



Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)

Formulario de medicamentos 2025

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

LÉALO: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRE ESTE PLAN.

Id. de envío de archivo del *Formulario de medicamentos* aprobado por el Sistema de Gestión de Planes de Salud (Health Plan Management System, HPMS): 0025113 Número de versión: 12

Este *Formulario de medicamentos* se actualizó el 06/01/2025. Para obtener información más reciente o realizar otras preguntas, comuníquese con Servicios del Plan de Salud de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) llamando al 303-602-2111 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o sin costo al 1-877-956-2111, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, o visite [DenverHealthMedicalPlan.org](https://denverhealthmedicalplan.org).

Nota para los miembros habituales: este *Formulario de medicamentos* fue cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía contiene los medicamentos que usted necesita.

Cuando esta *Lista de medicamentos* (*Formulario de medicamentos*) se refiere a “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Elevate Medicare Advantage. Cuando se refiere a “plan” o “nuestro plan”, significa Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).

Este documento incluye la *Lista de medicamentos* (*Formulario de medicamentos*) de nuestro plan que está actualizada a partir del 06/01/2025. Para obtener una *Lista de medicamentos* actualizada (*Formulario de medicamentos*), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la *Lista de medicamentos* (*Formulario de medicamentos*), figura en las cubiertas delantera y trasera.

En general, debe usar las farmacias de la red para utilizar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el *Formulario de medicamentos*, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y ocasionalmente durante el año.

¿Qué es el *Formulario de medicamentos* de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)?

En este documento, utilizamos los términos *Lista de medicamentos* y *Formulario de medicamentos* para significar lo mismo. Un *Formulario de medicamentos* es una lista de los medicamentos cubiertos seleccionados por Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) después de consultar con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas que se consideran parte necesaria de

un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) cubrirá los medicamentos que figuran en nuestro *Formulario de medicamentos* siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de Elevate Medicare Select (HMO) y se cumplan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir los medicamentos con receta, consulte la *Evidencia de cobertura*.

¿Puede cambiar el *Formulario de medicamentos*?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos del *Formulario de medicamentos* durante el año, pasarlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del *Formulario de medicamentos* se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí: [DenverHealthMedicalPlan.org/medicare-choice-comprehensive-formulary](https://denverhealthmedicalplan.org/medicare-choice-comprehensive-formulary).

Cambios que pueden afectarle este año: En los siguientes casos, le afectarán los cambios de cobertura durante el año:

- **Reemplazos inmediatos de ciertas nuevas versiones de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de nuestro *Formulario de medicamentos* si lo reemplazamos por una cierta versión nueva de ese medicamento que aparecerá con las mismas restricciones o menos. Cuando añadimos una nueva versión de un medicamento a nuestro *Formulario de medicamentos*, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro *Formulario de medicamentos*, pero añadir nuevas restricciones de inmediato.

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

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no se lo comuniquemos de antemano antes de realizar un cambio inmediato, pero más adelante le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

Si hacemos ese cambio, usted o la persona que emite la receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento que se cambia. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al *Formulario de medicamentos* de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)?”

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

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que se retira por motivos de seguridad o eficacia, podemos eliminarlo inmediatamente de nuestro *Formulario de medicamentos* y, a continuación, notificarlo a los miembros que lo necesitan.
- **Otros cambios.** Podemos realizar otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos añadir un nuevo medicamento genérico que reemplace un medicamento de marca actualmente incluido en el *Formulario de medicamentos*, o añadir un nuevo biosimilar para reemplazar un producto biológico original actualmente incluido en el *Formulario de medicamentos*, o añadir nuevas restricciones o trasladar un medicamento que estamos manteniendo en el *Formulario de medicamentos* a un nivel más alto de costo compartido, o ambas cosas después de que añadamos un medicamento correspondiente. Podemos realizar cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro *Formulario de medicamentos*, añadimos autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada a un medicamento, debemos notificar el cambio a los miembros afectados al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Alternativamente, cuando un miembro solicita una renovación del medicamento, puede recibir un suministro del medicamento para 30 días y un aviso del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o la persona que emite la receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento que toma. El aviso que le brindamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al *Formulario de medicamentos* de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)?"

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro *Formulario de medicamentos 2025* que estaba cubierto a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2025, excepto en los casos descritos anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán estando disponibles con el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para los miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá un aviso directo sobre los cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1 de enero del año siguiente, estos cambios lo afectarán y es importante que verifique el *Formulario de medicamentos* del nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

El *Formulario de medicamentos* adjunto está vigente a partir del 06/01/2025. Póngase en contacto con nosotros para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP). Nuestros datos de contacto aparecen en las cubiertas delantera y trasera. Los próximos cambios en el *Formulario de medicamentos* se le enviarán con su *Explicación de beneficios* mensual de la Parte D. Si la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration) considera que un medicamento en nuestro *Formulario de medicamentos* no es seguro o si el fabricante del medicamento retira el medicamento del mercado, los miembros afectados recibirán una notificación por separado. Puede encontrar una lista de los próximos cambios en el *Formulario de medicamentos* en nuestro sitio web.

¿Cómo puedo utilizar mi *Formulario de medicamentos*?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento dentro del *Formulario de medicamentos*:

Afección médica

El *Formulario de medicamentos* comienza en la página 3. Los medicamentos de este *Formulario de medicamentos* están agrupados en categorías según el tipo de afecciones médicas para las que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca figuran en la categoría "Agentes cardiovasculares". Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza por 3. A continuación, busque su medicamento en el nombre de la categoría.

Listado alfabético

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

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) por tener la misma droga activa que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos tienen el mismo efecto y usualmente cuestan menos que los medicamentos de marca. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos, por lo general, pueden sustituir al medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

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

Cuando nos referimos a medicamentos en el *Formulario de medicamentos*, puede tratarse de un medicamento o de productos biológicos. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los biosimilares tienen el mismo efecto que el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas de biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según 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 consultar los tipos de medicamentos, consulte la *Evidencia de cobertura*, sección 3.1, capítulo 5. "La «Lista de medicamentos» indica los medicamentos de la Parte D que están cubiertos".

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) requiere que usted o la persona que emite la receta obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que tendrá que obtener la aprobación de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) limita el monto del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) ofrece 90 cápsulas por receta para 30 días de pregabalina (Lyrica). Esto puede añadirse al suministro estándar de un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) requiere que usted pruebe primero un medicamento para tratar su afección médica antes de cubrir otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el B tratan su afección médica, es posible que el plan Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) no cubra el medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, entonces Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) cubrirá el medicamento B.

Puede consultar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales en el *Formulario de medicamentos* que comienza en la página 3. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a determinados medicamentos cubiertos visitando nuestro sitio web. Publicamos documentos en Internet que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del *Formulario de medicamentos*, aparece en las cubiertas delantera y trasera.

Puede solicitar a Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) que haga una excepción a estas restricciones o estos límites, o una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección de salud. Consulte el apartado "¿Cómo solicito una excepción al *Formulario de medicamentos* de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)?" en la página 5 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué pasa si mi medicamento no está en el *Formulario de medicamentos*?

Si su medicamento no está incluido en este *Formulario de medicamentos (Lista de medicamentos cubiertos)*, primero debe ponerse en contacto con Servicios del Plan de Salud y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si comprueba que Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios del Plan de Salud una lista de medicamentos similares que están cubiertos por Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP). Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y

pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).

- Puede solicitar a Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) que haga una excepción y cubra su medicamento. A continuación encontrará información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al *Formulario de medicamentos* de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)?

Puede solicitar a Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay distintos tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aunque no esté en nuestro *Formulario de medicamentos*. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido inferior.
- Puede pedirnos que renunciemos a una restricción de cobertura que incluye autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que no lo apliquemos y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el *Formulario de medicamentos* del plan o la aplicación de la restricción no fueran tan eficaces para usted o le causaran efectos adversos.

Usted o la persona que emite la receta deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción al *Formulario de medicamentos*, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicite una excepción, la persona que emite la receta deberá explicar los motivos médicos por los que necesita la excepción.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión en un plazo de 72 horas desde que recibimos la declaración acreditativa de la persona que emite la receta. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si considera, y estamos de acuerdo, que su salud podría verse seriamente afectada si espera hasta 72 horas para recibir una decisión. Si aceptamos, o si la persona que emite la receta solicita una decisión rápida, debemos tomar una decisión a más tardar 24 horas después de que recibamos la declaración acreditativa de la persona que emite la receta.

