3263, estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

---

## B. Preguntas Más Frecuentes (FAQ)

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

### **B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la Lista de Medicamentos Cubiertos? (Llamamos a la *Lista de Medicamentos Cubiertos* la “*Lista de Medicamentos*” para abreviar).**

Los medicamentos de la *Lista de Medicamentos* que comienza en **la Sección C1** son los medicamentos cubiertos por Community Advantage Plus. Los medicamentos están disponibles en las farmacias de nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si tenemos un acuerdo con ellos para trabajar con nosotros y brindarle servicios. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

Otros medicamentos, como los de venta libre (OTC) y determinadas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) para más información. También puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Traiga su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando le surtan recetas a través de Medi-Cal Rx.




---

**Si tiene preguntas**, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

- Community Advantage Plus cubrirá todos los medicamentos médicamente necesarios en la Lista de Medicamentos si:
  - su médico u otra persona que receta dice que los necesita para mejorar o mantenerse saludable,
  - Community Advantage Plus acepta que el medicamento es médicamente necesario para usted, **y**
  - usted llena la receta en una farmacia de la red Community Advantage Plus.
- En algunos casos, debe hacer algo antes de poder obtener un medicamento. Consulte la pregunta B4 para más información.

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org) o llamar al Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412, TTY 1-888-671-3263.

## **B2. ¿Cambia alguna vez la *Lista de Medicamentos*?**

Sí, y Community Advantage Plus debe seguir las reglas de Medicare y Medi-Cal al realizar cambios. Podemos agregar o quitar medicamentos de la *Lista de Medicamentos* durante el año.

Es posible que cambiemos nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir si requiere o no la autorización previa para un medicamento. (La autorización previa es el permiso de Community Advantage Plus antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (los llamados límites de cantidad).
- Agregar o cambiar restricciones de terapia escalonada en un medicamento. (La terapia escalonada significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

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

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

- salga al mercado un nuevo medicamento más barato que funciona tan bien como un medicamento de la *Lista de Medicamentos* actual, o
- nos enteramos de que un medicamento no es seguro, o
- un medicamento es retirado del mercado.



**Si tiene preguntas**, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

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

- Siempre puede consultar *la Lista de Medicamentos* actualizada de Community Advantage Plus en línea en [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org). Las actualizaciones de la *Lista de Medicamentos* se publican en el sitio web mensualmente.
- También puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412 y TTY 1-888-671-3263 para consultar la *Lista de Medicamentos* actual.

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

Algunos cambios a la *Lista de Medicamentos* ocurrirán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Sustituciones de ciertas nuevas versiones de medicamentos.** Podemos eliminar inmediatamente los medicamentos de la Lista de Medicamentos si los reemplazamos con ciertas versiones nuevas de ese medicamento, pero el costo del nuevo medicamento seguirá siendo \$0. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
  - Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realizamos una vez que ocurra.
  - Podemos realizar estos cambios solo si el medicamento que estamos agregando:
    - es una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o
    - es una nueva versión biosimilar determinada de productos biológicos originales en la *Lista de Medicamentos* (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que pueda sustituir a un producto biológico original sin una nueva receta).
    - Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte **la Sección B14**.
  - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos que se retiran del mercado.** A veces, un medicamento puede resultar inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos retirarlo inmediatamente de la Lista de Medicamentos. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de que realicemos el cambio. Si le informamos que la FDA ha retirado de la Lista de Medicamentos un medicamento que



**Si tiene preguntas**, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

usted ha estado retirando por razones de seguridad, debe comunicarse con su médico lo antes posible para analizar otros medicamentos que pueda tomar para su afección.

**Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los medicamentos que toma.** Le informaremos con antelación sobre estos otros cambios en la *Lista de Medicamentos*. Estos cambios pueden suceder si:

- La FDA proporciona nuevos lineamientos o existen nuevos lineamientos clínicos sobre un medicamento.
- eliminamos un medicamento de marca de la Lista de Medicamentos cuando agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, o
- eliminamos un producto biológico original al agregar un biosimilar, o
- cambiamos las reglas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando se produzcan estos cambios, haremos lo siguiente:

- informarle al menos 30 días antes de que hagamos el cambio a la Lista de Medicamentos o
- le informamos y le entregamos un suministro para 31 días después de que pida un resurtido del medicamento.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que le receta. Él o ella lo ayudará a decidir lo siguiente:

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

#### **B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o alguna acción requerida para obtener ciertos medicamentos?**

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

- **Autorización Previa:** Para algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional que receta deben obtener autorización de Community Advantage Plus antes de surtir su receta. La autorización previa es diferente a una derivación. Es posible que Community Advantage Plus no cubra el medicamento si no obtiene autorización previa.



**Si tiene preguntas**, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información**, visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

- **Límites de Cantidad:** A veces, Community Advantage Plus limita la cantidad de un medicamento que puede obtener.
- **Terapia escalonada:** A veces, Community Advantage Plus requiere que usted realice una terapia escalonada. Esto significa que tendrás que probar medicamentos en un orden determinado para tu condición médica. Es posible que tenga que probar un medicamento antes de que cubramos otro. Si su médico considera que el primer medicamento no funciona para usted, entonces cubriremos el segundo.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales consultando las tablas de la **Sección C1**. También puede obtener más información visitando nuestro sitio web en [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org). Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede pedir que le enviemos una copia.

**Puede solicitar una excepción a estos límites.** Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que le receta. Pueden ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10-B12 para más información sobre las excepciones.

### **B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si se requieren acciones para obtenerlo?**

La tabla en la sección titulada “Lista de Medicamentos por Condición Médica” tiene una columna denominada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.

### **B6. ¿Qué sucede si Community Advantage Plus cambia sus reglas sobre cómo cubren algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada)?**

En algunos casos, le informaremos con anticipación si agregamos o modificamos la autorización previa, los límites de cantidad y/o las restricciones de terapia escalonada de un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso anticipado y las situaciones en las que es posible que no podamos informarle con anticipación cuando cambien nuestras reglas sobre los medicamentos en la *Lista de Medicamentos*.

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

Hay dos formas de encontrar un medicamento:

- puede buscar por orden alfabético o
- puede buscar por condición médica.



**Si tiene preguntas**, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

Para buscar **alfabéticamente**, busque su medicamento en la sección del Índice de Medicamentos Cubiertos. Puede encontrarlo en la página I-1.

Para buscar **por condición médica**, busque la sección denominada “Lista de Medicamentos por Condición Médica”. Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías según el tipo de afecciones médicas que se utilizan para tratar. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría Agentes Cardiovasculares. Ahí es donde encontrará medicamentos que tratan enfermedades del corazón.

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

Si no encuentra su medicamento en la *Lista de Medicamentos*, llame al Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263) y pregunte al respecto. Si se entera de que Community Advantage Plus no cubrirá el medicamento, puede hacer una de estas cosas:

- Pregunte al Departamento de Servicio al Cliente o a su Coordinador de Casos por una lista de medicamentos como el que desea tomar. Luego, muéstrele la lista a su médico u otro profesional que extiende sus recetas. Pueden recetarle un medicamento de la *Lista de Medicamentos* que sea similar al que usted desea tomar. **O**
- Pídale a Community Advantage Plus que haga una excepción para cubrir su medicamento. Consulte las preguntas B10-B12 para más información sobre las excepciones.

### **B9. ¿Qué pasa si soy un nuevo participante de Community Advantage Plus y no puedo encontrar mi medicamento en la *Lista de Medicamentos* o tengo un problema para conseguirlo?**

Podemos ayudar. Es posible que cubramos un suministro temporal de 31 días de su medicamento durante los primeros 90 días que sea participante de Community Advantage Plus. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que le receta. Pueden ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción.

Si su receta está escrita por menos días, permitiremos múltiples recargas para proporcionar hasta un máximo de 31 días de medicamento.

Cubriremos un suministro de 31 días de su medicamento si:

- está tomando un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*, **o**
- las reglas de nuestro plan no le permiten obtener la cantidad ordenada por su médico, **o**



**Si tiene preguntas**, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

- el medicamento requiere autorización previa de Community Advantage Plus, o
- está tomando un medicamento que es parte de una restricción de terapia escalonada.

Si está tomando un medicamento que Community Advantage Plus no considera un medicamento de la Parte D, y el medicamento no está en la *Lista de Medicamentos*, y tiene un problema para obtenerlo, es posible que esté cubierto a través de Medi-Cal Rx. Si un medicamento excluido de la Parte D requiere una excepción y usted tiene una emergencia, Medi-Cal Rx permitirá un suministro del medicamento de no menos de 72 horas. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) para más información. También puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Por favor traiga su BIC de Medi-Cal cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.

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

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

Para transiciones no planificadas, por ejemplo, cuando le dan el alta del hospital a un centro de atención a largo plazo o a su hogar, Community Advantage Plus tomará determinaciones y redeterminaciones de cobertura tan pronto como su condición de salud lo requiera. Se le proporcionará un suministro de emergencia de medicamentos que no están en el formulario, incluidos los medicamentos que están sujetos a ciertas restricciones o límites, como autorización previa, terapia escalonada o límites de cantidad.

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

Sí. Puede solicitarle a Community Advantage Plus que haga una excepción para cubrir un medicamento que no esté en la *Lista de Medicamentos*.

También puede pedirnos que cambiemos las reglas de su medicamento.

- Por ejemplo, Community Advantage Plus puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede pedirnos que cambiemos el límite y cubramos más.



**Si tiene preguntas**, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263).

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información**, visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

- Otros ejemplos: Puede pedirnos que eliminemos las restricciones de la terapia escalonada o los requisitos de autorización previa.

### **B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?**

Para solicitar una excepción, llame al Departamento de Servicio al Cliente o a su Coordinador de Casos. Un representante del Departamento de Servicio al Cliente o su Coordinador de Casos trabajará con usted y su médico para ayudarlo a solicitar una excepción. También puede leer **el Capítulo 9 Sección G2** del *Manual del Participante* para obtener más información sobre las excepciones.

### **B12. ¿Cuánto tiempo se tarda en obtener una excepción?**

Después de que recibamos una declaración de su médico que respalde su solicitud de excepción, le daremos una decisión dentro de las 72 horas. Llame al Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412 o a su Coordinador de Casos para obtener más información sobre dónde usted o su médico pueden enviar la declaración.

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

### **B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?**

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

Community Advantage Plus cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

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

Cuando nos referimos a medicamentos, podríamos referirnos a un fármaco o a un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas llamadas biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas



**Si tiene preguntas**, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

biosimilares a algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

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

### **B15. ¿Community Advantage Plus cubre productos OTC no farmacológicos?**

Community Advantage Plus cubre algunos productos OTC no farmacológicos cuando son recetados por su proveedor.

Algunos ejemplos de productos de venta libre no farmacológicos incluyen jeringas, suministros para pruebas diabéticas y espaciadores respiratorios.

Puede leer la *Lista de Medicamentos* de Community Advantage Plus para saber qué productos OTC no farmacológicos están cubiertos.

### **B16. ¿Community Advantage Plus cubre el suministro de recetas a largo plazo?**

- **Programas de Pedidos por Correo.** Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite recibir un suministro de hasta 93 días de sus medicamentos enviados directamente a su hogar. Un suministro para 93 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.
- **Programas de Farmacia Minorista de 93 Días.** Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer un suministro de hasta 93 días de medicamentos cubiertos. Un suministro para 93 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

### **B17. ¿Puedo recibir recetas en mi casa enviadas por mi farmacia local?**

Es posible que su farmacia local pueda enviarle su receta a su hogar. Puede llamar a su farmacia para averiguar si ofrecen entrega a domicilio.

### **B18. ¿Cuál es mi copago?**

Los participantes de Community Advantage Plus tienen un copago de \$0 a \$12,65 para productos recetados y no farmacológicos si el participante sigue las reglas del plan. Consulte la pregunta B15 para obtener más información sobre los productos no farmacológicos.

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

- Los medicamentos genéricos preferidos de nivel 1 tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos genéricos de nivel 2 tienen un copago de \$0 a \$5,10.



**Si tiene preguntas**, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

- Los medicamentos de marca preferidos de nivel 3 tienen un copago de \$0 a \$12,65.
- Los medicamentos de marca no preferidos de nivel 4 tienen un copago de \$0 a \$12,65.
- Los medicamentos especializados de nivel 5 tienen un copago de \$0 a \$12,65.
- Los medicamentos de nivel 6 Select Care tienen un copago de \$0.

Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicio al Cliente a los números que aparecen al pie de página de este documento.

---

## C. Descripción general de la Lista de Medicamentos Cubiertos

La *Lista de Medicamentos Cubiertos* le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por Community Advantage Plus. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de Medicamentos Cubiertos que comienza en **la Sección I-1**. El índice enumera alfabéticamente todos los medicamentos cubiertos por Community Advantage Plus.

**Nota:** El \* junto a un medicamento significa que el medicamento no es un “medicamento de la Parte D”. Estos medicamentos tienen reglas diferentes para las apelaciones.

Otros medicamentos, como los de venta libre (OTC) y determinadas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) para más información. También puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Traiga su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando le surtan recetas a través de Medi-Cal Rx.

### Apelaciones Bajo la Parte D

- Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la cambiemos si cree que cometimos un error.
- Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted desea no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Medi-Cal.
- Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. Si alguna vez tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicio al Cliente a los números que aparecen al final de esta página.
- También puede leer **el Capítulo 9** del *Manual del Participante* para saber cómo apelar una decisión.
- Los medicamentos que no son de la Parte D tienen diferentes reglas para las apelaciones.



**Si tiene preguntas**, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

## C1. Lista de Medicamentos según la Condición Médica

Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías según el tipo de afecciones médicas que se utilizan para tratar. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría Agentes Cardiovasculares. Ahí es donde encontrará medicamentos que tratan enfermedades del corazón.

**Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo a la sección B-4 en la página 12 y revisando la columna “Explicación” en la tabla a continuación.**

La primera columna de la tabla enumera el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos se enumeran en cursiva minúscula (por ejemplo, *metformina*), los medicamentos de marca se escriben en mayúscula (por ejemplo, GLUCOPHAGE), y los Medicamentos de Venta Libre y los productos no farmacológicos se enumeran en minúsculas (por ejemplo, esomeprazol). La información en la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso” le indica si Community Advantage Plus tiene alguna regla para cubrir su medicamento.

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
QL	Límite de Cantidad	Hay un límite en lo que puede obtener en un período de tiempo determinado.
ST	Terapia Escalonada	Debe probar otro medicamento antes de poder obtener este
PA	Autorización Previa:	Usted (o su médico) debe obtener una autorización previa antes de surtir su receta para este medicamento. Sin autorización previa, es posible que este medicamento no esté cubierto.
PA NSO	Autorización Previa – Nuevos Comienzos	Si es un participante nuevo, usted (o su médico) deberá obtener una autorización previa antes de surtir su receta para este medicamento. Sin autorización previa, es posible que este medicamento no esté cubierto.



**Si tiene preguntas**, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263).

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información**, visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
PA BvD	Autorización Previa: Parte B vs. Parte D	Este medicamento puede ser elegible para pago bajo la Parte B o la Parte D de Medicare. Usted (o nuestro proveedor) deben obtener autorización previa para determinar si este medicamento está cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare antes de surtir su receta. Sin autorización previa, es posible que no cubramos este medicamento.
PA-HRM	Autorización Previa – Medicamentos de Alto Riesgo	CMS ha considerado que este medicamento es potencialmente dañino y, por lo tanto, un Medicamento de Alto Riesgo para los beneficiarios de Medicare de 65 años o más. Los participantes mayores de 65 años deben obtener una autorización previa antes de surtir una receta para este medicamento. Sin autorización previa, es posible que este medicamento no esté cubierto.
PA NSO-HRM	Autorización Previa: Solo Nuevos Inicios De Medicamentos De Alto Riesgo	Si es un participante nuevo, usted (o su médico) deberá obtener una autorización previa antes de surtir su receta para este medicamento. CMS ha considerado que este medicamento es potencialmente dañino y, por lo tanto, un Medicamento de Alto Riesgo para los beneficiarios de Medicare de 65 años o más. Sin autorización previa, es posible que este medicamento no esté cubierto.
EDAD	Restricción de Edad	Limita el uso de medicamentos dependiendo de la edad.
OTC	De Venta Libre	Medicamentos de venta libre que no requieren receta médica.
*	No es un Medicamento de la Parte D	Este medicamento es un medicamento que no pertenece a la Parte D cubierto por Medi-Cal



**Si tiene preguntas**, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263).

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información**, visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
LA	Acceso Limitado	Es posible que esta receta sólo esté disponible en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-671-3263), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite <a href="http://www.chpiv.org">www.chpiv.org</a> .
NM	No se aceptan Pedidos por Correo	Es posible que pueda recibir un suministro superior a 1 mes de la mayoría de los medicamentos de la Lista de Medicamentos mediante pedido por correo a un costo compartido reducido. Los medicamentos que no están disponibles a través de su beneficio de pedido por correo se indican con "NM" en la columna Acciones Necesarias, Restricciones o Límites de Uso de la Lista de Medicamentos.
NDS	Suministro Diario No Extendido	Este medicamento no es elegible para un suministro de más de 1 mes por cada surtido.

## D. Índice de Medicamentos Cubiertos

En esta sección, puede encontrar un medicamento buscando su nombre alfabéticamente. Esto le indicará el número de página donde puede encontrar información adicional sobre la cobertura de su medicamento.



**Si tiene preguntas**, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

## Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer .....	3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias .....	24
Agentes Antiansiedad .....	25
Agentes Antidemencia .....	27
Agentes Antidiabetico .....	27
Agentes Antigota .....	34
Agentes Antimigraña .....	34
Agentes Antinausea .....	36
Agentes Antiparasitarios .....	37
Agentes Antiparkinson .....	38
Agentes Antipsicóticos .....	40
Agentes Calóricos .....	48
Agentes Cardiovasculares .....	48
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria .....	61
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica .....	61
Agentes De Trastorno De Sueño .....	63
Agentes Del Sistema Nervioso Central .....	63
Agentes Del Tracto Respiratorio .....	67
Agentes Dentales Y Orales .....	72
Agentes Dermatológicos .....	73
Agentes Gastrointestinales .....	78
Agentes Genitourinarios .....	82
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador .....	83
Agentes Inmunológicos .....	89
Agentes Oftálmicos .....	103
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta .....	104
Agentes Terapeuticos Misceláneos .....	109
Agentes Vasodilatadores .....	110
Analgésicos .....	111
Anestésicos .....	115
Antagonistas De Metales Pesados .....	116
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa) .....	116
Antibacterianos .....	117
Anticonceptivos .....	125
Anticonvulsivos .....	134
Antidepresivos .....	141
Antifúngicos .....	145
Antihistamínicos .....	147

Antimicrobacteriales.....	147
Antivirales (Sistémico).....	148
Cofactores Enzimáticos/Otros.....	156
Dispositivos.....	156
Preparaciones De Reemplazo.....	207
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen.....	208
Reemplazo/Modificadores De Enzima.....	212
Relajantes Musculares Esqueléticos.....	213
Vitaminas Y Minerales.....	214

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>Agentes Anti Cáncer</b>		
<b>Agentes Anti Cáncer</b>		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i> (Abirtega)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i> (Zytiga)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>abiraterone, submicronized oral tablet 125 mg</i> (Yonsa)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>abirtega oral tablet 250 mg</i> (abiraterone)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i> (fluorouracil)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)-180 MG (23)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (Arimidex)	\$0 (Nivel 1)	
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (1.6 per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
AVMAPKI ORAL CAPSULE 0.8 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (66 per 28 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AXTLE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i> (Vidaza)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg</i> (Treanda)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
BENDAMUSTINE INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (BendeKa)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (bendamustine)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
<i>bexarotene topical gel 1 %</i> (Targretin)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
BIZENGRI INTRAVENOUS SOLUTION 375 MG/18.75 ML (20 MG/ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (75 per 28 days)
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA NSO

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i> (Velcade)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
BORUZU INJECTION SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA NSO
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAMCEVI (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 42 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA NSO
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (vandetanib)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (vandetanib)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

04/01/2026

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 500 mg/ml</i> (Frindovyx)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA BvD; ST
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 28 days)
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i> (Sprycel)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i> (Sprycel)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
DATROWAY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i> (Caelyx)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA NSO
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA NSO
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL INNER, SUV, P/F 40 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
EMRELIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ENSACOVE ORAL CAPSULE 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG (flutamide)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Torpenz)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg</i> (Torpenz)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 5 mg</i> (Torpenz)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 7.5 mg</i> (Torpenz)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
FAKZYNJA ORAL TABLET 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (42 per 28 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS

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

04/01/2026

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA BvD
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i> (Eulexin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> (Faslodex)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
HYRNUO ORAL TABLET 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> (Ifex)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (216 per 30 days)

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

04/01/2026

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG, 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (280 per 28 days)
INLEXZO INTRAVESICAL IMPLANT 225 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
INLURIYO ORAL TABLET 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS

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

04/01/2026

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA BvD; ST
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
KEYTRUDA QLEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 395 MG-4,800 UNIT/2.4 ML, 790 MG-9,600 UNIT/4.8 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (63 per 28 days)
KOMZIFTI ORAL CAPSULE 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (600 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 7.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (390 per 30 days)

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

04/01/2026

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>leuprolide acetate (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i> (Lutrate Depot (3 month))	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA NSO
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA NSO
<i>lomustine oral capsule 10 mg</i> (Gleostine)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>lomustine oral capsule 100 mg, 40 mg</i> (Gleostine)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (80 per 28 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
LUNSUMIO VELO SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/ML, 5 MG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	(leuprolide acetate (3 month)) \$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA NSO
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (15 per 8 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (40 per 28 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml</i> (Purixan)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (20 per 28 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 28 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG-5,000 UNIT/2.5 ML, 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i> (Abraxane)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i> (Votrient)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>pazopanib oral tablet 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 750 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg, 500 mg</i> (Alimta)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pomalidomide oral capsule 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Pomalyst)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (pomalidomide)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RYBREVANT FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,600 MG-20,000 UNIT/10 ML, 2,240 MG-28,000 UNIT/14 ML, 2,400 MG-30,000 UNIT/15 ML, 3,520 MG-44,000 UNIT/22 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
RYTELO INTRAVENOUS RECON SOLN 188 MG, 47 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG (nilotinib hcl)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG (nilotinib hcl)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i> (etoposide)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA NSO
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (64 per 28 days)
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
VIVIMUSTA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (bendamustine)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

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

04/01/2026

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (80 MG X 1)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (16 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG (abiraterone, submicronized)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZIIHERA INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (20 per 28 days)
<b>Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias</b>		
<b>Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias</b>		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i> (Narcan)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL (240 per 180 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Chantix)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i> (Chantix Starting Month Box)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Agentes Antiansiedad</b>		
<b>Benzodiazepinas</b>		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax)	\$0 (Nivel 1)	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax)	\$0 (Nivel 1)	QL (150 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Klonopin)	\$0 (Nivel 1)	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> (Klonopin)	\$0 (Nivel 1)	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i> (diazepam)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Valium)	\$0 (Nivel 1)	QL (120 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml oral concent</i> (Lorazepam Intensol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam 4 mg/ml vial inner</i> (Ativan)	\$0 (Nivel 1)	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml</i> (Ativan)	\$0 (Nivel 1)	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 4 mg/ml</i> (Ativan)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i> (lorazepam)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Ativan)	\$0 (Nivel 1)	QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan)	\$0 (Nivel 1)	QL (150 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> (Restoril)	\$0 (Nivel 1)	QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 22.5 mg</i> (Restoril)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i> (Restoril)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>Agentes Antidemencia</b>		
<b>Agentes Antidemencia</b>		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Aricept)	\$0 (Nivel 1)	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i> (Aricept)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 7 mg</i> (Namenda XR)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i> (Exelon Patch)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	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> (Precose)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dapagliflozin propanediol oral tablet</i> (Farxiga) 10 mg, 5 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin propanediol)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET (linagliptin-metformin) 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i> (Riomet)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 750 mg, 850 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (90 per 30 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (60 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i> (Korlym)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg</i> (Actoplus MET)	\$0 (Nivel 6)	QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG (linagliptin)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG (dapaglifloz propaned-metformin)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG (dapaglifloz propaned-metformin)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
<b>Insulinas</b>		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (1.6 ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i>	(Novolog Mix 70-30FlexPen U-100)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i>	(Novolog Mix 70-30 U-100 Insulin)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	(Novolog PenFill U-100 Insulin)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	(Novolog FlexPen U-100 Insulin)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	(Novolog U-100 Insulin aspart)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin glargine-yfng subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	(Semglee(insulin glarg-yfng)Pen)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin glargine-yfng subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	(Semglee(insulin glargine-yfng))	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	(Admelog U-100 Insulin lispro)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin glargine)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart u-100)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30) (insulin asp prt-insulin aspart)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (insulin asp prt-insulin aspart)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (insulin aspart u-100)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin aspart u-100)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine u-300 conc)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML) (insulin glargine u-300 conc)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
<b>Sulfonilureas</b>		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (90 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (120 per 30 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<b>Agentes Antigota</b>		
<b>Agentes Antigota, Otros</b>		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i> (Zyloprim)	\$0 (Nivel 1)	
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i> (Mitigare)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i> (Colcrys)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Agentes Antimigraña</b>		
<b>Agentes Antimigraña</b>		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL (1 per 30 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL (2 per 30 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL (3 per 30 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (18 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg</i> (Maxalt-MLT)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject outer, suv</i> (Imitrex STATdose Pen)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml autoinj suv</i> (Imitrex STATdose Pen)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (5 per 28 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL (16 per 30 days)
<b>Agentes Antinausea</b>		
<b>Agentes Antinausea</b>		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; QL (60 per 30 days)
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine (meclizine))	\$0 (Nivel 1)	
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml</i> (Phenergan)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>promethazine rectal suppository 25 mg</i> (Promethegan)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i> (promethazine)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i> (Transderm-Scop)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA-HRM; QL (10 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<b>Agentes Antiparasitarios</b>		
<b>Agentes Antiparasitarios</b>		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Mepron)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i> (Malarone)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i> (Malarone Pediatric)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (180 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i> (Sovuna)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i> (Biltricide)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Agentes Antiparkinson</b>		
<b>Agentes Antiparkinson</b>		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Sinemet)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (600 per 30 days)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 2 mg, 4 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (560 per 28 days)
<b>Agentes Antipsicóticos</b>		
<b>Agentes Antipsicóticos</b>		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	ST; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (4.8 per 365 days)

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (3.2 per 14 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet</i> (Saphris) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution</i> 25 mg/ml	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>chlorpromazine oral concentrate</i> 100 mg/ml, 30 mg/ml	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>chlorpromazine oral tablet</i> 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>clozapine oral tablet</i> 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Clozaril)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>clozapine oral tablet,disintegrating</i> 100 mg, 12.5 mg, 25 mg	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating</i> 150 mg	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating</i> 200 mg	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	ST; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST; NM; NDS

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.75 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (1 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (1.5 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 351 MG/2.25 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (2.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.5 per 21 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.88 per 70 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (2.63 per 70 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i> (Latuda)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i> (Latuda)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i> (Zyprexa)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>olanzapine oral tablet 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Zyprexa)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating</i> 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST; NM; NDS
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg</i> (Invega)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> (Invega)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>prochlorperazine 10 mg/2 ml vial inner 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel XR)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 12.5 mg/2 ml</i> (Risperdal Consta)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 25 mg/2 ml</i> (Rykindo)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (2 per 28 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i> (Rykindo)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperdal)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML (risperidone microspheres)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.42 per 56 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Geodon)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i> (Geodon)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (1 per 28 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>Agentes Calóricos</b>		
<b>Agentes Calóricos</b>		
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA BvD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA BvD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Agentes Cardiovasculares</b>		
<b>Agentes Alfa-Adrenérgicos</b>		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-1)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-2)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-3)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	\$0 (Nivel 1)	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i> (Northera)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; QL (180 per 30 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Agentes Antiarrítmicos</b>		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Pacerone)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>amiodarone oral tablet 400 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> (Tikosyn)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>pacерone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (amiodarone)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos</b>		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Tenormin)	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i> (Tenoretic 100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i> (Tenoretic 50)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg)	\$0 (Nivel 1)	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 50-25 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor)	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Bystolic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (sotalol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (sotalol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Sotalol AF)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i> (Betapace)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio</b>		
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (diltiazem hcl)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>diltiazem 24hr er 360 mg cap once-a-day dosage</i> (Tiadylt ER)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>diltiazem 24hr er 420 mg cap</i> (Tiadylt ER)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 180 mg, 360 mg, 420 mg</i> (Tiadylt ER)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (diltiazem hcl)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> (diltiazem hcl)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Agentes Cardiovasculares, Varios</b>		
ATTRUBY ORAL TABLET 356 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL (600 per 30 days)
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml</i> (Auvi-Q)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (4 per 30 days)
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Firazyr)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Corlanor)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL (30 per 30 days)
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<b>Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii</b>		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Atacand)	\$0 (Nivel 6)	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (Atacand HCT)	\$0 (Nivel 6)	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG (sacubitril-valsartan)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLET 15-16 MG, 6-6 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (240 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Avapro)	\$0 (Nivel 6)	
<i>irbesartan oral tablet 75 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	\$0 (Nivel 6)	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	\$0 (Nivel 6)	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	\$0 (Nivel 6)	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	\$0 (Nivel 6)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i> (Tribenzor)	\$0 (Nivel 6)	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	\$0 (Nivel 6)	
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg</i> (Entresto)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>telmisartan oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	\$0 (Nivel 6)	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> (Micardis HCT)	\$0 (Nivel 6)	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	\$0 (Nivel 6)	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> (Diovan HCT)	\$0 (Nivel 6)	
<b>Dihidropiridinas</b>		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvasc)	\$0 (Nivel 1)	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i> (Lotrel)	\$0 (Nivel 6)	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i> (Azor)	\$0 (Nivel 6)	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i> (Exforge)	\$0 (Nivel 6)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazyd oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i> (Exforge HCT)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg</i> (Procardia XL)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 90 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Dislipidémicos</b>		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg</i> (Caduet)	\$0 (Nivel 6)	
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i> (Caduet)	\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lipitor)	\$0 (Nivel 6)	
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>cholestyramine oral powder in packet 4 gram</i> (Cholestyramine Light)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i> (WelChol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> (WelChol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg</i> (Vytorin 10-10)	\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i> (Vytorin 10-20)	\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg</i> (Vytorin 10-40)	\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i> (Vytorin 10-80)	\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg</i> (Tricor)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 48 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i> (Lescol XL)	\$0 (Nivel 6)	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	\$0 (Nivel 1)	
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i> (Vascepa)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i> (Vascepa)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	ST; QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	ST; QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	ST; QL (120 per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Livalo)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	ST; QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	ST; QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	ST; QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	\$0 (Nivel 6)	
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	\$0 (Nivel 6)	
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<b>Diuréticos</b>		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (tolvaptan (polycys kidney dis))	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	\$0 (Nivel 1)	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablets, sequential 15 mg (am)/ 15 mg (pm), 30 mg (am)/ 15 mg (pm), 45 mg (am)/ 15 mg (pm), 60 mg (am)/ 30 mg (pm), 90 mg (am)/ 30 mg (pm)</i> (Jynarque)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<b>Inhibidores De Enzima</b>		
<b>Convertidoras De Angiotensina</b>		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	\$0 (Nivel 6)	
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Lotensin HCT)	\$0 (Nivel 6)	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	\$0 (Nivel 6)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	\$0 (Nivel 6)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	\$0 (Nivel 6)	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	\$0 (Nivel 6)	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	\$0 (Nivel 6)	
<i>ramipril oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<b>Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona</b>		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg</i> (Inspra)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>eplerenone oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL (30 per 30 days)
<b>Vasodilatadores</b>		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titrados)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria</b>		
<b>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria</b>		
<i>alose tron oral tablet 0.5 mg</i>	(Lotronex)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>alose tron oral tablet 1 mg</i>	(Lotronex)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>	(Colazal)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>		\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i>	(Uceris)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>	(Cortenema)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i>	(Pentasa)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i>	(Apriso)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i>	(Lialda)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	(Azulfidine)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	(Azulfidine EN-tabs)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)
<b>Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica</b>		
<b>Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica</b>		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>		\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>		\$0 (Nivel 1)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i> (Fosamax)	\$0 (Nivel 1)	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i> (Sensipar)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
OSENVELT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
RAYALDEE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
STOBOCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (1 per 180 days)
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)</i> (Bonsity)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (2.24 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (1.56 per 30 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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> (Nuvigil)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg</i> (Silenor)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; QL (60 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (Xyrem)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	\$0 (Nivel 1)	QL (30 per 30 days)
<b>Agentes Del Sistema Nervioso Central</b>		
<b>Agentes Del Sistema Nervioso Central</b>		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG, 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i> (Ampyra)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i> (Adderall XR)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i> (Adderall XR)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Adderall)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg</i> (Tecfidera)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i> (Tecfidera)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i> (Tecfidera)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>ingolimod oral capsule 0.5 mg</i> (Gilenya)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (Glatopa)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (Glatopa)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (glatiramer)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (glatiramer)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Intuniv ER)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)-80 MG (21)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i> (Lithobid)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine(multiple sclerosis))	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine(multiple sclerosis))	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine(multiple sclerosis))	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine(multiple sclerosis))	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine(multiple sclerosis))	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine(multiple sclerosis))	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine(multiple sclerosis))	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i> (Methylin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (900 per 30 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i> (Xenazine)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; QL (112 per 28 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i> (Xenazine)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<b>Agentes Del Tracto Respiratorio</b>		
<b>Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros</b>		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (560 per 28 days)