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

Como miembro nuevo o que continúa en nuestro plan, puede estar tomando medicamentos que no están en nuestro *Formulario de medicamentos*. O bien, puede estar tomando un medicamento que está en nuestro *Formulario de medicamentos* pero tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con la persona que emite la receta para solicitar una decisión de cobertura que demuestre que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubrimos o solicitar una excepción al *Formulario de medicamentos* para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan el curso de acción correcto para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días que sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro *Formulario de medicamentos* o tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta es para menos días, le permitiremos renovaciones de hasta un máximo de un suministro para 30 días de medicación. Si no se aprueba la cobertura, después de su primer suministro para 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro *Formulario de medicamentos* o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya ha pasado los primeros 90 días de membresía de nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento mientras busca una excepción al *Formulario de medicamentos*.

Si experimenta un cambio en el nivel de atención, como ser internado o dado de alta de un centro de atención a largo plazo y se encuentra fuera de los primeros 90 días de su cobertura, Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) ofrecerá una renovación única de medicamentos de la Parte D que no están incluidos en el *Formulario de medicamentos*, como se describe anteriormente.

Para obtener más información

Para obtener información detallada sobre su cobertura de medicamentos con receta de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), consulte la *Evidencia de cobertura* y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta acerca de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del *Formulario de medicamentos*, aparece en las cubiertas delantera y trasera.

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

Formulario de medicamentos de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)

El *Formulario de medicamentos* que comienza en la próxima página le ofrece información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP). Si tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página I-1.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben en mayúsculas (p. ej., ADVAIR DISKUS) y los medicamentos genéricos se escriben en minúsculas y cursiva (p. ej., *amoxicilina [Amoxil]*).

La información de la columna Requisitos/Límites le indica si Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Las siguientes abreviaturas se pueden encontrar en el cuerpo del presente documento.

ABREVIATURAS DE LAS NOTAS DE COBERTURA

Restricciones de la Gestión de la Utilización de Servicios

ABREVIATURA EN INGLÉS	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
PA	Restricción de autorización previa	Usted (o su médico) debe obtener una autorización previa nuestra antes de surtir la receta de este medicamento. Sin aprobación previa, es posible que no cubramos este medicamento.
PA BvD	Restricción de autorización previa para la determinación de la Parte B frente a la Parte D	Este medicamento puede ser elegible para el pago conforme a la Parte B o la Parte D de Medicare. Usted (o su médico) deben obtener una autorización previa nuestra para determinar si este medicamento está cubierto por la Parte D de Medicare antes de surtir la receta de este medicamento. Sin aprobación previa, es posible que no cubramos este medicamento.
PA-HRM	Restricción de autorización previa para medicaciones de alto riesgo	Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) determinaron que este medicamento es potencialmente nocivo y, por lo tanto, es una medicación de alto riesgo para los beneficiarios de Medicare de 65 años o más. Los miembros de 65 años o mayores deben obtener una autorización previa nuestra antes de surtir la receta de este medicamento. Sin aprobación previa, es posible que no cubramos este medicamento.
PA NSO	Restricción de autorización previa solo para nuevos miembros	Si usted es un nuevo miembro o no ha tomado este medicamento anteriormente, usted (o su médico) debe obtener una autorización previa nuestra antes de surtir la receta de este medicamento. Sin aprobación previa, es posible que no cubramos este medicamento.
QL	Restricción de límite de cantidad	Limitamos la cantidad de este medicamento cubierto por receta o por un plazo determinado. Sin aprobación previa, no cubriremos las cantidades que superen el límite.
ST	Restricción de terapia escalonada	Brindaremos cobertura para este medicamento; primero debe probar otros medicamentos para tratar su afección médica. Este medicamento solo se cubrirá si otros medicamentos no le hacen efecto.

LA	Medicamento con acceso limitado	Es posible que esta receta solo esté cubierta en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el <i>Directorio de farmacias</i> o llame a Servicios del Plan de Salud al 1-877-956-2111, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
NDS	Suministro de días no extendido	Este medicamento solo puede surtirse para un suministro de un mes por vez y no es elegible para un suministro de más de un mes por vez.
NM	Sin envíos por correo	Este medicamento es una medicación especializada y no es elegible para un suministro para 90 días y, por lo tanto, no puede surtirse utilizando los programas de envíos por correo para 90 días.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i> (Abirtega)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i> (Zytiga)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>abirtega oral tablet 250 mg</i> (abiraterone)	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i> (fluorouracil)	1	PA BvD
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)-180 MG (23)	1	PA NSO; NM; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (Arimidex)	1	
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (1.6 per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
AXTLE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG	1	NM; NDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i> (Vidaza)	1	NM; NDS

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>bendamustine intravenous recon soln</i> (Treanda) <i>100 mg, 25 mg</i>	1	PA NSO; NM; NDS
BENDAMUSTINE (Bendeka) INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS (bendamustine) SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	1	PA NSO; NM; NDS
<i>bexarotene topical gel 1 %</i> (Targretin)	1	PA NSO; NM; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	1	
BIZENGRI INTRAVENOUS SOLUTION 375 MG/18.75 ML (20 MG/ML)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (75 per 28 days)
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	1	
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg</i>	1	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 3.5</i> (Velcade) <i>mg</i>	1	PA NSO
BORUZU INJECTION SOLUTION 2.5 MG/ML	1	PA NSO
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (vandetanib)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (vandetanib)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	1	PA NSO; NM; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	1	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	1	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 500 mg/ml</i> (Frindovyx)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD; ST

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 28 days)
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	1	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)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i> (Sprycel)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
DATROWAY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i>	1	NM; NDS
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i> (Caelyx)	1	PA BvD; NM; NDS
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	1	PA NSO
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	1	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	1	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	1	PA NSO
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL INNER, SUV, P/F 40 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	1	NM; NDS

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	1	PA NSO; NM; NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	1	PA NSO; NM; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg</i> (Tarceva)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i>	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	1	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG (flutamide)	1	NM; NDS
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Torpenz)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Torpenz)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	1	
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	1	PA BvD
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	1	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	1	PA BvD
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i> (Eulexin)	1	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> (Faslodex)	1	NM; NDS
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG (lomustine)	1	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG, 40 MG (lomustine)	1	NM; NDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO; NM; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)	1	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> (Ifex)	1	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	1	
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (216 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG, 10 MG	1	PA NSO; NM; NDS
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (280 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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	1	PA BvD; ST
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	1	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	1	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	1	PA NSO; NM; NDS; QL (70 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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	1	PA NSO; NM; NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid)	1	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)	1	PA NSO; NM; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	1	NM; NDS
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	1	PA NSO
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	1	PA NSO

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML)	1	PA NSO; NM; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	1	NM; NDS

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	1	NM; NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml</i> (Purixan)	1	NM; NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	1	
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	1	NM; NDS

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO; NM; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO; NM; NDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	1	PA NSO; NM; NDS
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	1	PA NSO; NM; NDS
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	1	PA NSO; NM; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i> (Abraxane)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i> (Votrient)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 750 mg</i>	1	NM; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	1	NM; NDS
<i>pemetrexed intravenous recon soln 100 mg, 500 mg</i>	1	NM; NDS
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	NM; NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	1	PA NSO; NM; NDS
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
RYTELO INTRAVENOUS RECON SOLN 188 MG, 47 MG	1	PA NSO; NM; NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	1	NM; NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	1	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG (nilotinib hcl)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG (nilotinib hcl)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	1	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i> (etoposide)	1	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	1	NM; NDS
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO; NM; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	1	PA NSO
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	1	NM; NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (64 per 28 days)
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	1	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

06/01/2025

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	1	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (16 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (20 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
YONSA ORAL TABLET 125 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ZIIHERA INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	1	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	1	NM; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	1	PA NSO; NM; NDS
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (20 per 28 days)
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	1	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i> (Suboxone)	1	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

06/01/2025

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

06/01/2025

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antidemencia		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i> (Aricept)	1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	1	
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	1	
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	1	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg</i>	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 7 mg</i> (Namenda XR)	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	1	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i> (Exelon Patch)	1	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Precose)	1	
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin propanediol)	1	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	1	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	1	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	1	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	1	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	1	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i> (Riomet)	1	QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 750 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i> (Korlym)	1	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	1	PA; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 (2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	1	PA; QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg</i> (Actoplus MET)	1	QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG	1	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	1	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	1	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	1	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	1	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	1	QL (60 per 30 days)