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

04/01/2026

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i> (Daliresp)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i> (Daliresp)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (1 per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<b>Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados</b>		
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION (fluticasone propion-salmeterol)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (12 per 30 days)
AIRSUPRA 90-80 MCG INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (32.1 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION (fluticasone furoate)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE (fluticasone furoate-vilanterol)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
<i>breyana inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i> (budesonide-formoterol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30.9 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i> (Pulmicort)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i> (Breyna)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i> (Wixela Inhub)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i> (fluticasone propion-salmeterol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<b>Antileucotrinos</b>		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i> (Singulair)	\$0 (Nivel 1)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i> (Singulair)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Accolate)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Broncodilatadores</b>		
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (32.1 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i> (Ventolin HFA)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION (umeclidinium-vilanterol)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD; QL (540 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (4 per 28 days)
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg</i> (Spiriva with HandiHaler)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
<b>Agentes Dentales Y Orales</b>		
<b>Agentes Dentales Y Orales</b>		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i> (Evoxac)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (Periogard)	\$0 (Nivel 1)	

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

04/01/2026

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Lo que le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	(fluoride (sodium))	\$0 (Nivel 1)	
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i>	(fluoride (sodium))	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoride (sodium) dental gel 1.1 %</i>	(DentaGel)	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i>	(PreviDent)	\$0 (Nivel 1)	
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	(chlorhexidine gluconate)	\$0 (Nivel 1)	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	(Salagen (pilocarpine))	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	(fluoride (sodium))	\$0 (Nivel 1)	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i>	(Denta 5000 Plus Sensitive)	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetone dental paste 0.1 %</i>	(Kourzeq)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

## **Agentes Dermatológicos**

### **Agentes Antiinflamatorios**

#### **Dermatológicos**

<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	(hydrocortisone)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>		\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>		\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>		\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>		\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>		\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>		\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>		\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i> (Diprolene (augmented))	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i> (Clobex)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i> (Clobex)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i> (Olux-E)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Procto-Med HC)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC))	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (100 per 30 days)
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %</i> (Triderm)	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Agentes Dermatológicos, Otros</b>		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (AmLactin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (24 per 30 days)
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (60 per 28 days)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL (180 per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Antibacterianos Dermatológicos</b>		
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin ETZ)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Rosadan)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Metrogel)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	\$0 (Nivel 1)	QL (220 per 30 days)
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i> (metronidazole)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (SSD)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ssd topical cream 1 %</i> (silver sulfadiazine)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<b>Escabicidas Y Pediculicidas</b>		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<b>Retinoides Dermatológicos</b>		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> (Tazorac)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Avita)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA
<i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA
<b>Agentes Gastrointestinales</b>		
<b>Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos</b>		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i> (Acid Reducer (esomeprazole))	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i> (Nexium)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i> (Nexium Packet)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i> (Nexium Packet)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	ST; QL (60 per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i> (Acid Controller)	\$0 (Nivel 1)	
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid)	\$0 (Nivel 1)	
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i> (Acid Reducer (lansoprazole))	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i> (Prevacid)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (Protonix)	\$0 (Nivel 1)	QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i> (Protonix)	\$0 (Nivel 1)	QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (AcipHex)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<b>Agentes Gastrointestinales, Otros</b>		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i> (Carbaglu)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i> (Robinul)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i> (Robinul Forte)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>kionex (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Constulose)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg</i> (Amitiza)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>lubiprostone oral capsule 8 mcg</i> (Amitiza)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	\$0 (Nivel 1)	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral suspension 15 gram/60 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
<i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i> (Reltone)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (URSO Forte)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<b>Enlaces De Fosfato</b>		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> (Renvela)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Laxantes</b>		
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i> (peg-electrolyte soln)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (GaviLyte-G)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i> (GaviLyte-N)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i> (Suprep Bowel Prep Kit)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Agentes Genitourinarios</b>		
<b>Agentes Genitourinarios, Varios</b>		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i> (Uroxatral)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar)	\$0 (Nivel 1)	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<b>Antiespasmódicos, Urinario</b>		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i> (Toviaz)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
MYRBETRIQ ORAL TABLET (mirabegron) EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Vesicare)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>trospium oral tablet 20 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

**Agentes Hormonales,  
Estimulante/Reemplazo/Modificador**

**Agentes Tiroideos Y Antitiroideos**

<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	(Euthyrox)	\$0 (Nivel 1)	
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i>	(Levo-T)	\$0 (Nivel 1)	
<i>liomny oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	(liothyronine)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	(Liomny)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<b>Andrógenos</b>		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Depo-Testosterone)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i> (Vogelxo)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i> (AndroGel)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (50 mg/5 gram)</i> (Vogelxo)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; QL (300 per 30 days)
<b>Estrógenos Y Antiestrógenos</b>		
<i>abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	\$0 (Nivel 1)	
<i>abigale oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>conjugated estrogens oral tablet 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg</i> (Premarin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	(Dotti) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	(Climara) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	(Estrace) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	(Yuvaferm) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	(Abigale Lo) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg</i>	(Abigale) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i>	(estradiol-norethindrone acet) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	(Evista) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>yuvaferm vaginal tablet 10 mcg</i>	(estradiol) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (18 per 28 days)
<b>Glucocorticoides/Mineralocorticoides</b>		
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>methylprednisolone oral tablets, dose pack 4 mg</i> (Medrol (Pak))	\$0 (Nivel 1)	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i> (Kenalog)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>Pituitario</b>		
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i> (DDAVP)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i> (Somatuline Depot)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
NORDITROPIN FLEXPLO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i> (Sandostatin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
ORLISSA ORAL TABLET 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ORLISSA ORAL TABLET 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML (lanreotide)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML (lanreotide)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<b>Progestinas</b>		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (0.65 per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i> (norethindrone acetate)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Provera)	\$0 (Nivel 1)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i> (Gallifrey)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Agentes Inmunológicos</b>		
<b>Agentes Inmunológicos</b>		
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG (tacrolimus)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA BvD
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 5 MG (tacrolimus)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
CIMZIA 200 MG/ML SYRINGE KIT	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>cyclosporine intravenous solution</i> (Sandimmune) <i>250 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Gengraf) <i>100 mg, 25 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> <i>50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Gengraf) <i>100 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Sandimmune)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC- (adalimumab-adbm) HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS- (adalimumab-adbm) UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CYLTEZO(CF) PEN (adalimumab-adbm) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS (adalimumab-adbm) SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral (Zortress)</i> <i>tablet 0.25 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
<i>everolimus (immunosuppressive) oral (Zortress)</i> <i>tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (cyclosporine modified)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i> (cyclosporine modified)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i> (Remicade)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i> (CellCept Intravenous)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i> (CellCept)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i> (CellCept)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i> (CellCept)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i> (Myfortic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
OTEZLA XR INITIATION ORAL TABLET AND TABLET ER DOSE PACK 10-20-30-75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
OTEZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML (tacrolimus)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA BvD
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML (ustekinumab-aekn)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab-aekn)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>ustekinumab-aauz subcutaneous syringe 45 mg/0.5 ml, 90 mg/ml</i> (Otulfi)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC- HS SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS (adalimumab-aaty) SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<b>Vacunas</b>		
ABRYSSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay

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

04/01/2026

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
DENG VAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (3 per 365 days)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay

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

04/01/2026

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

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

04/01/2026

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) INTRAMUSCULAR KIT 0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10-5 MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
PENMENVY MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF- 20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

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

04/01/2026

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay; QL (2 per 365 days)
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
(typhoid vi polysacch vaccine)		
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	\$0 copay
<b>Agentes Oftálmicos</b>		
<b>Agentes Antiglaucoma</b>		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %</i> (Alphagan P)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i> (Combigan)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Azopt)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i> (Cosopt)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i> (Xalatan)	\$0 (Nivel 1)	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>timolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Betimol)	\$0 (Nivel 1)	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i> (Travatan Z)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL (5 per 30 days)
<b>Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta</b>		
<b>Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta</b>		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (Polycin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (3.5 per 4 days)
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Vigamox)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (Neo-Polycin HC)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (Neo-Polycin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i> (Maxitrol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	(neomycin-bacitracin-poly-hc) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	(neomycin-bacitracin-polymyxin) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	(Ocuflox) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	(bacitracin-polymyxin b) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
XDEMVIY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (10 per 42 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) (tobramycin-lotepred) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<b>Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta</b>		
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> (Prolensa) 0.07 %	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette</i> (Restasis) 0.05 %	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops</i> 0.1 %	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops</i> 0.1 %	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops</i> (Durezol) 0.05 %	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol</i> 25 mcg (0.025 %)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops</i> (DermOtic Oil) 0.01 %	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension</i> (FML Liquifilm) 0.1 %	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops</i> 0.03 %	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension</i> (24 Hour Allergy Relief) 50 mcg/actuation	\$0 (Nivel 1)	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (5.6 per 14 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops</i> (Acular) 0.5 %	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (10 per 25 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i> (Lotemax)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (10 per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i> (Alrex)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	ST
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i> (Allergy Nasal (mometasone))	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Pred Forte)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
<b>Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios</b>		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i> (Astepro Allergy)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (15 per 10 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (12 per 28 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	(Eye Allergy Itch-Redness Rlf)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	(Advanced Eye Relief (olopatad))
<b>Agentes Terapeuticos Misceláneos</b>		
<b>Agentes Terapeuticos Misceláneos</b>		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
BAQSIMI NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	(Proglycem) NM; NDS
<i>glucagon emergency kit (human) injection recon soln 1 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	(Endari) PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>mesna oral tablet 400 mg</i> (Mesnex)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i> (Rectiv)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> (Mestinon)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE 1 X 10EXP6 TO 3 X 10EXP7 CELL	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; 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	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; QL (60 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i> (Tracleer)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; QL (360 per 30 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; QL (30 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i> (Cialis)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; QL (30 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<b>Analgésicos</b>		
<b>Agentes Antiinflamatorios No Esteroides</b>		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i> (Flector)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (300 per 30 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 75-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 75)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i> (Lurbiro)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ibu oral tablet 400 mg</i> (ibuprofen)	\$0 (Nivel 1)	QL (240 per 30 days)
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (ibuprofen)	\$0 (Nivel 1)	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i> (IBU)	\$0 (Nivel 1)	QL (240 per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	\$0 (Nivel 1)	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA-HRM; QL (20 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	\$0 (Nivel 1)	
<i>naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg</i> (EC-Naprosyn)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Analgésicos, Varios</b>		
<i>acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5 ml cup inner 300 mg-30 mg /12.5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; NM; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; NM; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i> (Butrans)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA-HRM; NDS; NM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg</i> (Fioricet)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (240 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; NM; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; NDS; NM; 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>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (240 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Dilaudid)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	NDS; NM; QL (120 per 30 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (90 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 60 mg</i> (MS Contin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Endocet)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> (Endocet)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; NM; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	NDS; NM; QL (300 per 30 days)
<b>Anestésicos</b>		
<b>Anestesia Local</b>		
<i>dermacinrx lidocan 5% patch outer</i> (lidocaine)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; QL (90 per 30 days)
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (lidocaine hcl)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (Glydo)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (DermacinRx Lidocan)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; QL (90 per 30 days)

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

04/01/2026

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; QL (240 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i> (lidocaine hcl)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; QL (30 per 30 days)
<i>lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (lidocaine)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; QL (90 per 30 days)
<i>tridacaine ii topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (lidocaine)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; QL (90 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL (90 per 30 days)

## **Antagonistas De Metales Pesados**

### **Antagonistas De Metales Pesados**

<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu Sprinkle)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)

## **Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)**

### **Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)**

<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> (Cleocin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i> (Vandazole)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Antibacterianos</b>		
<b>Aminoglicósidos</b>		
<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (235.2 per 28 days)
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Antibacteriales, Misceláneos</b>		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin HCl)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i> (Zyvox)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zyvox)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i> (Metro I.V.)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 1.25 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (112 per 14 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<b>Antibióticos B-Lactam Misceláneos</b>		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Azactam)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>meropenem intravenous recon soln 2 gram</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<b>Cefalosporinas</b>		
<i>cefactor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>cefazolin intravenous recon soln 10 gram</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefдинир oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>cefixime oral tablet 400 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>cefloxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ceftaroline fosamil intravenous recon soln 400 mg, 600 mg</i> (Teflaro)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (Tazicef)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (ceftazidime)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG (ceftaroline fosamil)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<b>Macrólidos</b>		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Zithromax)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (Zithromax)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zithromax)	\$0 (Nivel 1)	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (E.E.S. Granules)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (EryPed 400)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i> (Dificid)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (20 per 10 days)
<b>Penicilinas</b>		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

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

04/01/2026

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i> (Augmentin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML</b>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
LENTOCILIN S INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>penicillin g potassium injection recon (Pfizerpen-G) soln 20 million unit</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Quinolonas</b>		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, (Cipro) 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag sub, p/f, inner</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i>	(Avelox in NaCl (iso-osmotic)) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Sulfonamidas</b>		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>	(Sulfatrim) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i>	(Bactrim) \$0 (Nivel 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i>	(Bactrim DS) \$0 (Nivel 1)	
<b>Tetraciclinas</b>		
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i>	(doxycycline hyclate) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i>	(Doxy-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i>	(Morgidox) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i>	(Mondoxyne NL) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)		
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)		
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i> (Avidoxy)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)		
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)		
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)		
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)		
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i> (Tygacil)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)		
<b>Anticonceptivos</b>			
<b>Anticonceptivos</b>			
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	\$0-\$5.10 (Nivel 2)

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Azurette (28)) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Apri) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (1 per 28 days)
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive)) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (1 per 28 days)
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive)) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Kelnor 1/35 (28)) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(Valtya) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(EluRyng) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>feirza oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 1)	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (etonogestrel-ethinyl estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (91 per 84 days)
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	\$0 (Nivel 1)	
<i>jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL (91 per 84 days)
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG		\$0-\$12.65 (Nivel 4)
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i>	(Balcoltra)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Afirmelle)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Altavera (28))	\$0-\$5.10 (Nivel 2)

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(Amethyst (28)) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Iclevia) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(Enpresse) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>luizza oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive)) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive)) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>meleya oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive)) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>microgestin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>mili oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol) \$0 (Nivel 1)	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(Xulane) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (3 per 28 days)
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	(Jencycla) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Aurovela Fe 1-20 (28)) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Aurovela Fe 1.5/30 (28)) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(Tilia Fe) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(Tri-Lo-Estarylla) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(Tri-Estarylla) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(Mono-Linyah) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>orquidea oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0-\$5.10 (Nivel 2) QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG		\$0-\$12.65 (Nivel 4)
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>valtya oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso	
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>vylibra oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin-ethin.estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin-ethin.estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (3 per 28 days)
<i>zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Anticonvulsivos</b>			
<b>Anticonvulsivos</b>			
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	(brivaracetam)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	(brivaracetam)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	(brivaracetam)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine 100 mg/5 ml cup outer 100 mg/5 ml (5 ml)</i>		\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	(Carbatrol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	(Tegretol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	(Tegretol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Tegretol XR)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg, 200 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i> (Onfi)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Onfi)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 5-7.5-10 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>diazepam rectal kit 2.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,000 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (90 per 30 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (carbamazepine)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg</i> (Aptiom)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Aptiom)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
<i>fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml</i> (Cerebyx)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i> (Vimpat)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Lamictal ODT)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>levetiracetam oral tablet for suspension 250 mg</i> (Spritam)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	ST
<i>levetiracetam oral tablet for suspension 500 mg</i> (Spritam)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL (10 per 30 days)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>perampanel oral suspension 0.5 mg/ml</i> (Fycompa)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (720 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg</i> (Fycompa)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i> (Fycompa)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	ST; QL (30 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i> (Fycompa)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>phenytek oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (phenytoin sodium extended)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST; NM; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	ST
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST; NM; NDS
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 750 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG (levetiracetam)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST
SUBVENITE ORAL SUSPENSION 10 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA NSO
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (lamotrigine)	\$0 (Nivel 1)	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i> (Eprontia)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	ST
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Vigadrone)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Vigadrone)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i> (vigabatrin)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (1080 per 30 days)
<b>Antidepresivos</b>		
<b>Antidepresivos</b>		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST; NM; NDS
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i> (Wellbutrin XL)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Wellbutrin SR)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i> (Celexa)	\$0 (Nivel 1)	QL (120 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (Celexa)	\$0 (Nivel 1)	QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Anafranil)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Pristiq)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Lexapro)	\$0 (Nivel 1)	
EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
EXXUA ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 18.2 MG (32 TABS)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)-40 MG (26)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg</i> (Prozac)	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoxetine oral capsule 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Remeron)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>mirtazapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Remeron SolTab)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Pamelor)	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i> (Paxil)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Paxil)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i> (Paxil CR)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i> (Nardil)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	\$0 (Nivel 1)	
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS
<i>tranlycypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Viibryd)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 14 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 14 days)
<b>Antifúngicos</b>		
<b>Antifúngicos</b>		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA BvD
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i> (AmBisome)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i> (Ciclodan)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i> (Ciclodan)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i> (Loprox (as olamine))	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i> (Antifungal (clotrimazole))	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i> (Athlete's Foot (clotrimazole))	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)
CRESEMBA INTRAVENOUS RECON SOLN 372 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>econazole nitrate topical cream 1 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml</i> (Diflucan)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 165 mg, 250 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (360 per 30 days)
<i>micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)

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

04/01/2026

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nyamyc)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Antihistamínicos</b>		
<b>Antihistamínicos</b>		
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief)	\$0 (Nivel 1)	
<b>Antimicobacteriales</b>		
<b>Antimicobacteriales</b>		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<b>Antivirales (Sitémico)</b>		
<b>Antirretrovirales</b>		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i> (Apretude)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i> (Prezista)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i> (Prezista)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>didanosine oral capsule,delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG (rilpivirine hcl)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>emtricitabine-tenofov (tdf) oral tablet 100-150 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i> (Truvada)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>emtricitabine-tenofov (tdf) oral tablet 133-200 mg</i> (Truvada)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>emtricitabine-tenofov (tdf) oral tablet 200-25-300 mg</i> (Complera)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intelligence)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
INTELLIGENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5 ML (lopinavir-ritonavir)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL (480 per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i> (Kaletra)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i> (Kaletra)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i> (Kaletra)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Selzentry)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (1200 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG-MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>rilpivirine hcl oral tablet 25 mg</i> (Edurant)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK), 300 MG (5-TABLET PACK)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
SYM TUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Antivirales Hcv</b>		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 (sofosbuvir-velpatasvir) MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (ledipasvir-sofosbuvir)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<b>Antivirales, Varios</b>		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (Tamiflu)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (11 per 28 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL (60 per 180 days)
<b>Interferones</b>		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>Nucleósidos Y Nucleótidos</b>		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i> (Valcyte)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Cofactores Enzimáticos/Otros</b>		
<b>Cofactores Enzimáticos/Otros</b>		
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<b>Dispositivos</b>		
<b>Dispositivos</b>		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
ALCOHOL WIPES TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
AUTOSHIELD DUO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD INS SYR UF 0.3 ML 12.7MMX30G 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD INS SYR UF 0.5 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BD LO-DOSE ULTRA-FINE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD SINGLE USE SWAB (alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 " (gauze bandage)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD (alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 27G 12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 4MM 31 GAUGE X 5/32"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 8MM 32 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY,MEDIUM (alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
CURITY GAUZE PADS 2 X 2 " (gauze bandage)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 " (gauze bandage)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 29G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 30G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30G 8MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 6MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 8MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DROPLET INS 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30G 12.7MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DROPLET INS SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 10MM 29 GAUGE X 3/8"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DROPLET PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS (alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD (alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 4MM 29 GAUGE X 5/32"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EASY COMFORT PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT SYR 0.5 ML 29G 8MM 1/2 ML 29 X5/16 " (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 29G 8MM 1 ML 29 GAUGE X 5/16	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED	(alcohol swabs) \$0 (Nivel 1)	PA; ST
EASY TOUCH FLIPILOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML (insulin syringe needleless)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML (insulin syringe needleless)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 29 (Ulitet Insulin Syringe)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE (Ultra Comfort Insulin Syringe)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16" (Ultra Comfort Insulin Syringe)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
EXEL U100 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " (gauze bandage)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
GAUZE PADS 2"X2" STRL 2 X 2 " (Bordered Gauze)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
GNP ALCOHOL SWAB STERILE, TWO PLY (Alcohol Pads)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
GNP CLICKFINE 31G X 1/4" NDL 6MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GNP CLICKFINE 31G X 5/16" NDL 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
GNP PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (1st Tier Unifine Pentips)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
GNP PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (1st Tier Unifine Pentips)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
GNP PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (CareFine Pen Needle)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
GNP SIMPLI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
GNP ULT CMFRT 0.5 ML 29GX1/2" 1/2 ML 29 (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 30 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 7/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30 (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
GS PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16" (1st Tier Unifine Pentips)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (UltiCare Insuln Syr(half unit))	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYR 0.5 ML 28G 12.7MM (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (RX) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (Easy Touch Insulin Syringe)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (Sure Comfort Insulin Syringe)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29 (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (Sure Comfort Insulin Syringe)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (BD SafetyGlide Syringe)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 12.7MM (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INSULIN SYRINGE 1 ML (BD Eclipse Luer-Lok) 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML (Sure Comfort Insulin Syringe) 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS SYRINGE 1 ML (Easy Touch Luer Lock Insulin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE (Ultilet Insulin Syringe)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (Monoject Syringe)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSUMED SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 6MM (RX) 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
IV ANTISEPTIC WIPES (alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD (alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(CareFine Pen Needle) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(Comfort EZ Pen Needles) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(Advocate Pen Needle) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(Comfort EZ Pen Needles) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(Comfort EZ Pen Needles) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable)) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MS INSULIN SYR 1 ML 31GX5/16" (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30	(Ultra Comfort Insulin Syringe) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
NANO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
NOVOFINE 30 NEEDLE	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
NOVOTWIST NEEDLE 32 GAUGE X 1/5"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (1 per 365 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (10 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16" (Embrace Pen Needle)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16" (CareFine Pen Needle)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLE 31G X 1/4" HRI 31 GAUGE X 1/4" (1st Tier Unifine Pentips)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLE 6MM 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (1st Tier Unifine Pentips Plus)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLES 5MM 31G 31GX5MM,STRL,MINI (OTC) 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PEN NEEDLES 8MM 31G (pen needle, diabetic) 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" (pen needle, diabetic) 29 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" (pen needle, diabetic) MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" (pen needle, diabetic) SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4" (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 1/4"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PREFPLS INS SYR 1 ML (Advocate Syringes) 30GX5/16" (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs) \$0 (Nivel 1)	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs) \$0 (Nivel 1)	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" (Comfort Touch Pen Needle)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (Comfort EZ Insulin Syringe)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (Comfort EZ Insulin Syringe)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (Comfort EZ Insulin Syringe)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" (Comfort EZ PRO Safety Pen Ndl)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SECURES SAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SECURES SAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SECURES SAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
STERILE PADS 2" X 2" 2 X 2 " (gauze bandage)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	(alcohol swabs) \$0 (Nivel 1)	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS (alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8" (Thinpro Insulin Syringe)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 5MM 33 GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G (insulin syringe-needle 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G (insulin syringe-needle 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL (alcohol swabs) PADS	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syr/ndl u100 half mark) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 30G 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 30G 8MM (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM (OTC) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SAFETY 0.5 ML 29GX1/2 (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 29G 12.7MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB (alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE 0.5 ML 30G 12.7MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NDL 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) \$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso	
UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST	
UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST	
UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST	
UNIFINE SAFECONTROL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST	
UNIFINE SAFECONTROL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST	
UNIFINE SAFECONTROL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST	
UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST	
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST	
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2" (insulin syringe-needle 1 ML 29 GAUGE X 1/2")	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 29G (pen needle, diabetic) 12MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G (insulin syringe-needle 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2")	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE SYRING 1 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16")	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16")	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16")	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
V-GO 20 DEVICE	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
V-GO 30 DEVICE	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
V-GO 40 DEVICE	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
WEBCOL ALCOHOL PREPS (alcohol swabs) 20'S,LARGE	\$0 (Nivel 1)	PA; ST

### Preparaciones De Reemplazo

Preparaciones De Reemplazo			
<i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr intravenous parenteral solution</i>	(d5 % and 0.9 % sodium chloride)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	(D5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>		\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	(potassium chloride)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	(potassium chloride)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	(potassium chloride)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)</i>		\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)</i>		\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>		\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>		\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq</i> (Klor-Con 10)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 15 meq, 20 meq</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i> (Klor-Con 8)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (Klor-Con M10)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (Klor-Con M15)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (Klor-Con M20)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i> (Urocit-K 10)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i> (Urocit-K 15)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen</b>		
<b>Agentes Hematológicos, Varios</b>		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Anticoagulantes</b>		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i> (Pradaxa)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (74 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 0.5 MG, 1.5 MG (0.5 MG X 3), 2 MG (0.5 MG X 4)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (960 per 30 days)
ELIQUIS SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.15 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (120 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i> (Lovenox)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i> (Lovenox)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i> (Lovenox)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i> (Lovenox)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i> (Lovenox)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i> (Arixtra)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i> (Arixtra)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i> (Arixtra)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (12 per 30 days)

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) 7.5 mg/0.6 ml	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection solution</i> 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>jantoven oral tablet</i> 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg (warfarin)	\$0 (Nivel 1)	
<i>rivaroxaban oral suspension for reconstitution</i> 1 mg/ml (Xarelto)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (600 per 30 days)
<i>rivaroxaban oral tablet</i> 2.5 mg (Xarelto)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>warfarin oral tablet</i> 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg (Jantoven)	\$0 (Nivel 1)	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML (rivaroxaban)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (rivaroxaban)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG (rivaroxaban)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG (rivaroxaban)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	ST; QL (60 per 30 days)
<b>Inhibidores De Agregación De Plaquetas</b>		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase</i> 12 hr 25-200 mg	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>cilostazol oral tablet</i> 100 mg, 50 mg	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>clopidogrel oral tablet</i> 75 mg (Plavix)	\$0 (Nivel 1)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i> (Brilinta)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<b>Modificadores De Formación De Sangre</b>		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg</i> (Promacta)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 25 mg</i> (Promacta)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg</i> (Promacta)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 25 mg</i> (Promacta)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg</i> (Promacta)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS; QL (20 per 30 days)
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL (4 per 28 days)
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS

### Reemplazo/Modificadores De Enzima

#### Reemplazo/Modificadores De Enzima

CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 - 60,000 UNIT, 24,000-76,000 - 120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg</i> (sapropterin)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA BvD; NM; NDS
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS
<i>sapropterin oral tablet,soluble 100 mg</i> (Javygtor)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; NDS

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; NM; LA; NDS
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<b>Relajantes Musculares Esqueléticos</b>		
<b>Relajantes Musculares Esqueléticos</b>		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>dantrolene oral capsule 25 mg</i> (Dantrium)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	\$0-\$5.10 (Nivel 2)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>Vitaminas Y Minerales</b>		
<b>Vitaminas Y Minerales</b>		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg - 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>completenate tablet chew 29 mg iron-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	\$0 (Nivel 1)	
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pnv 29-1 oral tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

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

04/01/2026

Nombre del Medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	\$0 (Nivel 1)	
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prena1 true combo pack 30 mg iron-1.4 mg-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron,carb-folic)	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>preplus oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	\$0 (Nivel 1)	
<i>pretab oral tablet 29-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>virt-c dha oral capsule 35-1-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>virt-pn plus oral capsule 28-1-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vitafol nano oral tablet 18 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vp-pnv-dha oral capsule 28 mg iron- 1 mg-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

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

04/01/2026

## ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS .....	156, 157	AIMOVIG AUTOINJECTOR... 34	<i>ammonium lactate</i> .....76
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS.....	157	AIRSUPRA..... 69, 71	<i>amoxapine</i> .....141
<i>abacavir</i> .....	148	AKEEGA.....3	<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz</i> . 78
<i>abacavir-lamivudine</i> .....	148	<i>ala-cort</i> ..... 73	<i>amoxicillin</i> ..... 121, 122
ABELCET.....	145	<i>albendazole</i> .....37	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> ..... 122
<i>abigale</i> .....	84	<i>albuterol sulfate</i> .....71	<i>amphotericin b</i> ..... 145
<i>abigale lo</i> .....	84	ALCOHOL PADS..... 158	<i>amphotericin b liposome</i> ..... 145
ABILIFY ASIMTUFII.....	40	ALCOHOL PREP PADS..... 180	<i>ampicillin</i> .....122
ABILIFY MAINTENA.....	40	ALCOHOL PREP SWABS..... 158	<i>ampicillin sodium</i> ..... 122
<i>abiraterone</i> .....	3	ALCOHOL SWABS..... 175	<i>ampicillin-sulbactam</i> ..... 122
<i>abiraterone, submicronized</i> .....	3	ALCOHOL WIPES..... 158	<i>anagrelide</i> .....208
<i>abirtega</i> .....	3	ALECENSA..... 3	<i>anastrozole</i> ..... 3
ABOUTTIME PEN NEEDLE..	157	<i>alendronate</i> ..... 61, 62	ANKTIVA.....3
ABRYSSVO (PF).....	97	<i>alfuzosin</i> .....82	ANORO ELLIPTA.....71
<i>acamprosate</i> .....	24	<i>aliskiren</i> ..... 60	<i>aprepitant</i> ..... 36
<i>acarbose</i> .....	27	<i>allopurinol</i> ..... 34	<i>apri</i> .....125
<i>acebutolol</i> .....	49	<i>alosetron</i> ..... 61	APTIVUS..... 148
<i>acetaminophen-codeine</i> .....	113	<i>alprazolam</i> .....25	AQINJECT PEN NEEDLE..... 158
<i>acetazolamide</i> .....	103	<i>altavera (28)</i> ..... 125	ARCALYST..... 89
<i>acetazolamide sodium</i> .....	103	ALTRENO.....78	AREXVY (PF)..... 97
<i>acetic acid</i> .....	104	ALUNBRIG.....3	ARIKAYCE.....117
<i>acetylcysteine</i> .....	67	ALVAIZ..... 211	<i>aripiprazole</i> ..... 40
<i>acitretin</i> .....	76	<i>alyacen 1/35 (28)</i> ..... 125	ARISTADA..... 41
ACTHIB (PF).....	97	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i> ..... 125	ARISTADA INITIO.....40
ACTIMMUNE.....	109	ALYFTREK..... 67	<i>armodafinil</i> ..... 63
<i>acyclovir</i> .....	76, 156	<i>alyq</i> ..... 110	ARNUITY ELLIPTA..... 70
<i>acyclovir sodium</i> .....	156	<i>amantadine hcl</i> ..... 38	<i>asenapine maleate</i> ..... 41
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF).....	97	<i>amethyst (28)</i> ..... 125	<i>aspirin-dipyridamole</i> ..... 210
<i>adapalene</i> .....	78	<i>amikacin</i> .....117	ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL..... 158
<i>adefovir</i> .....	156	<i>amiloride</i> .....57	ASSURE ID DUO-SHIELD.... 158
ADEMPAS.....	110	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ...57	ASSURE ID INSULIN SAFETY..... 158, 159
<i>adrucil</i> .....	3	<i>amiodarone</i> .....49	ASSURE ID PEN NEEDLE ..... 158, 159
ADV AIR HFA.....	69	<i>amitriptyline</i> ..... 141	ASSURE ID PRO PEN NEEDLE.....159
ADVOCATE PEN NEEDLE... 158		<i>amlodipine</i> ..... 54	ASTAGRAF XL.....89
ADVOCATE SYRINGES 157, 158		<i>amlodipine-atorvastatin</i> ..... 55	<i>atazanavir</i> ..... 148
<i>afirmelle</i> .....	125	<i>amlodipine-benazepril</i> .....54	
		<i>amlodipine-olmesartan</i> .....54	
		<i>amlodipine-valsartan</i> .....54	
		<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i> ..55	