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	1	PA; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - (dapaglifloz propaned- ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG metformin)	1	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-500 MG	1	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - (dapaglifloz propaned- ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG metformin)	1	QL (60 per 30 days)
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	1	max \$35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart</i> (Novolog Mix 70- <i>subcutaneous insulin pen 100 unit/ml</i> 30FlexPen U-100) (70-30)	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart</i> (Novolog Mix 70-30 U- <i>subcutaneous solution 100 unit/ml</i> 100 Insuln) (70-30)	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	(Novolog PenFill U-100 Insulin)	1	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)	1	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)	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine)	1	max \$35 copay per month supply
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine)	1	max \$35 copay per month supply
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)		1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)		1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine-yfgn)	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine-yfgn) 1	max \$35 copay per month supply
SOLQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	1	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) 1	max \$35 copay per month supply
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	(insulin glargine u-300 conc) 1	max \$35 copay per month supply
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin degludec) 1	max \$35 copay per month supply
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML)	(insulin degludec) 1	max \$35 copay per month supply
TRESIBA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin degludec) 1	max \$35 copay per month supply
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	1	max \$35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i> (Glucotrol XL)	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	1	
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	
Agentes Antigota		
Agentes Antigota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i> (Zyloprim)	1	
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i> (Mitigare)	1	QL (60 per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i> (Colcrys)	1	QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric)	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	1	
Agentes Antimigraña		
Agentes Antimigraña		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	1	PA; QL (1 per 30 days)
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5 ML	1	PA; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML	1	PA; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal)	1	ST; NM; NDS; QL (8 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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	1	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	1	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	1	PA; QL (3 per 30 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	1	QL (9 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	1	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg</i> (Maxalt-MLT)	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 5 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	1	QL (5 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA; QL (16 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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antinausea		
Agentes Antinausea		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	1	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	1	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	1	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	1	PA BvD
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	1	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i>	1	
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine (meclizine))	1	
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine)	1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	1	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml</i> (Phenergan)	1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>promethazine rectal suppository 25 mg</i> (Promethegan)	1	
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i> (promethazine)	1	
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i> (Transderm-Scop)	1	QL (10 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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	1	NM; NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Mepron)	1	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i> (Malarone)	1	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i> (Malarone Pediatric)	1	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	1	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	1	QL (90 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i> (Sovuna)	1	QL (60 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	1	
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>	1	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia)	1	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i> (Humatin)	1	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	1	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	1	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i> (Biltricide)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	1	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	1	PA; NM; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	1	PA
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
Agentes Antiparkinson		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	1	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Sinemet)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	1	
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA; NM; NDS; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	1	PA; NM; NDS
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML	1	PA; 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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	1	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (560 per 28 days)
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	1	NM; NDS; QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	1	NM; NDS; QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	1	NM; NDS; QL (1 per 26 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	1	NM; NDS; QL (1 per 26 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	1	NM; NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	1	NM; NDS; QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	1	NM; NDS; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	1	NM; NDS; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	1	NM; NDS; QL (3.2 per 14 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet</i> (Saphris) <i>10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Clozaril)	1	
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg</i>	1	ST; 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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 200 mg</i>	1	ST; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE, DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	1	ST; NM; NDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	1	NM; NDS; QL (0.75 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	1	NM; NDS; QL (1 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	1	NM; NDS; QL (1.5 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 351 MG/2.25 ML	1	NM; NDS; QL (2.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	1	NM; NDS; QL (0.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	1	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	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS, DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	1	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml(1ml)</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i> (Haldol Decanoate)	1	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	1	NM; NDS; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	1	NM; NDS; QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	1	NM; NDS; QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	1	NM; NDS; QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	1	NM; NDS; QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	1	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	1	NM; NDS; QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	1	NM; NDS; QL (0.88 per 70 days)

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	1	NM; NDS; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	1	NM; NDS; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	1	NM; NDS; QL (2.63 per 70 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i> (Latuda)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i> (Latuda)	1	QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	1	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	1	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>olanzapine oral tablet 20 mg</i> (Zyprexa)	1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG	1	ST; NM; NDS
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg</i>	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg</i> (Invega)	1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> (Invega)	1	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	1	NM; NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>prochlorperazine 10 mg/2 ml vial outer 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel)	1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	1	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)	1	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml</i> (Risperdal Consta)	1	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 25 mg/2 ml</i> (Rykindo)	1	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i> (Rykindo)	1	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	1	
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperdal)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>risperidone oral tablet, disintegrating</i> <i>0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML (risperidone microspheres)	1	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	1	NM; NDS; QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	1	NM; NDS; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	1	NM; NDS; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	1	NM; NDS; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	1	NM; NDS; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	1	NM; NDS; QL (0.14 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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	1	NM; NDS; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	ST; NM; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	1	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, (Geodon) 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular (Geodon) recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	1	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	1	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	1	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	1	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	1	PA BvD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	1	PA BvD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	1	PA BvD

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	1	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> <i>intravenous parenteral solution</i>	1	
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3 %	1	PA BvD
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-1)	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-2)	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-3)	1	
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	1	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Pacerone)	1	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> (Tikosyn)	1	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (amiodarone)	1	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	1	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	1	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Tenormin)	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i> (Tenoretic 100)	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i> (Tenoretic 50)	1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg)	1	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor)	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	1	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Bystolic)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	1	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (sotalol)	1	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (sotalol)	1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Sotalol AF)	1	
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i> (Betapace)	1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>diltiazem 24hr er 360 mg cap once-a-day dosage</i> (Tiadylt ER)	1	
<i>diltiazem 24hr er 420 mg cap</i> (Tiadylt ER)	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i> (Tiadylt ER)	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	1	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (diltiazem hcl)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>taztia xt oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>tiadylt er oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	1	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	1	QL (600 per 30 days)
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	1	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	1	
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg (0.0625 mg)</i> (Lanoxin)	1	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	1	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	1	QL (4 per 30 days)
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Firazyr)	1	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Corlanor)	1	QL (60 per 30 days)
<i>metirosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	1	NM; NDS
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina II		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Atacand)	1	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (Atacand HCT)	1	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG (sacubitril-valsartan)	1	QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLET 15-16 MG, 6-6 MG	1	QL (240 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Avapro)	1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	1	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	1	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	1	
<i>olmesartan-amlodipin-hctiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i> (Tribenzor)	1	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	1	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	1	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> (Micardis HCT)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> (Diovan HCT)	1	
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvasc)	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i> (Lotrel)	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>	1	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i> (Azor)	1	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i> (Exforge)	1	
<i>amlodipine-valsartan-hctiazid 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)	1	
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Procardia XL)	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
Dislipidémicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg</i> (Caduet)	1	
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i> (Caduet)	1	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lipitor)	1	QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i> (Questran)	1	
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i>	1	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i> (WelChol)	1	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> (WelChol)	1	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	1	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	1	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg</i> (Vytorin 10-10)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i> (Vytorin 10-20)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg</i> (Vytorin 10-40)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i> (Vytorin 10-80)	1	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	1	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i> (Tricor)	1	
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 160 mg, 40 mg, 54 mg</i>	1	
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i> (Lescol XL)	1	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	1	
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i> (Vascepa)	1	QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i> (Vascepa)	1	QL (120 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i> (Niacor)	1	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>niacor oral tablet 500 mg</i> (niacin)	1	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	1	ST; QL (120 per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Livalo)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	1	
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i>	1	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	1	ST; QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	1	ST; QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	1	ST; QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	1	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	1	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	1	
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	1	
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Lotensin HCT)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	1	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	1	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Accupril)	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Accuretic)	1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	1	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspra)	1	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 40 mg</i> (Isordil)	1	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titrados)	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (nitroglycerin)	1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	1	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Lotronex)	1	
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	1	
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	1	
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i> (Uceris)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> (Cortenema)	1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i> (Pentasa)	1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	1	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i> (Lialda)	1	QL (120 per 30 days)
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	1	
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	1	QL (300 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i> (Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	1	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	1	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i> (Sensipar)	1	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	1	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	1	QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	1	PA; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	1	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	1	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	1	QL (60 per 30 days)
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)</i>	1	PA; NM; NDS; QL (2.48 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	1	PA; NM; NDS; QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
Agentes De Trastorno De Sueño		
Agentes De Trastorno De Sueño		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nuvigil)	1	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	1	QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (Xyrem)	1	PA; NM; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i> (Ambien CR)	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i> (Strattera)	1	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera)	1	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	1	PA; NM; NDS; QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG, 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	1	PA; NM; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML	1	PA; 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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	1	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i> (Ampyra)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i> (Adderall XR)	1	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i> (Adderall XR)	1	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)	1	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg</i> (Tecfidera)	1	PA; NM; NDS; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i> (Tecfidera)	1	PA; NM; NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i> (Tecfidera)	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i> (Gilenya)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (Glatopa)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (Glatopa)	1	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (glatiramer)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (glatiramer)	1	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)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)	1	PA; NM; NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet</i> (Lithobid) <i>extended release 300 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet</i> <i>extended release 450 mg</i>	1	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	1	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	1	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	1	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	1	PA; NM; NDS
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml</i> (Methylin)	1	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	1	QL (90 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (20 per 180 days)
OCREVUS ZUNOVO SUBCUTANEOUS SOLUTION 920 MG-23,000 UNIT/23 ML	1	PA; NM; NDS; QL (23 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i> (Rilutek)	1	
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	1	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	1	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i> (Xenazine)	1	PA; 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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VUMERITY ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 231 MG	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	1	PA BvD
ALYFTREK ORAL TABLET 10- 50-125 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20- 50 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	1	NM; NDS; QL (560 per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA; NM; NDS
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	1	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	1	PA; NM; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100- 125 MG, 200-125 MG	1	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i> (Esbriet)	1	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	1	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i> (Daliresp)	1	QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i> (Daliresp)	1	QL (30 per 30 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 45 MG, 45 MG (2 PACK), 60 MG, 60 MG (2 PACK)	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	1	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
ADVAIR HFA INHALATION HFA (fluticasone propion- AEROSOL INHALER 115-21 salmeterol) MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	1	QL (12 per 30 days)
AIRSUPRA 90-80 MCG INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	1	QL (30 per 30 days)	
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	(fluticasone furoate- vilanterol)	1	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE		1	QL (60 per 30 days)
<i>breyna inhalation hfa aerosol inhaler</i> <i>160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	(budesonide-formoterol)	1	QL (30.9 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for</i> <i>nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i>	(Pulmicort)	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa</i> <i>aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	(Breyna)	1	QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa</i> <i>aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>		1	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa</i> <i>aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>		1	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa</i> <i>aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>		1	QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol</i> <i>inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	(Wixela Inhub)	1	QL (60 per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation blister with</i> <i>device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	(fluticasone propion- salmeterol)	1	QL (60 per 30 days)
Antileucotrinos			
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i>	(Singulair)	1	
<i>montelukast oral tablet,chewable 4 mg, 5 mg</i>	(Singulair)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg (Accolate)	1	
Broncodilatadores		
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	1	QL (32.1 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa (Ventolin HFA) aerosol inhaler 90 mcg/actuation	1	QL (17 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)	1	QL (13.4 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)	1	QL (36 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml	1	PA BvD
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION (umeclidinium- vilanterol)	1	QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	1	QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	1	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	1	QL (8 per 30 days)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	1	PA BvD
ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml	1	PA BvD; QL (540 per 30 days)