<i>atenolol</i> .....	49	<i>balsalazide</i> .....	61	BESREMI.....	89
<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....	50	BALVERSA.....	4	<i>betaine</i> .....	109
<i>atomoxetine</i> .....	63	BAQSIMI.....	109	<i>betamethasone dipropionate</i> .....	73
<i>atorvastatin</i> .....	55	BCG VACCINE, LIVE (PF).....	97	<i>betamethasone valerate</i> .....	73
<i>atovaquone</i> .....	37	BD ALCOHOL SWABS.....	160	<i>betamethasone, augmented</i> ...73, 74	
<i>atovaquone-proguanil</i> .....	37	BD AUTOSHIELD DUO PEN		BETASERON.....	64
<i>atropine</i> .....	108	NEEDLE.....	159	<i>betaxolol</i> .....	103
ATROVENT HFA.....	71	BD ECLIPSE LUER-LOK.....	159	<i>bethanechol chloride</i> .....	82
ATTRUBY.....	52	BD INSULIN SYRINGE.....	159	<i>bexarotene</i> .....	4
<i>aubra eq</i> .....	125	BD INSULIN SYRINGE		BEXSERO.....	97
AUGTYRO.....	3	(HALF UNIT).....	159	<i>bicalutamide</i> .....	4
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i> .....	125	BD INSULIN SYRINGE		BICILLIN L-A.....	122
<i>aurovela 1/20 (21)</i> .....	126	ULTRA-FINE.....	159	BIKTARVY.....	148
<i>aurovela 24 fe</i> .....	126	BD LO-DOSE ULTRA-FINE..	160	<i>bisoprolol fumarate</i> .....	50
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i> .....	126	BD NANO 2ND GEN PEN		<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> ..	50
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i> .....	126	NEEDLE.....	160	BIZENGRI.....	4
AUSTEDO.....	63	BD SAFETYGLIDE INSULIN		<i>bleomycin</i> .....	4
AUSTEDO XR.....	64	SYRINGE.....	160	<i>blisovi 24 fe</i> .....	126
AUSTEDO XR TITRATION		BD SAFETYGLIDE SYRINGE		<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i> .....	126
KT(WK1-4).....	64	.....	160	<i>blisovi fe 1/20 (28)</i> .....	126
AUTOSHIELD DUO PEN		BD ULTRA-FINE MICRO		BOOSTRIX TDAP.....	97
NEEDLE.....	159	PEN NEEDLE.....	160	BORDERED GAUZE.....	161
AUVELITY.....	141	BD ULTRA-FINE MINI PEN		<i>bortezomib</i> .....	4, 5
<i>aviane</i> .....	126	NEEDLE.....	160	BORUZU.....	5
AVMAPKI.....	3	BD ULTRA-FINE NANO PEN		<i>bosentan</i> .....	110
AVMAPKI-FAKZYNJA.....	3	NEEDLE.....	160	BOSULIF.....	5
AVONEX.....	64	BD ULTRA-FINE ORIG PEN		BRAFTOVI.....	5
AXTLE.....	4	NEEDLE.....	161	BREO ELLIPTA.....	70
<i>ayuna</i> .....	126	BD ULTRA-FINE SHORT		<i>breyna</i> .....	70
AYVAKIT.....	4	PEN NEEDLE.....	161	BREZTRI AEROSPHERE.....	71
<i>azacitidine</i> .....	4	BD VEO INSULIN SYR		<i>brimonidine</i> .....	103
<i>azathioprine</i> .....	89	(HALF UNIT).....	161	<i>brimonidine-timolol</i> .....	103
<i>azathioprine sodium</i> .....	89	BD VEO INSULIN SYRINGE		<i>brinzolamide</i> .....	103
<i>azelastine</i> .....	108	UF.....	161	BRIVIACT.....	134
<i>azithromycin</i> .....	121	BELSOMRA.....	63	<i>bromfenac</i> .....	107
<i>aztreonam</i> .....	119	<i>benazepril</i> .....	58	<i>bromocriptine</i> .....	38
<i>azurette (28)</i> .....	126	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> ..	59	BRONCHITOL.....	67
<i>bacitracin</i> .....	104	<i>bendamustine</i> .....	4	BRUKINSA.....	5
<i>bacitracin-polymyxin b</i> .....	104	BENDAMUSTINE.....	4	<i>budesonide</i> .....	61, 70
<i>baclofen</i> .....	213	BENDEKA.....	4	<i>budesonide-formoterol</i> .....	70
<i>bal-care dha</i> .....	214	BENLYSTA.....	89	<i>bumetanide</i> .....	57
<i>bal-care dha essential</i> .....	214	<i>benztropine</i> .....	38	<i>buprenorphine</i> .....	113

<i>buprenorphine hcl</i> .....	24	<i>cefazolin</i> .....	119	<i>clindamycin phosphate</i> .....	77, 116, 117, 118
<i>buprenorphine-naloxone</i> .....	24	<i>cefdinir</i> .....	119, 120	<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> ....	77
<i>bupropion hcl</i> .....	141	<i>cefepime</i> .....	120	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE).....	48
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> ...	24	<i>cefixime</i> .....	120	CLINIMIX 8%- D10W(SULFITE-FREE).....	48
<i>buspirone</i> .....	109	<i>cefloxitin</i> .....	120	CLINIMIX 8%- D14W(SULFITE-FREE).....	48
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i> ..	113	<i>cefpodoxime</i> .....	120	CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE.....	48
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i> ..	113	<i>cefprozil</i> .....	120	CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE.....	48
CABENUVA.....	149	<i>ceftaroline fosamil</i> .....	120	<i>clobazam</i> .....	135
<i>cabergoline</i> .....	38	<i>ceftazidime</i> .....	120	<i>clobetasol</i> .....	74
CABOMETYX.....	5	<i>ceftriaxone</i> .....	120	<i>clobetasol-emollient</i> .....	74
<i>cabotegravir</i> .....	149	<i>cefuroxime axetil</i> .....	120	<i>clomipramine</i> .....	141
<i>calcipotriene</i> .....	76	<i>cefuroxime sodium</i> .....	120	<i>clonazepam</i> .....	25, 26
<i>calcitonin (salmon)</i> .....	62	<i>celecoxib</i> .....	111	<i>clonidine</i> .....	48
<i>calcitriol</i> .....	62	<i>cephalexin</i> .....	120	<i>clonidine hcl</i> .....	48
<i>calcium acetate(phosphat bind)</i> ..	81	<i>cevimeline</i> .....	72	<i>clopidogrel</i> .....	210
CALQUENCE.....	5	<i>chateal eq (28)</i> .....	126	<i>clorazepate dipotassium</i> .....	26
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL).....	5	<i>chlordiazepoxide hcl</i> .....	25	<i>clotrimazole</i> .....	145
CAMCEVI (6 MONTH).....	5	<i>chlorhexidine gluconate</i> .....	72	<i>clotrimazole-betamethasone</i> ....	145
<i>camila</i> .....	126	<i>chloroquine phosphate</i> .....	37	<i>clozapine</i> .....	41
CAMZYOS.....	52	<i>chlorpromazine</i> .....	41	<i>c-nate dha</i> .....	214
<i>candesartan</i> .....	53	<i>chlorthalidone</i> .....	57	COARTEM.....	37
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	53	<i>cholestyramine</i> .....	55	COBENFY.....	41
CAPLYTA.....	41	<i>cholestyramine light</i> .....	55	COBENFY STARTER PACK...	41
CAPRELSA.....	5	<i>ciclopirox</i> .....	145	<i>colchicine</i> .....	34
<i>captopril</i> .....	59	<i>cilostazol</i> .....	210	<i>colesevelam</i> .....	55
<i>carbamazepine</i> .....	134, 135	CIMDUO.....	149	<i>colestipol</i> .....	55
<i>carbidopa-levodopa</i> .....	39	<i>cimetidine hcl</i> .....	78	<i>colistin (colistimethate na)</i> .....	118
CAREFINE PEN NEEDLE.....	161	CIMZIA.....	89, 90	COMBIVENT RESPIMAT.....	71
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD.....	161	CIMZIA POWDER FOR RECONST.....	89	COMETRIQ.....	6
CARETOUCH INSULIN SYRINGE.....	162	CIMZIA STARTER KIT.....	90	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	162, 163, 164, 165
CARETOUCH PEN NEEDLE .....	161, 162	<i>cinacalcet</i> .....	62	COMFORT EZ PEN NEEDLES.....	163, 164
<i>carglumic acid</i> .....	79	<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	105, 123	COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL.....	164
<i>carteolol</i> .....	103	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> ...	123		
<i>cartia xt</i> .....	51	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> ...	105		
<i>carvedilol</i> .....	50	<i>citalopram</i> .....	141		
CAYSTON.....	119	<i>clarithromycin</i> .....	121		
<i>cefaclor</i> .....	119	CLICKFINE PEN NEEDLE .....	162, 175, 176		
<i>cefadroxil</i> .....	119	<i>clindamycin hcl</i> .....	117		

COMFORT TOUCH PEN	DANYELZA.....	6	<i>diclofenac potassium</i> .....	111
NEEDLE.....	DANZITEN.....	6	<i>diclofenac sodium</i> .....	107, 111, 112
<i>completenate</i> .....	<i>dapagliflozin propanediol</i> .....	28	<i>diclofenac-misoprostol</i> .....	112
<i>compro</i> .....	<i>dapsone</i> .....	147	<i>dicloxacillin</i> .....	122
<i>conjugated estrogens</i> .....	DAPTACEL (DTAP		<i>dicyclomine</i> .....	80
<i>constulose</i> .....	PEDIATRIC) (PF).....	98	<i>didanosine</i> .....	149
COPIKTRA.....	<i>daptomycin</i> .....	118	<i>difluprednate</i> .....	107
CORLANOR.....	<i>darunavir</i> .....	149	<i>digoxin</i> .....	52
CORTROPHIN GEL.....	<i>dasatinib</i> .....	6	<i>dihydroergotamine</i> .....	34
COSENTYX.....	<i>dasetta 1/35 (28)</i> .....	126	DILANTIN.....	135
COSENTYX (2 SYRINGES).....	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i> .....	126	<i>diltiazem hcl</i> .....	51
COSENTYX PEN (2 PENS).....	DATROWAY.....	6	<i>dilt-xr</i> .....	51
COSENTYX UNOREADY	DAURISMO.....	6	<i>dimethyl fumarate</i> .....	65
PEN.....	<i>deblitane</i> .....	126	<i>diphenoxylate-atropine</i> .....	80
COTELLIC.....	<i>decitabine</i> .....	7	<i>dipyridamole</i> .....	211
CREON.....	<i>deferasirox</i> .....	116	<i>disulfiram</i> .....	25
CRESEMBA.....	DELSTRIGO.....	149	<i>divalproex</i> .....	135
<i>cromolyn</i> .....	<i>demeclocycline</i> .....	124	<i>dofetilide</i> .....	49
<i>cryselle (28)</i> .....	DENGVAXIA (PF).....	98	<i>dolishale</i> .....	127
CURAD GAUZE PAD.....	<i>denta 5000 plus</i> .....	73	<i>donepezil</i> .....	27
CURITY ALCOHOL SWABS	<i>dentagel</i> .....	73	<i>dorzolamide</i> .....	103
165	DEPO-SUBQ PROVERA	104..	<i>dorzolamide-timolol</i> .....	103
CURITY GAUZE.....	DERMACEA.....	166	DOVATO.....	149
165, 166	DERMACEA NON-WOVEN..	166	<i>doxazosin</i> .....	48
<i>cyclobenzaprine</i> .....	<i>dermacinrx lidocan</i> .....	115	<i>doxepin</i> .....	63, 142
213	DESCOVY.....	149	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i> .....	7
<i>cyclophosphamide</i> .....	<i>desipramine</i> .....	142	<i>doxy-100</i> .....	124
6	<i>desmopressin</i> .....	87	<i>doxycycline hyclate</i> .....	124
<i>cyclosporine</i> .....	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> ....	127	<i>doxycycline monohydrate</i> .....	124, 125
90, 107	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> ....	127	DRIZALMA SPRINKLE.....	142
<i>cyclosporine modified</i> .....	<i>desvenlafaxine succinate</i> .....	142	<i>dronabinol</i> .....	36
90	<i>dexamethasone</i> .....	85, 86	DROPLET INSULIN	
CYLTEZO(CF).....	<i>dexamethasone sodium</i>		SYR(HALF UNIT).....	166, 167
91	<i>phosphate</i> .....	86, 107	DROPLET INSULIN	
CYLTEZO(CF) PEN.....	<i>dextroamphetamine-</i>		SYRINGE.....	166, 167, 168
91	<i>amphetamine</i> .....	64	DROPLET MICRON PEN	
CYLTEZO(CF) PEN	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> .....	48	NEEDLE.....	168
CROHN'S-UC-HS.....	DIACOMIT.....	135	DROPLET PEN NEEDLE	
90	<i>diazepam</i> .....	26, 135	.....	168, 169
CYLTEZO(CF) PEN	<i>diazepam intensol</i> .....	26	DROPSAFE ALCOHOL PREP	
PSORIASIS-UV.....	<i>diazoxide</i> .....	109	PADS.....	169
90	<i>diclofenac epolamine</i> .....	111		
<i>cyred eq</i> .....				
126				
<i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr</i>				
.....				
207				
<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>				
<i>chloride</i> .....				
207				
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> ..				
207				
<i>dabigatran etexilate</i> .....				
209				
<i>dalfampridine</i> .....				
64				
<i>danazol</i> .....				
84				
<i>dantrolene</i> .....				
213				

DROPSAFE INSULIN	<i>efavirenz</i> .....	149	<i>entacapone</i> .....	39
SYRINGE.....	<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> ..	149	<i>entecavir</i> .....	156
DROPSAFE PEN NEEDLE.....	<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> ..	150	ENTRESTO.....	53
<i>droxidopa</i> .....	ELAHERE.....	7	ENTRESTO SPRINKLE.....	53
<i>duloxetine</i> .....	ELEPSIA XR.....	135, 136	<i>enulose</i> .....	80
DUPIXENT PEN.....	ELIGARD.....	7	EPCLUSA.....	154
DUPIXENT SYRINGE.....	ELIGARD (3 MONTH).....	7	EPIDIOLEX.....	136
<i>dutasteride</i> .....	ELIGARD (4 MONTH).....	7	<i>epinastine</i> .....	108
EASY COMFORT ALCOHOL	ELIGARD (6 MONTH).....	7	<i>epinephrine</i> .....	52
PAD.....	<i>elinest</i> .....	127	<i>epitol</i> .....	136
EASY COMFORT INSULIN	ELIQUIS.....	209	EPIVIR HBV.....	150
SYRINGE.....	ELIQUIS DVT-PE TREAT		EPKINLY.....	7
EASY COMFORT PEN	30D START.....	209	<i>eplerenone</i> .....	60
NEEDLES.....	ELIQUIS SPRINKLE.....	209	ERBITUX.....	7
EASY COMFORT SAFETY	ELREXFIO.....	7	<i>ergoloid</i> .....	27
PEN NEEDLE.....	<i>eltrombopag olamine</i> .....	211	ERIVEDGE.....	8
EASY GLIDE INSULIN	<i>eluryng</i> .....	127	ERLEADA.....	8
SYRINGE.....	EMBRACE PEN NEEDLE		<i>erlotinib</i> .....	8
EASY GLIDE PEN NEEDLE..	.....	174, 175	<i>errin</i> .....	127
EASY TOUCH.....	EMCYT.....	7	<i>ertapenem</i> .....	119
173, 174	EMGALITY PEN.....	34	<i>erythromycin</i> .....	105, 121
EASY TOUCH ALCOHOL	EMGALITY SYRINGE.....	34, 35	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ....	121
PREP PADS.....	EMRELIS.....	7	<i>erythromycin with ethanol</i> .....	77
EASY TOUCH FLIPLOCK	EMSAM.....	142	ERZOFRI.....	42
INSULIN.....	<i>emtricitabine</i> .....	150	<i>escitalopram oxalate</i> .....	142
EASY TOUCH FLIPLOCK	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> .....	150	<i>eslicarbazepine</i> .....	136
SYRINGE.....	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ....	150	<i>esomeprazole magnesium</i> .....	79
EASY TOUCH INSULIN	EMTRIVA.....	150	<i>estarylla</i> .....	127
SAFETY SYR.....	<i>emzahh</i> .....	127	<i>estradiol</i> .....	85
EASY TOUCH INSULIN	<i>enalapril maleate</i> .....	59	<i>estradiol-norethindrone acet</i> .....	85
SYRINGE.....	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> ....	59	<i>eszopiclone</i> .....	63
172, 173, 174	ENBREL.....	91	<i>ethambutol</i> .....	147
EASY TOUCH LUER LOCK	ENBREL MINI.....	91	<i>ethosuximide</i> .....	136
INSULIN.....	ENBREL SURECLICK.....	91	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> ....	127
EASY TOUCH PEN NEEDLE	<i>endocet</i> .....	113	<i>etodolac</i> .....	112
173	ENGERIX-B (PF).....	98	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ...	127
EASY TOUCH SAFETY PEN	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF).....	98	ETOPOPHOS.....	8
NEEDLE.....	<i>enilloring</i> .....	127	<i>etoposide</i> .....	8
174	<i>enoxaparin</i> .....	209	<i>etravirine</i> .....	150
EASY TOUCH	<i>enpresse</i> .....	127	EUCRISA.....	74
SHEATHLOCK INSULIN	ENSACOVE.....	7	EULEXIN.....	8
.....	<i>enskyce</i> .....	127	<i>everolimus (antineoplastic)</i> .....	8
172, 173				
EASY TOUCH UNI-SLIP.....				
174				
<i>econazole nitrate</i> .....				
145				
EDURANT.....				
149				
EDURANT PED.....				
149				

<i>everolimus</i>	<i>fidaxomicin</i> .....	121	FUZEON.....	150
(immunosuppressive).....	<i>finasteride</i> .....	82	FYARRO.....	9
EVOTAZ.....	<i>fungolimod</i> .....	65	<i>gabapentin</i> .....	136
EXEL INSULIN.....	FINTEPLA.....	136	<i>galantamine</i> .....	27
<i>exemestane</i> .....	FIRMAGON KIT W		<i>gallifrey</i> .....	88
EXTENCILLINE.....	DILUENT SYRINGE.....	8, 9	GAMUNEX-C.....	91
EXXUA.....	<i>flavoxate</i> .....	83	GARDASIL 9 (PF).....	98
EYSUVIS.....	<i>flecainide</i> .....	49	GAUZE BANDAGE.....	175
<i>ezetimibe</i> .....	<i>floxuridine</i> .....	9	GAUZE PAD.....	175
<i>ezetimibe-simvastatin</i> .....	<i>fluconazole</i> .....	146	<i>gavilyte-c</i> .....	82
FAKZYNJA.....	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> ....	145	<i>gavilyte-g</i> .....	82
<i>falmina (28)</i> .....	<i>flucytosine</i> .....	146	<i>gavilyte-n</i> .....	82
<i>famciclovir</i> .....	<i>fludrocortisone</i> .....	86	GAVRETO.....	9
<i>famotidine</i> .....	<i>flunisolide</i> .....	107	<i>gefitinib</i> .....	9
FANAPT.....	<i>fluocinolone</i> .....	74	<i>gemfibrozil</i> .....	56
FANAPT TITRATION PACK	<i>fluocinolone acetonide oil</i> .....	107	<i>generlac</i> .....	80
A.....	<i>fluocinonide</i> .....	74, 75	<i>gengraf</i> .....	91, 92
FANAPT TITRATION PACK	<i>fluoride (sodium)</i> .....	73	<i>gentak</i> .....	105
B.....	<i>fluorometholone</i> .....	107	<i>gentamicin</i> .....	77, 105, 117
FANAPT TITRATION PACK	<i>fluorouracil</i> .....	9, 76	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i> ....	117
C.....	<i>fluoxetine</i> .....	143	<i>gentamicin sulfate (pf)</i> .....	117
FARXIGA.....	<i>fluphenazine decanoate</i> .....	42	GENVOYA.....	150
FASENRA.....	<i>fluphenazine hcl</i> .....	42	GILOTRIF.....	9
FASENRA PEN.....	<i>flurbiprofen</i> .....	112	<i>glatiramer</i> .....	65
<i>febuxostat</i> .....	<i>flurbiprofen sodium</i> .....	107	<i>glatopa</i> .....	65
<i>feirza</i> .....	<i>flutamide</i> .....	9	<i>glimepiride</i> .....	33
<i>felbamate</i> .....	<i>fluticasone propionate</i> ..	70, 75, 107	<i>glipizide</i> .....	33
<i>felodipine</i> .....	<i>fluticasone propion-salmeterol</i> ...	70	<i>glipizide-metformin</i> .....	33
<i>femynor</i> .....	<i>fluvastatin</i> .....	56	<i>glucagon emergency kit</i>	
<i>fenofibrate</i> .....	<i>fluvoxamine</i> .....	143	(human).....	109
<i>fenofibrate micronized</i> .....	<i>folivane-ob</i> .....	214	<i>glutamine (sickle cell)</i> .....	109
<i>fenofibrate nanocrystallized</i> .....	<i>fondaparinux</i> .....	209, 210	<i>glyburide</i> .....	34
<i>fentanyl</i> .....	<i>fosamprenavir</i> .....	150	<i>glyburide micronized</i> .....	34
<i>fentanyl citrate</i> .....	<i>fosfomycin tromethamine</i> .....	118	<i>glyburide-metformin</i> .....	34
<i>fesoterodine</i> .....	<i>fosinopril</i> .....	59	<i>glycopyrrolate</i> .....	80
FETZIMA.....	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> ...	59	<i>glydo</i> .....	115
FIASP FLEXTOUCH U-100	<i>fosphenytoin</i> .....	136	GLYXAMBI.....	28
INSULIN.....	FOTIVDA.....	9	GOMEKLI.....	9
FIASP PENFILL U-100	FREESTYLE PRECISION.....	175	<i>griseofulvin microsize</i> .....	146
INSULIN.....	FRUZAQLA.....	9	<i>griseofulvin ultramicrosize</i> .....	146
FIASP PUMPCART.....	<i>fulvestrant</i> .....	9	<i>guanfacine</i> .....	49, 65
FIASP U-100 INSULIN.....	<i>furosemide</i> .....	57, 58	GVOKE.....	109

GVOKE HYOPEN 2-PACK..	109	HUMULIN R U-500 (CONC)		INCONTROL PEN NEEDLE	
GVOKE PFS 1-PACK		INSULIN.....	31	.....	177, 178
SYRINGE.....	109	HUMULIN R U-500 (CONC)		INCRELEX.....	87
HAEGARDA.....	211	KWIKPEN.....	31	<i>indapamide</i> .....	58
<i>hailey 24 fe</i> .....	128	<i>hydralazine</i> .....	52	<i>indomethacin</i> .....	112
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i> .....	128	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	58	INFANRIX (DTAP) (PF).....	99
<i>hailey fe 1/20 (28)</i> .....	128	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> ....	114	<i>infliximab</i> .....	93
<i>halobetasol propionate</i> .....	75	<i>hydrocortisone</i> .....	61, 75, 86	INGREZZA.....	65
<i>haloette</i> .....	128	<i>hydrocortisone valerate</i> .....	75	INGREZZA INITIATION	
<i>haloperidol</i> .....	43	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> .....	105	PK(TARDIV).....	65
<i>haloperidol decanoate</i> .....	43	<i>hydromorphone</i> .....	114	INGREZZA SPRINKLE.....	65
<i>haloperidol lactate</i> .....	43	<i>hydroxychloroquine</i> .....	37	INLEXZO.....	11
HARVONI.....	154, 155	<i>hydroxyurea</i> .....	10	INLURIYO.....	11
HAVRIX (PF).....	98	<i>hydroxyzine hcl</i> .....	147	INLYTA.....	11
HEALTHWISE INSULIN		<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	109, 110	INPEN (FOR HUMALOG)	
SYRINGE.....	176, 177	HYRNUO.....	10	BLUE.....	178
HEALTHWISE PEN NEEDLE	177	<i>ibandronate</i> .....	62	INPEN (NOVOLOG OR	
HEALTHY ACCENTS		IBRANCE.....	10	FIASP) BLUE.....	178
UNIFINE PENTIP.....	177	IBTROZI.....	10	INQOVI.....	11
<i>heather</i> .....	128	<i>ibu</i> .....	112	INREBIC.....	11
<i>heparin (porcine)</i> .....	210	<i>ibuprofen</i> .....	112	<i>insulin asp prt-insulin aspart</i> .....	31
HEPLISAV-B (PF).....	98	<i>icatibant</i> .....	52	<i>insulin aspart u-100</i> .....	31
HERCEPTIN HYLECTA.....	10	<i>iclevia</i> .....	128	<i>insulin glargine-yfgn</i> .....	31
HERNEXEOS.....	10	ICLUSIG.....	10	<i>insulin lispro</i> .....	31
HIBERIX (PF).....	98	<i>icosapent ethyl</i> .....	56	INSULIN SYR/NDL U100	
HUMIRA.....	92	IDHIFA.....	10	HALF MARK.....	178
HUMIRA PEN.....	92	<i>ifosfamide</i> .....	10	INSULIN SYRINGE	
HUMIRA PEN CROHNS-UC-		ILEVRO.....	107	MICROFINE.....	159
HS START.....	92	<i>imatinib</i> .....	10	INSULIN SYRINGE	
HUMIRA PEN PSOR-		IMBRUVICA.....	10, 11	NEEDLELESS.....	179
UVEITS-ADOL HS.....	92	IMDELLTRA.....	11	INSULIN SYRINGE-NEEDLE	
HUMIRA(CF).....	92	<i>imipenem-cilastatin</i> .....	119	U-100	
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS		<i>imipramine hcl</i> .....	143	175, 178, 179, 184, 186, 188, 193,	
STARTER.....	92	<i>imiquimod</i> .....	77	197, 198	
HUMIRA(CF) PEN.....	92	IMJUDO.....	11	INSULIN U-500 SYRINGE-	
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-		IMKELDI.....	11	NEEDLE.....	179
UC-HS.....	92	IMOVAX RABIES VACCINE		INSUMED.....	179
HUMIRA(CF) PEN		(PF).....	98	INSUPEN PEN NEEDLE	179, 180
PEDIATRIC UC.....	92	IMPAVIDO.....	37	INTELENCE.....	150
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-		<i>incassia</i> .....	128	<i>introvale</i> .....	128
ADOL HS.....	92	INCONTROL ALCOHOL		INVEGA HAFYERA.....	43
		PADS.....	177	INVEGA SUSTENNA.....	43

INVEGA TRINZA.....	43, 44	JYNNEOS (PF).....	99	<i>lapatinib</i> .....	13
INVELTYS.....	107	KALETRA.....	151	<i>larin 1.5/30 (21)</i> .....	129
IPOL.....	99	KALYDECO.....	68	<i>larin 1/20 (21)</i> .....	129
<i>ipratropium bromide</i> .....	71, 108	<i>kariva (28)</i> .....	129	<i>larin 24 fe</i> .....	129
<i>ipratropium-albuterol</i> .....	72	<i>kelnor 1/35 (28)</i> .....	129	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i> .....	129
<i>irbesartan</i> .....	53	<i>kelnor 1/50 (28)</i> .....	129	<i>larin fe 1/20 (28)</i> .....	129
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> ..	53	KERENDIA.....	60	<i>latanoprost</i> .....	104
ISENTRESS.....	150, 151	KESIMPTA PEN.....	65	LAZCLUZE.....	13
ISENTRESS HD.....	150	<i>ketoconazole</i> .....	146	<i>leflunomide</i> .....	93
<i>isibloom</i> .....	128	<i>ketorolac</i> .....	107, 112	<i>lenalidomide</i> .....	13
<i>isoniazid</i> .....	147	KEYTRUDA.....	12	LENTOCILIN S.....	123
<i>isosorbide dinitrate</i> .....	60	KEYTRUDA QLEX.....	12	LENVIMA.....	13
<i>isosorbide mononitrate</i> .....	60	KIMMTRAK.....	12	<i>lessina</i> .....	129
ITOVEBI.....	11	KINERET.....	93	<i>letrozole</i> .....	13
<i>itraconazole</i> .....	146	KINRIX (PF).....	99	<i>leucovorin calcium</i> .....	110
IV PREP WIPES.....	180	<i>kionex (with sorbitol)</i> .....	80	LEUKERAN.....	13
<i>ivabradine</i> .....	52	KISQALI.....	12	<i>leuprolide</i> .....	13
<i>ivermectin</i> .....	37, 38	KISQALI FEMARA CO- PACK.....	12	<i>leuprolide acetate (3 month)</i> .....	13
IWILFIN.....	11	KLISYRI (250 MG).....	77	<i>levetiracetam</i> .....	137
IXIARO (PF).....	99	<i>klor-con m10</i> .....	207	<i>levobunolol</i> .....	104
JAKAFI.....	11	<i>klor-con m15</i> .....	207	<i>levocetirizine</i> .....	147
<i>jantoven</i> .....	210	<i>klor-con m20</i> .....	207	<i>levofloxacin</i> .....	123, 124
JANUMET.....	28	KLOXXADO.....	25	<i>levofloxacin in d5w</i> .....	123
JANUMET XR.....	28	KOMZIFTI.....	12	<i>levonest (28)</i> .....	129
JANUVIA.....	28	KOSELUGO.....	12	<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i> ..	129
JARDIANCE.....	28	<i>kosher prenatal plus iron</i> .....	214	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> .....	129, 130
<i>javygtor</i> .....	212	KRAZATI.....	13	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> ....	130
JAYPIRCA.....	11	<i>kurvelo (28)</i> .....	129	<i>levora-28</i> .....	130
JEMPERLI.....	11	KYLEENA.....	129	<i>levothyroxine</i> .....	83
<i>jencycla</i> .....	128	KYNMOBI.....	39	LEXIVA.....	151
JENTADUETO.....	28	<i>labetalol</i> .....	50	LIBERVANT.....	137
JENTADUETO XR.....	28	<i>lacosamide</i> .....	137	<i>lidocaine</i> .....	115, 116
<i>jolessa</i> .....	128	<i>lactulose</i> .....	80	<i>lidocaine hcl</i> .....	115
<i>juleber</i> .....	128	<i>lamivudine</i> .....	151	<i>lidocaine viscous</i> .....	116
JULUCA.....	151	<i>lamivudine-zidovudine</i> .....	151	<i>lidocaine-prilocaine</i> .....	116
<i>junel 1.5/30 (21)</i> .....	128	<i>lamotrigine</i> .....	137	<i>lidocan iii</i> .....	116
<i>junel 1/20 (21)</i> .....	128	<i>lanreotide</i> .....	87	LILETTA.....	130
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i> .....	128	<i>lansoprazole</i> .....	79	<i>linezolid</i> .....	118
<i>junel fe 1/20 (28)</i> .....	128	LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN.....	32	<i>linezolid in dextrose 5%</i> .....	118
<i>junel fe 24</i> .....	129	LANTUS U-100 INSULIN.....	32	LINZESS.....	80
JYLAMVO.....	12			<i>liomny</i> .....	83
JYNARQUE.....	58				

<i>liothyronine</i> .....	83	<i>lurasidone</i> .....	44	MAXICOMFORT SAFETY	
LISCO.....	180	<i>lutera (28)</i> .....	130	PEN NEEDLE.....	182
<i>lisinopril</i> .....	59	LUTRATE DEPOT (3		MAYZENT.....	66
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ....	59	MONTH).....	14	MAYZENT STARTER(FOR	
LITE TOUCH INSULIN PEN		LYBALVI.....	44	1MG MAINT).....	66
NEEDLES.....	180	<i>lyleq</i> .....	130	MAYZENT STARTER(FOR	
LITE TOUCH INSULIN		LYNOZYFIC.....	14, 15	2MG MAINT).....	66
SYRINGE.....	180, 181	LYNPARZA.....	15	<i>meclizine</i> .....	36
<i>lithium carbonate</i> .....	65, 66	LYSODREN.....	15	<i>medroxyprogesterone</i> .....	88
<i>lithium citrate</i> .....	66	LYTGOBI.....	15	<i>mefloquine</i> .....	38
LIVTENCITY.....	155	<i>lyza</i> .....	130	<i>megestrol</i> .....	15, 89
LOKELMA.....	80	MAGELLAN INSULIN		MEKINIST.....	15
<i>lomustine</i> .....	13	SAFETY SYRNG.....	181	MEKTOVI.....	15
LONSURF.....	13	MAGELLAN SYRINGE.....	181	<i>meleya</i> .....	130
<i>loperamide</i> .....	80	<i>magnesium sulfate</i> .....	207	<i>meloxicam</i> .....	112
<i>lopinavir-ritonavir</i> .....	151	<i>malathion</i> .....	78	<i>memantine</i> .....	27
LOQTORZI.....	14	<i>maraviroc</i> .....	151	MENACTRA (PF).....	99
<i>lorazepam</i> .....	26	MARGENZA.....	15	MENQUADFI (PF).....	99
<i>lorazepam intensol</i> .....	26	<i>marlissa (28)</i> .....	130	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	
LORBRENA.....	14	<i>marnatal-f</i> .....	214	(PF).....	99
<i>losartan</i> .....	53	MARPLAN.....	143	<i>mercaptopurine</i> .....	15
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> ....	53	MATULANE.....	15	<i>meropenem</i> .....	119
LOTEMAX.....	108	MAVENCLAD (10 TABLET		<i>mesalamine</i> .....	61
LOTEMAX SM.....	108	PACK).....	66	<i>mesna</i> .....	110
<i>loteprednol etabonate</i> .....	108	MAVENCLAD (4 TABLET		<i>metformin</i> .....	28, 29
<i>lovastatin</i> .....	56	PACK).....	66	<i>methadone</i> .....	114
<i>low-ogestrel (28)</i> .....	130	MAVENCLAD (5 TABLET		<i>methazolamide</i> .....	104
<i>loxapine succinate</i> .....	44	PACK).....	66	<i>methenamine hippurate</i> .....	118
<i>lubiprostone</i> .....	80	MAVENCLAD (6 TABLET		<i>methimazole</i> .....	83
<i>luizza</i> .....	130	PACK).....	66	<i>methocarbamol</i> .....	213
LUMAKRAS.....	14	MAVENCLAD (7 TABLET		<i>methotrexate sodium</i> .....	15, 16
LUMIGAN.....	104	PACK).....	66	<i>methotrexate sodium (pf)</i> .....	15
LUNSUMIO.....	14	MAVENCLAD (8 TABLET		<i>methoxsalen</i> .....	77
LUNSUMIO VELO.....	14	PACK).....	66	<i>methsuximide</i> .....	137
LUPRON DEPOT.....	14, 87	MAVENCLAD (9 TABLET		<i>methylphenidate hcl</i> .....	66, 67
LUPRON DEPOT (3 MONTH)		PACK).....	66	<i>methylprednisolone</i> .....	86
.....	14, 87	MAXICOMFORT II PEN		<i>methylprednisolone acetate</i> .....	86
LUPRON DEPOT (4 MONTH).	14	NEEDLE.....	181	<i>metoclopramide hcl</i> .....	80, 81
LUPRON DEPOT (6 MONTH).	14	MAXICOMFORT INSULIN		<i>metolazone</i> .....	58
LUPRON DEPOT-PED.....	87	SYRINGE.....	181, 182	<i>metoprolol succinate</i> .....	50
LUPRON DEPOT-PED (3		MAXI-COMFORT INSULIN		<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i> ..	50
MONTH).....	87	SYRINGE.....	182	<i>metoprolol tartrate</i> .....	50