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	1	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	1	QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	1	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	1	QL (4 per 28 days)
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	1	
<i>tiotropium bromide inhalation</i> (Spiriva with <i>capsule, w/inhalation device 18 mcg</i> HandiHaler)	1	QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200- 62.5-25 MCG	1	QL (60 per 30 days)
Agentes Dentales Y Orales		
Agentes Dentales Y Orales		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i> (Evoxac)	1	
<i>chlorhexidine gluconate mucous</i> (Periogard) <i>membrane mouthwash 0.12 %</i>	1	
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2</i> (PreviDent) <i>%</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	(chlorhexidine gluconate)	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	(Salagen (pilocarpine))	1	
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	(fluoride (sodium))	1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i>	(Denta 5000 Plus Sensitive)	1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	(Kourzeq)	1	
Agentes Dermatológicos			
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos			
<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	(hydrocortisone)	1	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>		1	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>		1	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>		1	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>		1	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>		1	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>		1	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>		1	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>		1	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>		1	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i>	(Diprolene (augmented))	1	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>		1	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>		1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i> (Clobex)	1	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i> (Clobex)	1	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i> (Olux-E)	1	
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	1	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	1	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	1	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	1	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical cream 0.1 %</i> (Vanos)	1	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	1	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Procto-Med HC)	1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC))	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	1	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i> (Elidel)	1	QL (100 per 30 days)
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %</i> (Triderm)	1	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i> (Trianex)	1	
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (AmLactin)	1	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	1	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	1	QL (24 per 30 days)
ISOPROPYL ALCOHOL TOPICAL SWAB 70 %	1	
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	1	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	1	NM; NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	1	NM; NDS; QL (60 per 28 days)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	1	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	1	QL (180 per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	1	PA NSO; NM; NDS
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	1	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin ETZ)	1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %</i>	1	
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	1	
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Rosadan)	1	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	1	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Metrogel)	1	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	1	QL (220 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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>neuac topical gel 1.2 % (1 % base) -5 %</i> (clindamycin-benzoyl peroxide)	1	
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i> (metronidazole)	1	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	1	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (SSD)	1	
<i>ssd topical cream 1 %</i> (silver sulfadiazine)	1	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	1	
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	1	QL (60 per 30 days)
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	1	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	1	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> (Tazorac)	1	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Avita)	1	PA
<i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	1	PA
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	1	
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	1	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i> (Acid Reducer (esomeprazole))	1	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i> (Nexium)	1	QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i> (Nexium Packet)	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i> (Nexium Packet)	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i> (Acid Controller)	1	
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i>	(Acid Reducer (lansoprazole))	1	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i>	(Prevacid)	1	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	(Cytotec)	1	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		1	
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	(Protonix)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i>	(Protonix)	1	QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	(AcipHex)	1	QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i>	(Carafate)	1	
Agentes Gastrointestinales, Otros			
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i>	(Carbaglu)	1	PA; NM; NDS
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	(lactulose)	1	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i>	(Gastrocrom)	1	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>		1	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>		1	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>		1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	(Lomotil)	1	
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	(lactulose)	1	
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i>	(lactulose)	1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i>	(Robinul)	1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i>	(Robinul Forte)	1	
<i>kionex (with sorbitol) oral suspension 15-19.3 gram/60 ml, 15-20 gram/60 ml</i>		1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	(Constulose)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	1	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	1	
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i> (Amitiza)	1	QL (60 per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	1	
<i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i> (Reltone)	1	NM; NDS
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (URSO Forte)	1	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	1	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	1	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
Enlaces De Fosfato		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	1	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> (Renvela)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML	1	
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	1	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	1	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i> (peg-electrolyte soln)	1	
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (GaviLyte-G)	1	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i> (GaviLyte-N)	1	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i> (Suprep Bowel Prep Kit)	1	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	1	
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM	1	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i> (Uroxatral)	1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	1	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar)	1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i> (Flomax)	1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i> (Toviaz)	1	
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	1	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG (mirabegron)	1	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Vesicare)	1	
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>trospium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	1	
<i>trospium oral tablet 20 mg</i>	1	
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)	1	
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i> (Levo-T)	1	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel)	1	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Depo-Testosterone)	1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	1	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i> (Vogelxo)	1	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i> (AndroGel)	1	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i> (AndroGel)	1	PA; QL (300 per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML	1	PA; QL (2 per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	1	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Estrace)	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)	1	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)	1	QL (4 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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i> (Estrace)	1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvaferm)	1	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	1	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg</i> (Mimvey)	1	
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	1	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.9 MG	1	
PREMARIN ORAL TABLET 0.625 MG, 1.25 MG (conjugated estrogens)	1	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	1	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	1	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	1	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	1	
<i>yuvaferm vaginal tablet 10 mcg</i> (estradiol)	1	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	1	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablets, dose pack 4 mg</i> (Medrol (Pak))	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> (Pediapred)	1	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i> (Kenalog)	1	
Pituitario		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	1	PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days)
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 UNIT/0.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 UNIT/ML	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	1	PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i> (DDAVP)	1	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA; NM; NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i> (Somatuline Depot)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG	1	PA; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	1	PA; NM; NDS
NORDITROPIN FLEXPOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	1	
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i> (Sandostatin)	1	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO; NM; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	1	PA; NM; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA; NM; NDS
Progestinas		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	1	QL (0.65 per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i> (norethindrone acetate)	1	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Provera)	1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	1	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i> (Gallifrey)	1	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	1	PA; NM; NDS
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	1	PA; NM; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	1	PA; NM; NDS
ASTAGRAF XL ORAL (tacrolimus) CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG	1	PA BvD
ASTAGRAF XL ORAL (tacrolimus) CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 5 MG	1	PA BvD; NM; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	1	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	1	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	1	PA; NM; NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; NM; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	1	PA; NM; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	1	PA; NM; NDS
<i>cyclosporine intravenous solution</i> (Sandimmune) 250 mg/5 ml	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Gengraf) 100 mg, 25 mg	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> 50 mg	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Gengraf) 100 mg/ml	1	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25</i> (Sandimmune) <i>mg</i>	1	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	1	PA; NM; NDS
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS- (adalimumab-adbm) UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
CYLTEZO(CF) PEN (adalimumab-adbm) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	1	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	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	1	PA; NM; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	1	PA; NM; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	1	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral (Zortress)</i> <i>tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	1	PA BvD; NM; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>engraf oral capsule 100 mg, 25 mg (cyclosporine modified)</i>	1	PA BvD
<i>engraf oral solution 100 mg/ml (cyclosporine modified)</i>	1	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS- ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC- HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV- ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
<i>infliximab intravenous recon soln</i> (Remicade) 100 mg	1	PA; NM; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	1	PA; NM; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	1	
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> (CellCept Intravenous) <i>intravenous recon soln 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i> (CellCept) 250 mg	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral</i> (CellCept) <i>suspension for reconstitution 200</i> <i>mg/ml</i>	1	PA BvD; NM; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i> (CellCept) 500 mg	1	PA BvD
<i>mycophenolate sodium oral</i> (Myfortic) <i>tablet, delayed release (dr/ec) 180</i> <i>mg, 360 mg</i>	1	PA BvD

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	1	PA BvD; NM; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	1	PA; NM; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	1	PA; NM; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	1	PA; NM; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	1	PA; NM; NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	1	PA; NM; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	1	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	1	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	1	ST
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA; NM; NDS

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	1	PA; NM; NDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML (ustekinumab-aekn)	1	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab-aekn)	1	PA; NM; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	1	PA BvD; NM; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	PA BvD
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	1	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	1	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.83 ML	1	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2)	1	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML (ustekinumab)	1	PA; NM; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab)	1	PA; NM; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (ustekinumab)	1	PA; NM; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	1	PA BvD
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	1	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	1	PA; NM; NDS
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	1	PA; NM; NDS
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	1	PA; NM; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	PA; NM; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	PA; NM; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	1	PA; NM; NDS
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	1	PA; NM; NDS
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	1	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	1	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	1	PA; NM; NDS
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC- (adalimumab-aaty) HS SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR (adalimumab-aaty) SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS (adalimumab-aaty) SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	1	PA; NM; NDS
Vacunas		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	1	\$0 copay
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	1	\$0 copay
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
AREXVY ANTIGEN COMPONENT 120 MCG	1	\$0 copay
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	1	\$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	1	\$0 copay

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5- 8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	1	\$0 copay
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG- LF/0.5ML	1	
DENGVAIXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	1	QL (3 per 365 days)
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	1	PA BvD; \$0 copay
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	1	PA BvD; \$0 copay
ENGRIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	1	PA BvD; \$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	1	\$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	1	\$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	1	\$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	1	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	1	PA BvD; \$0 copay
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	1	PA BvD; \$0 copay
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25- 58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	1	
IPOLE INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	1	\$0 copay
IXCHIQ (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1,000 TCID50/0.5 ML	1	\$0 copay
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	1	\$0 copay
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	1	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	1	\$0 copay
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	1	
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML, 15LF- 20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	1	
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	1	PA BvD; \$0 copay
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	1	\$0 copay
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	1	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	1	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	1	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	1	PA BvD; \$0 copay

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	1	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	1	PA BvD; \$0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	1	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	1	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	1	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR (tetanus-diphtheria SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML toxoids-td)	1	\$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	1	\$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	1	\$0 copay
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	1	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	1	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay

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

06/01/2025

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

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	1	
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %</i> (Alphagan P)	1	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	1	
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i> (Combigan)	1	
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops, suspension 1 %</i> (Azopt)	1	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	1	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i> (Cosopt)	1	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i> (Xalatan)	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	1	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	1	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	1	
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye)</i> (Zioptan (PF)) <i>dropperette 0.0015 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye)</i> <i>drops 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
<i>timolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Betimol)	1	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops</i> (Travatan Z) <i>0.004 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	1	QL (5 per 30 days)
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta		
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	1	
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment</i> <i>500 unit/gram</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic</i> (Polycin) <i>(eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye)</i> <i>drops 0.3 %</i>	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic</i> <i>(ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	1	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye)</i> <i>ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	1	QL (3.5 per 4 days)
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3</i> <i>% (3 mg/gram)</i>	1	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops</i> <i>0.3 %</i>	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear)</i> <i>drops 1-2 %</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Vigamox)	1	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	1	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (Neo-Polycin HC)	1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (Neo-Polycin)	1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i> (Maxitrol)	1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i> (Maxitrol)	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	1	
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (neomycin-bacitracin-poly-hc)	1	
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (neomycin-bacitracin-polymyxin)	1	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i> (Ocuflox)	1	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	1	
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (bacitracin-polymyxin b)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	1	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	1	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
XDEMVI OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %	1	PA; NM; NDS; QL (10 per 42 days)
ZIRGAN OPTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	1	
ZYLET OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	1	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
ALREX OPTHALMIC (EYE) (loteprednol etabonate) DROPS,SUSPENSION 0.2 %	1	ST
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops (Prolensa) 0.07 %</i>	1	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops (BromSite) 0.075 %</i>	1	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %</i>	1	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) (Restasis) dropperette 0.05 %</i>	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	1	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i> (Durezol)	1	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	1	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	1	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %</i> (DermOtic Oil)	1	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i> (FML Liquifilm)	1	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i> (24 Hour Allergy Relief)	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	1	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	1	QL (5.6 per 14 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Acular)	1	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	1	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	1	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i> (Lotemax)	1	QL (10 per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i> (Alrex)	1	ST
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i>	1	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i> (Allergy Nasal (mometasone))	1	QL (34 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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops, suspension 1 %</i> (Pred Forte)	1	
XIIDRA OPTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	1	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Isopto Atropine)	1	
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i> (Astepro Allergy)	1	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	1	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	1	
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	1	
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	1	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	1	QL (15 per 10 days)
MIEBO (PF) OPTHALMIC (EYE) DROPS 100 %	1	QL (12 per 28 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Eye Allergy Itch-Redness Rlf)	1	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i> (Eye Allergy Itch Relief)	1	
Agentes Terapéuticos Misceláneos		
Agentes Terapéuticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
BAQSIMI NASAL SPRAY, NON- AEROSOL 3 MG/ACTUATION	1	
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i> (Cystadane)	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA; NM; NDS
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	1	
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i> (Endari)	1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	1	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	1	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML	1	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	
<i>mesna oral tablet 400 mg</i> (Mesnex)	1	NM; NDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i> (Rectiv)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> (Mestinon)	1	
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	1	QL (30 per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE	1	PA; 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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML	1	
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML	1	
Agentes Vasodilatadores		
Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i> (Tracleer)	1	PA; NM; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	1	PA; QL (360 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i> (Cialis)	1	PA
UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	1	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	1	PA; NM; NDS
Analgésicos		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroides		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i> (Flector)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i> (Arthritis Pain (diclofenac))	1	QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i> (Pennsaid)	1	PA; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	1	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 75-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 75)	1	
<i>ec-naproxen dr 375 mg tablet</i> (naproxen)	1	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	1	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i> (Lurbipr)	1	
<i>ibu oral tablet 400 mg</i> (ibuprofen)	1	QL (240 per 30 days)
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (ibuprofen)	1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i> (IBU)	1	QL (240 per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	1	QL (20 per 30 days)
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg</i> (EC-Naprosyn)	1	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	NM; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	NM; QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	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)	1	NM; QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	1	NM; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg</i> (Fioricet)	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	1	NM; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	1	NM; QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	1	NM; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml</i>	1	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	1	NM; QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	NM; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	1	NM; QL (240 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Dilaudid)	1	NM; QL (180 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	1	NM; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	1	NM; QL (180 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	1	PA; NM; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	NM; QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	NM; QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	1	NM; QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	1	NM; QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg</i>	1	NM; QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	1	NM; 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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>morphine oral tablet extended release 60 mg</i> (MS Contin)	1	NM; QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	1	NM; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	NM; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	1	NM; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	1	NM; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet)	1	NM; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Endocet)	1	NM; QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> (Endocet)	1	NM; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	NM; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	1	NM; QL (300 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<i>dermacinrx lidocan 5% patch outer</i> (lidocaine)	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (lidocaine hcl)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (Glydo)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (DermacinRx Lidocan)	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	1	PA; QL (240 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i> (lidocaine hcl)	1	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	1	PA; 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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (lidocaine)	1	PA; QL (90 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %	1	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)	1	PA; NM; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu)	1	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	1	PA; NM; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	1	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)	1	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i> (Vandazole)	1	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	1	
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i>	1	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	1	PA; NM; NDS; QL (235.2 per 28 days)
<i>gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 40 mg/ml</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i>	1	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	1	NM; NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	1	NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin HCl)	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin)	1	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral)	1	NM; NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg</i>	1	NM; NDS
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i> (Zyvox)	1	
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zyvox)	1	NM; NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	1	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> (Metro I.V.) <i>intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i>	1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	1	QL (60 per 30 days)
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 1.25 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	1	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	1	QL (112 per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	1	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Azactam)	1	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	1	PA; NM; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV)	1	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	1	
Cefalosporinas		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	1	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	1	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (Tazicef)	1	
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i>	1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (ceftazidime)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	1	NM; NDS
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous recon soln</i> (Zithromax) 500 mg	1	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution</i> 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml (Zithromax)	1	
<i>azithromycin oral tablet</i> 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg	1	
<i>azithromycin oral tablet</i> 250 mg, 500 mg (Zithromax)	1	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution</i> 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	1	
<i>clarithromycin oral tablet</i> 250 mg, 500 mg	1	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	1	NM; NDS; QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution</i> 200 mg/5 ml (E.E.S. Granules)	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution</i> 400 mg/5 ml (EryPed 400)	1	
<i>erythromycin oral tablet</i> 250 mg, 500 mg	1	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule</i> 250 mg, 500 mg	1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution</i> 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml	1	
<i>amoxicillin oral tablet</i> 500 mg, 875 mg	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i> (Augmentin)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	1	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LENTOCILIN S INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT	1	
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	1	
<i>penicillin g potassium injection recon (Pfizerpen-G) soln 20 million unit</i>	1	
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	1	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, (Cipro) 500 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag suv, p/f, outer</i>	1	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i> (Avelox in NaCl (iso-osmotic)) <i>intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i>	1	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (Sulfatrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim DS)	1	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> (doxycycline hyclate)	1	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxy-100)	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i> (Morgidox)	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 150 mg, 20 mg, 75 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 50 mg</i> (Targadox)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxine NL)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 75 mg</i> (Mondoxine NL)	1	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i> (Avidoxy)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i> (Tygacil)	1	NM; NDS
Anticonceptivos		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>cyclafem 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		1	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		1	
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Azurette (28))	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Apri)	1	
<i>dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
<i>emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	1	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Kelnor 1/35 (28))	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(Kelnor 1/50 (28))	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(EluRyng)	1	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<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)	1	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
<i>kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG	1	
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg- mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone- e.estradiol-iron)	1	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone- e.estradiol-iron)	1	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone- e.estradiol-iron)	1	
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (levonorg-eth estradiol triphasic)	1	
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i> (Balcoltra)	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Altavera (28))	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablet 90-20 mcg (28)</i> (Amethyst (28))	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg- 30 mcg (91)</i> (Iclevia)	1	QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estradiol triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (Enpresse)	1	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estradiol)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG	1	
<i>lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>luteria (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>microgestin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>mili oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG	1	
<i>mono-lynyah oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(Xulane)	1	QL (3 per 28 days)
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	(Camila)	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Aurovela Fe 1-20 (28))	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Aurovela Fe 1.5/30 (28))	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(Tilia Fe)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(Tri-Lo-Estarylla)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(Tri-Estarylla)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(Estarylla)	1	
<i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>		1	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		1	
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		1	
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>	1	
<i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG	1	
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-previfem (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	1	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>valtya oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>vylibra oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin-ethin.estradiol)	1	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin-ethin.estradiol)	1	QL (3 per 28 days)
<i>zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
Anticonvulsivos			
Anticonvulsivos			
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG		1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML		1	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		1	QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		1	QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	(Carbatrol)	1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	(Tegretol)	1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	(Epitol)	1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	(Tegretol XR)	1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg, 200 mg</i>		1	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	(Onfi)	1	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	(Onfi)	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	1	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	1	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (carbamazepine)	1	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	1	ST
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	1	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	1	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	1	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
<i>fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml</i> (Cerebyx)	1	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	1	ST; NM; NDS; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	1	ST; 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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	1	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	1	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	1	QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i> (Vimpat)	1	QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	1	QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	1	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	1	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Lamictal ODT)	1	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	1	
<i>levetiracetam oral tablet for suspension 250 mg</i> (Spritam)	1	ST
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	1	QL (10 per 30 days)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	1	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	1	QL (10 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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	1	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	1	
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG (phenytoin sodium extended)	1	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	1	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	1	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	1	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	1	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	1	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	1	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	1	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	1	ST; NM; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	1	ST
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	1	ST; NM; NDS
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	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

06/01/2025

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	1	QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	1	
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	1	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	1	
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	1	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (1080 per 30 days)
Antidepresivos		
Antidepresivos		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	1	ST; NM; NDS
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i> (Wellbutrin XL)	1	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Wellbutrin SR)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i> (Celexa)	1	QL (120 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (Celexa)	1	QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Anafranil)	1	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin)	1	
<i>desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Pristiq)	1	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cymbalta)	1	QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Lexapro)	1	
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)-40 MG (26)	1	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Prozac)	1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	1	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Remeron)	1	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Remeron SolTab)	1	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Pamelor)	1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i> (Paxil)	1	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Paxil)	1	
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i> (Paxil CR)	1	
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	1	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i> (Nardil)	1	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; QL (1200 per 30 days)
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	1	
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	1	PA NSO; NM; NDS
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	1	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	1	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Viibryd)	1	QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 14 days)
Antifúngicos		
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	1	PA BvD
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i> (AmBisome)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i> (Ciclodan)	1	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i> (Ciclodan)	1	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i> (Loprox (as olamine))	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	1	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i> (Antifungal (clotrimazole))	1	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i> (Athlete's Foot (clotrimazole))	1	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>econazole nitrate topical cream 1 %</i>	1	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	1	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml</i> (Diflucan)	1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg</i> (Diflucan)	1	
<i>fluconazole oral tablet 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	1	NM; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 165 mg</i> (Fulvicin P/G)	1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	1	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>miconazole intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i> (Mycamine)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	1	
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	1	
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	1	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nyamyc)	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	1	
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i> (Noxafil)	1	PA; NM; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	1	PA; NM; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i> (Vfend)	1	
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief)	1	
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	1	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	1	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	1	PA; NM; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	1	
Antivirales (Sitémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	1	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	1	
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) (cabotegravir)	1	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	1	NM; NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	1	
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	1	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	1	NM; NDS

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i>	1	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i> (Apretude)	1	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	1	NM; NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	1	NM; NDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Prezista)	1	NM; NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	1	NM; NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	1	NM; NDS
<i>didanosine oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	1	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	1	NM; NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	1	NM; NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	1	NM; NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 400-300-300 mg</i> (Symfi Lo)	1	NM; NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	1	NM; NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	1	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i> (Truvada)	1	NM; NDS
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg</i> (Truvada)	1	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	1	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intelence)	1	NM; NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	1	NM; NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	1	NM; NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	1	NM; NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	1	NM; NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	1	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	1	NM; NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	1	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	1	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	1	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	1	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	1	NM; NDS
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	1	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	1	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	1	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i> (Kaletra)	1	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i> (Kaletra)	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i> (Kaletra)	1	QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Selzentry)	1	NM; NDS
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	1	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	1	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	1	NM; NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	1	NM; NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	1	NM; NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	1	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	1	NM; NDS
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	1	NM; NDS
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	1	NM; NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	1	NM; NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	NM; NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	1	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	1	NM; NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
STRIBILD ORAL TABLET 150- 150-200-300 MG	1	NM; NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	1	NM; NDS
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	1	PA BvD; NM; NDS
SYMITUZA ORAL TABLET 800- 150-200-10 MG	1	NM; NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	1	NM; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	1	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	1	NM; NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	1	NM; NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50- 300 MG	1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	1	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300- 150-300 MG	1	NM; NDS