<i>metronidazole</i> .....	77, 78, 116, 118	<i>montelukast</i> .....	70, 71	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> ..	118	<i>morphine</i> .....	114, 115	.....	105
<i>metirosine</i> .....	53	MORPHINE.....	114	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> ....	105, 106
<i>micafungin</i> .....	146	<i>morphine concentrate</i> .....	114	<i>neo-polycin</i> .....	106
<i>miconazole-3</i> .....	146	MOUNJARO.....	29	<i>neo-polycin hc</i> .....	106
MICRODOT INSULIN PEN		MOVANTIK.....	81	NERLYNX.....	16
NEEDLE.....	182	<i>moxifloxacin</i> .....	105, 124	<i>nevirapine</i> .....	151, 152
MICRODOT READYGARD		<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water</i>	124	<i>newgen</i> .....	214
PEN NEEDLE.....	182	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i> ..	124	NEXLETOL.....	56
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i> .....	130	MRESVIA (PF).....	99	NEXLIZET.....	56
<i>microgestin 1/20 (21)</i> .....	130	MULTAQ.....	49	NEXPLANON.....	131
<i>microgestin 24 fe</i> .....	130	<i>mupirocin</i> .....	78	<i>niacin</i> .....	56
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i> .....	130	<i>mycophenolate mofetil</i> .....	93	NICOTROL NS.....	25
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i> .....	131	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> .....	93	<i>nifedipine</i> .....	55
<i>midodrine</i> .....	49	<i>mycophenolate sodium</i> .....	93	NIKTIMVO.....	93
MIEBO (PF).....	109	<i>mynatal</i> .....	214	<i>nilutamide</i> .....	16
<i>mifepristone</i> .....	29	<i>mynatal advance</i> .....	214	NINLARO.....	16
<i>mili</i> .....	131	<i>mynatal plus</i> .....	214	<i>nitazoxanide</i> .....	38
<i>mimvey</i> .....	85	<i>mynatal-z</i> .....	214	<i>nitisinone</i> .....	212
MINI ULTRA-THIN II.....	182	<i>mynate 90 plus</i> .....	214	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ....	118
<i>minocycline</i> .....	125	MYRBETRIQ.....	83	<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	
<i>minoxidil</i> .....	60	<i>nabumetone</i> .....	112	.....	118
MIPLYFFA.....	156	<i>nafacillin</i> .....	123	<i>nitroglycerin</i> .....	60, 110
MIRENA.....	131	<i>naloxone</i> .....	25	<i>niva-plus</i> .....	214
<i>mirtazapine</i> .....	143	<i>naltrexone</i> .....	25	NIVESTYM.....	211
<i>misoprostol</i> .....	79	NANO 2ND GEN PEN		NORDITROPIN FLEXPRO.....	87
<i>mitoxantrone</i> .....	16	NEEDLE.....	184	<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i> ..	131
M-M-R II (PF).....	99	NANO PEN NEEDLE.....	184	<i>norethindrone (contraceptive)</i> ..	131
<i>m-natal plus</i> .....	214	<i>naproxen</i> .....	112	<i>norethindrone acetate</i> .....	89
<i>modafinil</i> .....	63	<i>naratriptan</i> .....	35	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> ..	131
MODEYSO.....	16	NATACYN.....	105	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> ..	131
<i>moexipril</i> .....	59	<i>nateglinide</i> .....	29	<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	131
<i>molindone</i> .....	44	NATPARA.....	62	<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	131
<i>mometasone</i> .....	75, 108	NAYZILAM.....	137	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i> .....	132
MONOJECT INSULIN		<i>nebivolol</i> .....	50	<i>nortriptyline</i> .....	143
SAFETY SYRING.....	183	<i>nefazodone</i> .....	143	NORVIR.....	152
MONOJECT INSULIN		<i>neomycin</i> .....	117	NOVOFINE 30.....	184
SYRINGE.....	183, 184	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> ....	105	NOVOFINE 32.....	184
MONOJECT SYRINGE.....	182	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	105	NOVOFINE PLUS.....	184
MONOJECT ULTRA		<i>neomycin-polymyxin b-</i>		NOVOLIN 70/30 U-100	
COMFORT INSULIN.....	200	<i>dexameth</i> .....	105	INSULIN.....	32
<i>mono-linyah</i> .....	131				

NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100.....	32	OJJAARA.....	16	<i>orquidea</i> .....	132
NOVOLIN N FLEXPEN.....	32	<i>olanzapine</i> .....	44, 45	ORSERDU.....	17
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN.....	32	<i>olmesartan</i> .....	53	<i>oseltamivir</i> .....	155
NOVOLIN R FLEXPEN.....	32	<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazyd</i> .....	54	OSEVELT.....	62
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN.....	32	<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> .....	54	OTEZLA.....	93
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN.....	32	<i>olopatadine</i> .....	109	OTEZLA STARTER.....	94
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN.....	32	<i>omega-3 acid ethyl esters</i> .....	57	OTEZLA XR.....	94
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100.....	32	<i>omeprazole</i> .....	79	OTEZLA XR INITIATION.....	94
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN.....	33	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS).....	184	<i>oxandrolone</i> .....	84
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART.....	33	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5).....	184	<i>oxcarbazepine</i> .....	137, 138
NOVOTWIST.....	184	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5).....	184	<i>oxybutynin chloride</i> .....	83
NUBEQA.....	16	OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS).....	184	<i>oxycodone</i> .....	115
NUCALA.....	68	OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3).....	185	<i>oxycodone-acetaminophen</i> .....	115
NULOJIX.....	93	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....	185	OZEMPIC.....	29
NUPLAZID.....	44	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4).....	185	<i>pacerone</i> .....	49
NURTEC ODT.....	35	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4).....	185	<i>paclitaxel protein-bound</i> .....	17
<i>nyamyc</i> .....	146	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	185	<i>paliperidone</i> .....	45
<i>nylia 1/35 (28)</i> .....	132	ONAPGO.....	39	PANRETIN.....	77
<i>nylia 7/7/7 (28)</i> .....	132	<i>ondansetron</i> .....	36	<i>pantoprazole</i> .....	79
<i>nymyo</i> .....	132	<i>ondansetron hcl</i> .....	36	<i>paricalcitol</i> .....	62
<i>nystatin</i> .....	146, 147	ONUREG.....	16	<i>paroxetine hcl</i> .....	143
<i>nystatin-triamcinolone</i> .....	147	OPDIVO.....	17	PAXLOVID.....	155
<i>nystop</i> .....	147	OPDIVO QVANTIG.....	17	<i>pazopanib</i> .....	17
NYVEPRIA.....	211	OPDUALAG.....	17	PEDIARIX (PF).....	99
<i>obstetrix dha</i> .....	214	OPIPZA.....	45	PEDVAX HIB (PF).....	99
<i>obstetrix dha prenatal duo</i> .....	214	OPSUMIT.....	110	<i>peg 3350-electrolytes</i> .....	82
<i>octreotide acetate</i> .....	87, 88	ORENCIA.....	93	PEGASYS.....	155
ODEFSEY.....	152	ORENCIA (WITH MALTOSE).....	93	<i>peg-electrolyte soln</i> .....	82
ODOMZO.....	16	ORENCIA CLICKJECT.....	93	PEMAZYRE.....	17
OFEV.....	68	ORFADIN.....	212	<i>pemetrexed disodium</i> .....	17
<i>ofloxacin</i> .....	106	ORGOVYX.....	88	PEMRYDI RTU.....	17
OGIVRI.....	16	ORLISSA.....	88	PEN NEEDLE.....	185, 186
OGSIVEO.....	16	ORKAMBI.....	68	PEN NEEDLE, DIABETIC.....	165, 176, 182, 185, 188
OJEMDA.....	16			PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY.....	189
				PENBRAYA (PF).....	100
				PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF).....	100
				PENBRAYA MENB COMPONENT (PF).....	100
				<i>penicillamine</i> .....	116

<i>penicillin g potassium</i> .....	123	<i>podofilox</i> .....	77	PREZCOBIX.....	152
<i>penicillin g procaine</i> .....	123	<i>polycin</i> .....	106	PREZISTA.....	152
<i>penicillin v potassium</i> .....	123	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i> ..	106	PRIFTIN.....	148
PENMENVY MEN A-B-C-W- Y (PF).....	100	<i>pomalidomide</i> .....	18	PRIMAQUINE.....	38
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF).....	100	POMALYST.....	18	<i>primidone</i> .....	139
PENMENVY MENB COMPONENT (PF).....	100	<i>portia 28</i> .....	132	PRIORIX (PF).....	100
PENTACEL (PF).....	100	<i>posaconazole</i> .....	147	PRO COMFORT ALCOHOL PADS.....	187
<i>pentamidine</i> .....	38	<i>potassium chloride</i> .....	207, 208	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	186, 187
PENTIPS PEN NEEDLE.....	186	<i>potassium citrate</i> .....	208	PRO COMFORT PEN NEEDLE.....	187
<i>pentoxifylline</i> .....	211	<i>pr natal 400</i> .....	215	<i>probenecid</i> .....	34
<i>perampanel</i> .....	138	<i>pr natal 400 ec</i> .....	215	<i>probenecid-colchicine</i> .....	34
<i>perindopril erbumine</i> .....	59	<i>pr natal 430</i> .....	215	<i>prochlorperazine</i> .....	36
<i>periogard</i> .....	73	<i>pr natal 430 ec</i> .....	215	<i>prochlorperazine edisylate</i> ... 36, 45	
<i>permethrin</i> .....	78	<i>pramipexole</i> .....	39	<i>prochlorperazine maleate</i> .....	36
<i>perphenazine</i> .....	45	<i>prasugrel hcl</i> .....	211	<i>procto-med hc</i> .....	75
<i>perphenazine-amitriptyline</i> .....	144	<i>pravastatin</i> .....	57	<i>proctosol hc</i> .....	76
PERSERIS.....	45	<i>praziquantel</i> .....	38	<i>proctozone-hc</i> .....	76
<i>phenelzine</i> .....	144	<i>prazosin</i> .....	49	PRODIGY INSULIN SYRINGE.....	187
<i>phenobarbital</i> .....	138	<i>prednisolone</i> .....	86	<i>progesterone micronized</i> .....	89
<i>phenytek</i> .....	138	<i>prednisolone acetate</i> .....	108	PROGRAF.....	94
<i>phenytoin</i> .....	138	<i>prednisolone sodium phosphate</i> ..	86	PROLASTIN-C.....	68
<i>phenytoin sodium</i> .....	138	<i>prednisone</i> .....	86	<i>promethazine</i> .....	36, 37
<i>phenytoin sodium extended</i> .....	138	<i>pregabalin</i> .....	138, 139	<i>promethegan</i> .....	37
PIFELTRO.....	152	PREMARIN.....	85	<i>propafenone</i> .....	49
<i>pilocarpine hcl</i> .....	73, 104	PREMPHASE.....	85	<i>propranolol</i> .....	50
<i>pimecrolimus</i> .....	75	PREMPRO.....	85	<i>propylthiouracil</i> .....	84
<i>pimozide</i> .....	45	<i>prenal true</i> .....	215	PROQUAD (PF).....	100
<i>pimtree (28)</i> .....	132	<i>prenaissance</i> .....	215	<i>protriptyline</i> .....	144
<i>pioglitazone</i> .....	29	<i>prenaissance plus</i> .....	215	PULMOZYME.....	212
<i>pioglitazone-metformin</i> .....	29	<i>prenatabs fa</i> .....	215	PURE COMFORT ALCOHOL PADS.....	187
PIP PEN NEEDLE.....	186	<i>prenatal 19</i> .....	215	PURE COMFORT PEN NEEDLE.....	187, 188
<i>piperacillin-tazobactam</i> .....	123	<i>prenatal 19 (with docusate)</i> .....	215	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	187
PIQRAY.....	17	<i>prenatal plus</i> .....	215	<i>pyrazinamide</i> .....	148
<i>pirfenidone</i> .....	68	<i>prenatal plus (calcium carb)</i> ....	215	<i>pyridostigmine bromide</i> .....	110
<i>pitavastatin calcium</i> .....	57	<i>prenatal vitamin plus low iron</i> ..	215	<i>pyrimethamine</i> .....	38
PLEGRIDY.....	67	<i>prenatal-u</i> .....	215		
<i>pnv 29-1</i> .....	214	<i>preplus</i> .....	215		
<i>pnv-dha + docusate</i> .....	215	<i>pretab</i> .....	215		
<i>pnv-omega</i> .....	215	<i>prevalite</i> .....	57		
		PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE.....	186		
		PREVYMIS.....	155		

QINLOCK.....	18	RINVOQ LQ.....	94	<i>select-ob (folic acid)</i> .....	216
QUADRACEL (PF).....	101	<i>risperidone</i> .....	46	<i>selegiline hcl</i> .....	39
<i>quetiapine</i> .....	45	<i>risperidone microspheres</i> .....	45, 46	<i>selenium sulfide</i> .....	78
<i>quinapril</i> .....	59	<i>ritonavir</i> .....	152	SELZENTRY.....	153
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ...	59	RITUXAN HYCELA.....	18	<i>se-natal 19 chewable</i> .....	216
<i>quinidine sulfate</i> .....	49	<i>rivaroxaban</i> .....	210	SEREVENT DISKUS.....	72
<i>quinine sulfate</i> .....	38	<i>rivastigmine</i> .....	27	SEROSTIM.....	88
QULIPTA.....	35	<i>rivastigmine tartrate</i> .....	27	<i>sertraline</i> .....	144
RABAVERT (PF).....	101	<i>rizatriptan</i> .....	35	<i>setlakin</i> .....	132
<i>rabeprazole</i> .....	79	<i>r-natal ob</i> .....	215	<i>sevelamer carbonate</i> .....	81
RALDESY.....	144	ROCKLATAN.....	104	<i>sevelamer hcl</i> .....	82
<i>raloxifene</i> .....	85	<i>roflumilast</i> .....	69	SEZABY.....	139
<i>ramipril</i> .....	59	ROMVIMZA.....	18	<i>sf 5000 plus</i> .....	73
<i>ranolazine</i> .....	53	<i>ropinirole</i> .....	39	<i>sharobel</i> .....	132
<i>rasagiline</i> .....	39	<i>rosadan</i> .....	78	SHINGRIX (PF).....	101
RASUVO (PF).....	94	<i>rosuvastatin</i> .....	57	SIGNIFOR.....	88
RAYALDEE.....	62	ROTARIX.....	101	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i> ..	110
<i>reclipsen (28)</i> .....	132	ROTATEQ VACCINE.....	101	<i>silver sulfadiazine</i> .....	78
RECOMBIVAX HB (PF).....	101	ROZLYTREK.....	18	SIMBRINZA.....	104
RELENZA DISKHALER.....	155	RUBRACA.....	19	<i>simliya (28)</i> .....	132
<i>repaglinide</i> .....	29	<i>rufinamide</i> .....	139	SIMPLI PEN NEEDLE.....	176
REPATHA PUSHTRONEX.....	57	RUKOBIA.....	152	<i>simvastatin</i> .....	57
REPATHA SURECLICK.....	57	RYBELSUS.....	29	<i>sirolimus</i> .....	95
REPATHA SYRINGE.....	57	RYBREVANT.....	19	SIRTURO.....	148
RETACRIT.....	212	RYBREVANT FASPRO.....	19	SKY SAFETY PEN NEEDLE.....	189
RETEVMO.....	18	RYDAPT.....	19	SKYLA.....	132
RETROVIR.....	152	RYKINDO.....	46	SKYRIZI.....	95
REVCOVI.....	212	RYTELO.....	19	<i>sodium chloride 0.45 %</i> .....	208
REVUFORJ.....	18	<i>sacubitril-valsartan</i> .....	54	<i>sodium chloride 0.9 %</i> .....	208
REXULTI.....	45	SAFESNAP INSULIN		<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> .....	73
REYATAZ.....	152	SYRINGE.....	188, 189	<i>sodium oxybate</i> .....	63
REZDIFFRA.....	84	SAFETY PEN NEEDLE.....	189	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .....	81
REZLIDHIA.....	18	SANTYL.....	77	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i> ..	82
REZUROCK.....	94	<i>sapropterin</i> .....	212	<i>solifenacin</i> .....	83
RHOPRESSA.....	104	SCSEMBLIX.....	19	SOLQUA 100/33.....	33
<i>ribavirin</i> .....	156	<i>scopolamine base</i> .....	37	SOLTAMOX.....	19
<i>rifabutin</i> .....	148	SECUADO.....	46	SOMATULINE DEPOT.....	88
<i>rifampin</i> .....	148	SECURESAFE INSULIN		SOMAVERT.....	88
<i>rilpivirine</i> .....	152	SYRINGE.....	189	<i>sorafenib</i> .....	19
<i>rilpivirine hcl</i> .....	152	SECURESAFE PEN NEEDLE.....	189	<i>sorine</i> .....	50
<i>riluzole</i> .....	67	SELARSDI.....	94, 95	<i>sotalol</i> .....	51
RINVOQ.....	94	<i>select-ob</i> .....	216	<i>sotalol af</i> .....	50

SPIRIVA RESPIMAT .....	72	SURE-JECT INSULIN		<i>telmisartan</i> .....	54
<i>spironolactone</i> .....	58	SYRINGE .....	191	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> ..	54
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	58	SURE-PREP ALCOHOL PREP		<i>temazepam</i> .....	26
SPRAVATO .....	144	PADS .....	191	TEMIXYS .....	153
<i>sprintec (28)</i> .....	132	SYMPAZAN .....	139	TENIVAC (PF) .....	101, 102
SPRITAM .....	139	SYMTUZA .....	153	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ...	153
<i>sps (with sorbitol)</i> .....	81	SYNJARDY .....	29	TEPMETKO .....	20
<i>sronyx</i> .....	132	SYNJARDY XR .....	29, 30	<i>terazosin</i> .....	82
<i>ssd</i> .....	78	SYNRIBO .....	19	<i>terbinafine hcl</i> .....	147
<i>stavudine</i> .....	153	SYRINGE WITH NEEDLE,		<i>terconazole</i> .....	116, 117
STERILE PADS .....	189	SAFETY .....	189	<i>teriparatide</i> .....	62
STIOLTO RESPIMAT .....	72	TABLOID .....	19	TERUMO INSULIN	
STIVARGA .....	19	TABRECTA .....	19	SYRINGE .....	193
STOBOCLO .....	62	<i>tacrolimus</i> .....	76, 95	<i>testosterone</i> .....	84
STRENSIQ .....	213	<i>tadalafil</i> .....	111	<i>testosterone cypionate</i> .....	84
<i>streptomycin</i> .....	117	TAFINLAR .....	20	<i>testosterone enanthate</i> .....	84
STRIBILD .....	153	TAGRISSE .....	20	<i>tetrabenazine</i> .....	67
STRIVERDI RESPIMAT .....	72	TALVEY .....	20	<i>tetracycline</i> .....	125
SUBVENITE .....	139	TALZENNA .....	20	TEVIMBRA .....	20
<i>subvenite</i> .....	139	<i>tamoxifen</i> .....	20	THALOMID .....	110
<i>sucralfate</i> .....	79	<i>tamsulosin</i> .....	82	<i>theophylline</i> .....	72
<i>sulfacetamide sodium</i> .....	106	<i>tarina 24 fe</i> .....	132	THINPRO INSULIN	
<i>sulfacetamide-prednisolone</i> .....	106	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i> .....	132	SYRINGE .....	193
<i>sulfadiazine</i> .....	124	<i>taron-c dha</i> .....	216	<i>thioridazine</i> .....	46
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	124	<i>taron-prex prenatal-dha</i> .....	216	<i>thiothixene</i> .....	46
<i>sulfasalazine</i> .....	61	TASIGNA .....	20	<i>tiadylt er</i> .....	51
<i>sulindac</i> .....	113	TAVNEOS .....	95	<i>tiagabine</i> .....	139
<i>sumatriptan</i> .....	35	<i>tazarotene</i> .....	78	TIBSOVO .....	20
<i>sumatriptan succinate</i> .....	35	<i>tazicef</i> .....	121	<i>ticagrelor</i> .....	211
<i>sunitinib malate</i> .....	19	<i>taztia xt</i> .....	51	TICE BCG .....	20
SUNLENCA .....	153	TAZVERIK .....	20	TICOVAC .....	102
SURE COMFORT ALCOHOL		TDVAX .....	101	<i>tigecycline</i> .....	125
PREP PADS .....	190	TECHLITE INSULIN		<i>tilia fe</i> .....	133
SURE COMFORT INS. SYR.		SYRINGE .....	192	<i>timolol</i> .....	104
U-100 .....	189	TECHLITE INSULN		<i>timolol maleate</i> .....	51, 104
SURE COMFORT INSULIN		SYR(HALF UNIT) .....	191, 192	<i>tinidazole</i> .....	38
SYRINGE .....	190	TECHLITE PEN NEEDLE		<i>tiotropium bromide</i> .....	72
SURE COMFORT PEN		.....	192, 193	TIVDAK .....	20
NEEDLE .....	190, 191	TECHLITE PLUS PEN		TIVICAY .....	153
SURE COMFORT SAFETY		NEEDLE .....	193	TIVICAY PD .....	153
PEN NEEDLE .....	189	TECVAYLI .....	20	<i>tizanidine</i> .....	213
SURE-FINE PEN NEEDLES..	191	TEFLARO .....	121	TOBI PODHALER .....	117

<i>tobramycin</i> .....	106	<i>trifluridine</i> .....	106	TRUMENBA.....	102
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> .....	117	<i>trihexyphenidyl</i> .....	40	TRUQAP.....	21
<i>tobramycin sulfate</i> .....	117	TRIJARDY XR.....	30	TRUXIMA.....	21
<i>tobramycin-dexamethasone</i> .....	106	TRIKAFTA.....	69	TUKYSA.....	21
<i>tolterodine</i> .....	83	<i>tri-legest fe</i> .....	133	TURALIO.....	21
<i>tolvaptan (polycys kidney dis)</i> ....	58	<i>tri-linyah</i> .....	133	<i>turqoz (28)</i> .....	133
TOPCARE CLICKFINE.....	194	<i>tri-lo-estarylla</i> .....	133	TWINRIX (PF).....	102
TOPCARE ULTRA		<i>tri-lo-marzia</i> .....	133	TYBOST.....	110
COMFORT.....	194	<i>tri-lo-mili</i> .....	133	TYENNE.....	96
<i>topiramate</i> .....	139	<i>tri-lo-sprintec</i> .....	133	TYENNE AUTOINJECTOR.....	96
<i>toposar</i> .....	21	<i>trimethoprim</i> .....	118	TYMLOS.....	62
<i>toremifene</i> .....	21	<i>tri-mili</i> .....	133	TYPHIM VI.....	102
<i>torpenz</i> .....	21	<i>trimipramine</i> .....	144	UBRELVY.....	36
<i>torse mide</i> .....	58	TRINTELLIX.....	144	UDENYCA ONBODY.....	212
TOUJEO MAX U-300		<i>tri-nymyo</i> .....	133	ULTICARE.....	197, 198
SOLOSTAR.....	33	<i>tri-sprintec (28)</i> .....	133	ULTICARE INSULIN	
TOUJEO SOLOSTAR U-300		TRIUMEQ.....	153	SYRINGE.....	197
INSULIN.....	33	TRIUMEQ PD.....	153	ULTICARE INSULN	
TRADJENTA.....	30	<i>trivora (28)</i> .....	133	SYR(HALF UNIT).....	197
<i>tramadol</i> .....	115	<i>tri-vylibra</i> .....	133	ULTICARE PEN NEEDLE	
<i>tramadol-acetaminophen</i> .....	115	<i>tri-vylibra lo</i> .....	133	.....	197, 198
<i>trandolapril</i> .....	60	TRIZIVIR.....	153	ULTICARE SAFETY PEN	
<i>tranexamic acid</i> .....	209	TROGARZO.....	154	NEEDLE.....	198
<i>tranylcypromine</i> .....	144	<i>trosipium</i> .....	83	ULTIGUARD SAFEPAK-	
<i>travoprost</i> .....	104	TRUE COMFORT ALCOHOL		INSULIN SYR.....	198, 199
<i>trazodone</i> .....	144	PADS.....	195	ULTIGUARD SAFEPAK-	
TRECATOR.....	148	TRUE COMFORT INSULIN		PEN NEEDLE.....	199
TRELEGY ELLIPTA.....	72	SYRINGE.....	194, 195	ULTILET ALCOHOL SWAB.	199
TRELSTAR.....	21	TRUE COMFORT PEN		ULTILET INSULIN SYRINGE	
TREMFYA.....	95	NEEDLE.....	195	.....	178, 199, 200
TREMFYA ONE-PRESS.....	95	TRUE COMFORT PRO		ULTILET PEN NEEDLE.....	200
TREMFYA PEN.....	95	ALCOHOL PADS.....	195	ULTRA CMFT INS SYR	
TREMFYA PEN INDUCTION		TRUE COMFORT PRO INS		(HALF UNIT).....	176, 189
PK(2PEN).....	95	SYRINGE.....	194, 195, 196	ULTRA COMFORT INSULIN	
<i>tretinoin</i> .....	78	TRUE COMFORT SAFE		SYRINGE.....	169, 176, 200
<i>tretinoin (antineoplastic)</i> .....	21	INSULIN SYRG.....	194, 195, 196	ULTRA FLO INSUL	
<i>triamcinolone acetonide</i> . 73, 76, 86		TRUE COMFORT SAFETY		SYR(HALF UNIT).....	200
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> ..58		PEN NEEDLE.....	194	ULTRA FLO INSULIN	
<i>tridacaine ii</i> .....	116	TRUEPLUS INSULIN.....	196, 197	SYRINGE.....	201
<i>trientine</i> .....	116	TRUEPLUS PEN NEEDLE.....	196	ULTRA FLO PEN NEEDLE	
<i>tri-estarylla</i> .....	133	TRULANCE.....	81	.....	200, 201
<i>trifluoperazine</i> .....	46	TRULICITY.....	30	ULTRA THIN PEN NEEDLE.	201

ULTRACARE INSULIN	VALTOCO.....	140	VIREAD.....	154
SYRINGE.....	<i>valtya</i> .....	133	<i>virt-c dha</i> .....	216
ULTRACARE PEN NEEDLE.....	<i>vancomycin</i> .....	118	<i>virt-nate dha</i> .....	216
ULTRA-FINE INS SYR	VANFLYTA.....	21	<i>virt-pn dha</i> .....	216
(HALF UNIT).....	VANISHPOINT INSULIN		<i>virt-pn plus</i> .....	216
ULTRA-FINE INSULIN	SYRINGE.....	205	<i>vitafol gummies</i> .....	216
SYRINGE.....	VANISHPOINT SYRINGE.....	205	<i>vitafol nano</i> .....	216
ULTRA-FINE PEN NEEDLE	VAQTA (PF).....	102	<i>vitafol-ob+dha</i> .....	216
.....	<i>varenicline tartrate</i> .....	25	VITRAKVI.....	22
ULTRA-THIN II (SHORT)	VARIVAX (PF).....	102	VIVIMUSTA.....	22
INS SYR.....	VAXCHORA VACCINE.....	102	VIVOTIF.....	103
ULTRA-THIN II (SHORT)	VELTASSA.....	81	VIZIMPRO.....	22
PEN NDL.....	VEMLIDY.....	154	VOCABRIA.....	154
ULTRA-THIN II INS PEN	VENCLEXTA.....	21	<i>volnea (28)</i> .....	134
NEEDLES.....	VENCLEXTA STARTING		VONJO.....	22
ULTRA-THIN II INSULIN	PACK.....	22	VOQUEZNA.....	79
SYRINGE.....	<i>venlafaxine</i> .....	144	VORANIGO.....	22
UNIFINE OTC PEN NEEDLE	VEOZAH.....	110	<i>voriconazole</i> .....	147
UNIFINE PEN NEEDLE.....	<i>verapamil</i> .....	52	VOSEVI.....	155
UNIFINE PENTIPS.....	VERIFINE INSULIN		VOWST.....	110
UNIFINE PENTIPS	SYRINGE.....	206	<i>vp-ch-pnv</i> .....	216
MAXFLOW.....	VERIFINE PEN NEEDLE.....	206	<i>vp-pnv-dha</i> .....	216
UNIFINE PENTIPS PLUS.....	VERIFINE PLUS PEN		VRAYLAR.....	47
UNIFINE PENTIPS PLUS	NEEDLE.....	206	VUMERITY.....	67
MAXFLOW.....	VERIFINE PLUS PEN		VYALEV.....	40
UNIFINE PROTECT.....	NEEDLE-SHARP.....	206	<i>vylibra</i> .....	134
UNIFINE SAFECONTROL	VERQUVO.....	53	VYLOY.....	22
PEN NEEDLE.....	VERSACLOZ.....	47	VYNDAMAX.....	53
UNIFINE ULTRA PEN	VERSALON.....	207	VYZULTA.....	104
NEEDLE.....	VERZENIO.....	22	<i>warfarin</i> .....	210
UPTRAVI.....	V-GO 20.....	207	WEBCOL.....	207
<i>ursodiol</i> .....	V-GO 30.....	207	WELIREG.....	22
<i>ustekinumab-aauz</i> .....	V-GO 40.....	207	WINREVAIR.....	69
UZEDY.....	<i>vienna</i> .....	133	<i>wixela inhub</i> .....	70
<i>valacyclovir</i> .....	<i>vigabatrin</i> .....	140	XALKORI.....	22
VALCHLOR.....	<i>vigadrone</i> .....	140	<i>xarah fe</i> .....	134
<i>valganciclovir</i> .....	<i>vigpoder</i> .....	140	XARELTO.....	210
<i>valproate sodium</i> .....	<i>vilazodone</i> .....	144	XARELTO DVT-PE TREAT	
<i>valproic acid</i> .....	VIMKUNYA.....	102	30D START.....	210
<i>valproic acid (as sodium salt)</i> ..	<i>vinorelbine</i> .....	22	XATMEP.....	23
<i>valsartan</i> .....	<i>viorele (28)</i> .....	134	XCOPRI.....	140
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ...	VIRACEPT.....	154		

XCOPRI MAINTENANCE PACK.....	140	ZIRGAN.....	107
XCOPRI TITRATION PACK .....	140, 141	ZOLADEX.....	24
XDEMVI .....	106	ZOLINZA.....	24
XELJANZ.....	96	<i>zolpidem</i> .....	63
XELJANZ XR.....	96	ZONISADE.....	141
XERMELO.....	81	<i>zonisamide</i> .....	141
XIFAXAN.....	119	<i>zovia 1/35e (28)</i> .....	134
XIGDUO XR.....	30	<i>zovia 1-35 (28)</i> .....	134
XIIDRA.....	108	ZTALMY .....	141
XOLAIR.....	69	ZTLIDO.....	116
XOSPATA.....	23	ZURZUVAE.....	144, 145
XPOVIO.....	23	ZYDELIG.....	24
XTANDI.....	23	ZYKADIA.....	24
<i>xulane</i> .....	134	ZYLET.....	107
XULTOPHY 100/3.6.....	33	ZYNLONTA.....	24
YERVOY .....	23	ZYNYZ.....	24
YESINTEK.....	96	ZYPREXA RELPREVV.....	47
YF-VAX (PF).....	103		
YONSA.....	23		
YUFLYMA(CF).....	97		
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S- UC-HS.....	96		
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR.....	96		
<i>yuvaferm</i> .....	85		
<i>zafemy</i> .....	134		
<i>zafirlukast</i> .....	71		
<i>zaleplon</i> .....	63		
<i>zatean-pn dha</i> .....	216		
<i>zatean-pn plus</i> .....	216		
ZEJULA.....	23		
ZELBORAF.....	23		
<i>zenatane</i> .....	77		
ZENPEP.....	213		
<i>zidovudine</i> .....	154		
ZIIHERA.....	24		
<i>zingiber</i> .....	216		
<i>ziprasidone hcl</i> .....	47		
<i>ziprasidone mesylate</i> .....	47		
ZIRABEV.....	24		

Esta lista de medicamentos se actualizó el 03/24/2026



---

**Si tiene preguntas**, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263).

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información**, visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).