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	1	NM; NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	1	NM; NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	1	NM; NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	1	NM; NDS
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	1	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	1	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	1	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	1	
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 (sofosbuvir-velpatasvir) MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 (ledipasvir-sofosbuvir) MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antivirales, Varios		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	1	PA; NM; NDS
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i> (Tamiflu)	1	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu)	1	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	1	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (Tamiflu)	1	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)	1	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)	1	QL (11 per 28 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	1	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	1	QL (60 per 180 days)
Interferones		
INTRON A INJECTION RECON SOLN 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML)	1	NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	1	PA; NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
Nucleósidos Y Nucleótidos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	1	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	1	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	1	
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i> (Valcyte)	1	NM; NDS
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	1	
Cofactores Enzimáticos/Otros		
Cofactores Enzimáticos/Otros		
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
Dispositivos		
Dispositivos		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ALCOHOL 70% SWABS	(Alcohol Pads)	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, (alcohol swabs) MEDICATED	1	PA; ST
ALCOHOL PREP SWABS (alcohol swabs) TOPICAL PADS, MEDICATED	1	PA; ST
ALCOHOL WIPES TOPICAL (alcohol swabs) PADS, MEDICATED	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	1	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE (pen needle, diabetic, 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" safety)	1	PA; ST
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
AUTOSHIELD DUO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "	1	PA; ST
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
BD INS SYR UF 0.3 ML 12.7MMX30G 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INS SYR UF 0.5 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INS SYRNG UF 0.3 ML 8MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INS SYRNG UF 0.5 ML 8MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML	(insulin syringe needleless)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE U-500 SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin u-500 syringe-needle)	1	PA; ST
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	(Easy Touch Luer Lock Insulin)	1	PA; ST
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
BD SINGLE USE SWAB	(alcohol swabs)	1	PA; ST
BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CLICKFINE 31G X 5/16" NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE, MINI, HRI 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"	1	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 4MM 31 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X (gauze bandage) 2 "	1	PA; ST
CURITY ALCOHOL PREPS 2 (alcohol swabs) PLY,MEDIUM	1	PA; ST
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	1	PA; ST
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 (gauze bandage) PLY) 2 X 2 "	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 " (gauze bandage)	1	PA; ST
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	1	PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	1	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 29G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 30G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30G 8MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 6MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (insulin syr/ndl u100 half mark)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 8MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30G 12.7MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET MICRON 34G 3.5MM 34 GAUGE X 9/64"		1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 10MM 29 GAUGE X 3/8"		1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic, 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" safety)	1	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT (insulin syringe-needle SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 u-100) 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"	1	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	1	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 4MM 29 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
EASY COMFORT SYR 0.5 ML 29G (insulin syringe-needle 8MM 1/2 ML 29 X5/16 " u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 29G 8MM 1 ML 29 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 1 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	1	PA; ST
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 33G 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML SYR (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR (insulin syringe-needle 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	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

06/01/2025

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

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML (insulin syringe needleless)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML	(insulin syringe needleless)	1	PA; ST
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE		1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEALTHWISE INS 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM (pen needle, diabetic) 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	1	
INSULIN SYR 0.3 ML (Droplet Insulin Syr(half 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X unit)) 1/4"	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" (Comfort EZ Insulin (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (Comfort EZ Insulin (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (Comfort EZ Insulin (RX) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML (Advocate Syringes) 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2" (Easy Touch Insulin OUTER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML (insulin syringe-needle 29 GAUGE u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML (Sure Comfort Insulin 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML (insulin syringe-needle 29 u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML (Droplet Insulin 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" (Easy Touch Insulin INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2" Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G (BD SafetyGlide 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8" Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML (Comfort EZ Insulin 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE Syringe) X 1/2"	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML (BD Eclipse Luer-Lok) 30GX1/2" (RX) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRINGE 1 ML (Advocate Syringes) 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML (Droplet Insulin Syringe) 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE (Ultilet Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (Monoject Syringe)	1	PA; ST
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
IV ANTISEPTIC WIPES (alcohol swabs)	1	PA; ST
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD (alcohol swabs)	1	PA; ST
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	1	PA; ST
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML (insulin syringe-needle SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 u-100) , 1/2 ML 30 GAUGE	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR (insulin syringe-needle 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE u-100) X 7/16"	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G (pen needle, diabetic) 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" (insulin syringe-needle 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"		1	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	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

06/01/2025

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

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable))	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
NOVOFINE 30 NEEDLE		1	PA; ST
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"		1	PA; ST
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"		1	PA; ST
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	QL (10 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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (10 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 8MM (pen needle, diabetic) NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER (Embrace Pen Needle) 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 (CareFine Pen Needle) GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PEN NEEDLE, DIABETIC (1st Tier Unifine Pentips NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" Plus)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 12MM 29G (pen needle, diabetic) 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X 1/4"	(1st Tier Unifine Pentips)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	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

06/01/2025

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

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" (Comfort Touch Pen Needle)	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 (Ultilet Insulin Syringe)	1	PA; ST
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	1	PA; ST
RELION MINI PEN 31G X 1/4" (pen needle, diabetic) NDL 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" (Comfort EZ PRO Safety Pen Ndl)	1	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
STERILE PADS 2" X 2" 2 X 2 " (gauze bandage)	1	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE (insulin syringe-needle u-100) 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	1	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE (insulin syringe-needle u-100) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE (insulin syringe-needle u-100) INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SURE COMFORT 30G PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SURE COMFORT ALCOHOL (alcohol swabs) PREP PADS	1	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
SURE COMFORT INS 1 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 3/16"	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 (insulin syringe-needle ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 u-100) ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 u-100) ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML (insulin syringe-needle 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML u-100) 30 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
SURE-PREP ALCOHOL PREP (alcohol swabs) PADS	1	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"		1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(Thinpro Insulin Syringe)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"		1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"		1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"		1	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	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)	1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	1	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syr/ndl u100 half mark)	1	PA; ST
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 30G 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM (OTC) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 29G 12.7MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	1	PA; ST
ULTILET ALCOHOL STERL (alcohol swabs) SWAB	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 (insulin syringe-needle ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 u-100) ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 u-100) ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	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)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	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

06/01/2025

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

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

06/01/2025

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

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32GX5/32" 32GX4MM, STRL, NANO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

06/01/2025

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

06/01/2025

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

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "		1	PA; ST
V-GO 20 DEVICE		1	QL (30 per 30 days)
V-GO 30 DEVICE		1	QL (30 per 30 days)
V-GO 40 DEVICE		1	QL (30 per 30 days)
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	(alcohol swabs)	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)	1	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	(D5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr)	1	
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>		1	
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	(potassium chloride)	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (potassium chloride)	1	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (potassium chloride)	1	
<i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)</i>	1	
<i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)</i>	1	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	1	PA BvD
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq</i> (Klor-Con 10)	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 15 meq, 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i> (Klor-Con 8)	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (Klor-Con M10)	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (Klor-Con M15)	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (Klor-Con M20)	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i> (Urocit-K 10)	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i> (Urocit-K 15)	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	1	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use</i>	1	
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	1	
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	1	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	1	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i> (Pradaxa)	1	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	1	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	1	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	1	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i> (Lovenox)	1	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i> (Lovenox)	1	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i> (Lovenox)	1	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i> (Lovenox)	1	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i> (Lovenox)	1	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i> (Arixtra)	1	NM; NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i> (Arixtra)	1	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i> (Arixtra)	1	NM; NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i> (Arixtra)	1	NM; NDS; QL (18 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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>heparin (porcine) injection solution</i> 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml	1	
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2</i> (warfarin) <i>mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg,</i> <i>7.5 mg</i>	1	
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2</i> (Jantoven) <i>mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg,</i> <i>7.5 mg</i>	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	1	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	1	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	1	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG	1	QL (60 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG (rivaroxaban)	1	QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er</i> <i>multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	1	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, (ticagrelor) 90 MG	1	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	
<i>dipyridamole oral tablet 50 mg, 75</i> <i>mg</i>	1	
<i>pentoxifylline oral tablet extended</i> <i>release 400 mg</i>	1	
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	1	QL (30 per 30 days)
Modificadores De Formación De Sangre		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG	1	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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	1	PA; NM; NDS; QL (20 per 30 days)
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	1	PA; NM; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	1	PA; NM; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	1	PA; NM; NDS
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	1	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	1	PA; QL (4 per 28 days)

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	1	
<i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg</i> (sapropterin)	1	PA; NM; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	1	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	1	PA; NM; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	1	PA BvD; NM; NDS
<i>sapropterin oral tablet,soluble 100 mg</i> (Javygtor)	1	PA; NM; NDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; LA; NDS
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000- 126,000- 168,000 UNIT, 5,000- 17,000- 24,000 UNIT, 60,000- 189,600- 252,600 UNIT	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Relajantes Musculares Esqueléticos		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>dantrolene oral capsule 25 mg</i> (Dantrium)	1	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	1	
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	1	
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	1	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	1	
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg - 200 mg</i>	1	
<i>completenate tablet chew 29 mg iron-1 mg</i>	1	
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	1	
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	1	
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	1	
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	1	
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	1	
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i>	1	
<i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i>	1	
<i>o-cal prenatal oral tablet 15 mg iron- 1,000 mcg</i>	1	
<i>pnv 29-1 oral tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	(pnv,calcium 72-iron-folic acid) 1	
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	1	
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	1	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron- 1 mg -430 mg</i>	1	
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	1	
<i>prenal true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 mg</i>	1	
<i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	1	
<i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	1	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	1	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>prenatal low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron,carb-folic)	1	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	1	
<i>preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
<i>pretab oral tablet 29-1 mg</i>	1	
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i>	1	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	1	
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	1	
<i>triveen-duo dha oral combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg</i>	1	
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg-200 mg</i>	1	
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg-300 mg</i>	1	
<i>virt-pn plus oral capsule 28-1-300 mg</i>	1	
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i>	1	
<i>vitafol nano tablet 18 mg iron- 1 mg</i>	1	

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

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>	1	
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg</i>	1	
<i>vp-pnv-dha softgel (rx) 28 mg iron- 1 mg-200 mg</i>	1	
<i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	1	
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i>	1	
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i>	1	

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

06/01/2025

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

06/01/2025

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS 139	AIMOVIG AUTOINJECTOR... 30	<i>amlodipine-olmesartan</i>48
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS..... 139	AIRSUPRA..... 61, 63	<i>amlodipine-valsartan</i>48
<i>abacavir</i> 132	AJOVY AUTOINJECTOR..... 30	<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i> ..48
<i>abacavir-lamivudine</i> 132	AJOVY SYRINGE.....30	<i>ammonium lactate</i>67
ABELCET..... 129	AKEEGA.....3	<i>amoxapine</i>126
ABILIFY ASIMTUFII..... 35	<i>ala-cort</i> 65	<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz</i> ..69
ABILIFY MAINTENA..... 35	<i>albendazole</i>33	<i>amoxicillin</i> 108, 109
<i>abiraterone</i> 3	<i>albuterol sulfate</i>63	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> 109
<i>abirtega</i>3	ALCOHOL PADS..... 141	<i>amphotericin b</i> 129
ABOUTTIME PEN NEEDLE..140	ALCOHOL PREP PADS..... 161	<i>amphotericin b liposome</i> 129
ABRYSVO (PF).....86	ALCOHOL PREP SWABS.....141	<i>ampicillin</i>109
<i>acamprosate</i>21	ALCOHOL SWABS..... 140	<i>ampicillin sodium</i> 109
<i>acarbose</i>24	ALCOHOL WIPES..... 141	<i>ampicillin-sulbactam</i> 109
<i>acebutolol</i> 44	ALECENSA..... 3	<i>anagrelide</i>188
<i>acetaminophen-codeine</i> 101	<i>alendronate</i>54	<i>anastrozole</i> 3
<i>acetazolamide</i>92	<i>alfuzosin</i>72	ANKTIVA.....3
<i>acetazolamide sodium</i>92	<i>aliskiren</i>53	ANORO ELLIPTA.....63
<i>acetic acid</i>93	<i>allopurinol</i>30	<i>aprepitant</i> 32
<i>acetylcysteine</i>60	<i>alosetron</i>53	APRETUDE..... 132
<i>acitretin</i>67	<i>alprazolam</i>22	<i>apri</i> 112
ACTEMRA.....79	ALREX.....95	APTIOM.....121
ACTEMRA ACTPEN..... 79	<i>altavera (28)</i> 112	APTIVUS..... 132
ACTHAR.....76	ALTRENO.....69	AQINJECT PEN NEEDLE..... 141
ACTHAR SELFJECT 76	ALUNBRIG.....3	ARCALYST..... 79
ACTHIB (PF).....86	ALVAIZ..... 189	AREXVY (PF)..... 86
ACTIMMUNE.....97	<i>alyacen 1/35 (28)</i> 112	AREXVY ANTIGEN COMPONENT..... 86
<i>acyclovir</i> 67, 138	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i> 112	ARIKAYCE.....104
<i>acyclovir sodium</i> 139	ALYFTREK..... 60	<i>aripiprazole</i> 35, 36
ADACEL(TDAP	<i>alyq</i>99	ARISTADA.....36
ADOLESN/ADULT)(PF)..... 86	<i>amantadine hcl</i> 34	ARISTADA INITIO.....36
<i>adapalene</i>69	<i>amethyst (28)</i> 112	<i>armodafinil</i> 55
<i>adefovir</i> 139	<i>amikacin</i>104	ARNUITY ELLIPTA..... 62
ADEMPAS..... 99	<i>amiloride</i>50	<i>asenapine maleate</i> 36
<i>adrucil</i>3	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ...50	<i>aspirin-dipyridamole</i> 189
ADVAIR HFA61	<i>amiodarone</i>43	ASSURE ID DUO PRO SFTY
ADVOCATE PEN NEEDLE... 140	<i>amitriptyline</i> 126	PEN NDL..... 141
ADVOCATE SYRINGES.....140	<i>amlodipine</i>48	ASSURE ID DUO-SHIELD 141
<i>afirmelle</i>112	<i>amlodipine-atorvastatin</i> 48	
	<i>amlodipine-benazepril</i>48	

ASSURE ID INSULIN SAFETY	141	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	93	<i>benazepril</i>	51
ASSURE ID PEN NEEDLE	141	<i>baclofen</i>	192	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	51, 52
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE	141	<i>bal-care dha</i>	192	<i>bendamustine</i>	4
ASTAGRAF XL	79	<i>bal-care dha essential</i>	192	BENDAMUSTINE	4
<i>atazanavir</i>	132	<i>balsalazide</i>	53	BENDEKA	4
<i>atenolol</i>	44	BALVERSA	4	BENLYSTA	79
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	44	BAQSIMI	97	<i>benztropine</i>	34
<i>atomoxetine</i>	56	BCG VACCINE, LIVE (PF)	86	BESREMI	79
<i>atorvastatin</i>	49	BD ALCOHOL SWABS	143	<i>betaine</i>	97
<i>atovaquone</i>	33	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	142	<i>betamethasone dipropionate</i>	65
<i>atovaquone-proguanil</i>	33	BD ECLIPSE LUER-LOK	142	<i>betamethasone valerate</i>	65
<i>atropine</i>	97	BD INSULIN SYRINGE	142	<i>betamethasone, augmented</i>	65
ATROVENT HFA	63	BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)	142	BETASERON	57
<i>aubra eq</i>	112	BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP	143	<i>betaxolol</i>	92
AUGTYRO	3	BD INSULIN SYRINGE U-500	143	<i>bethanechol chloride</i>	73
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	112	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE	142	<i>bexarotene</i>	4
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	112	BD INSULIN SYRINGE BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	143	BEXSERO	86
<i>aurovela 24 fe</i>	112	BD INSULIN SYRINGE SYRINGE	143	<i>bicalutamide</i>	4
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	112	BD INSULIN SYRINGE BD SAFETYGLIDE SYRINGE	143	BICILLIN L-A	109
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	112	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	143	BIKTARVY	132
AUSTEDO	56	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	143	<i>bimatoprost</i>	92
AUSTEDO XR	56	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	143	<i>bisoprolol fumarate</i>	44
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	56	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	143	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> ..	44
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	141	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	143	BIZENGRI	4
AUVELITY	126	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	144	<i>bleomycin</i>	4
<i>aviane</i>	113	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	144	<i>blisovi 24 fe</i>	113
AVONEX	56	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE	144	<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	113
AXTLE	3	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	144	<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	113
<i>ayuna</i>	113	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)	144	BOOSTRIX TDAP	86, 87
AYVAKIT	3	BD VEO INSULIN SYRINGE UF	144	BORDERED GAUZE	144
<i>azacitidine</i>	3	BELSOMRA	55	<i>bortezomib</i>	4
<i>azathioprine</i>	79			BORUZU	4
<i>azathioprine sodium</i>	79			<i>bosentan</i>	99
<i>azelastine</i>	97			BOSULIF	4
<i>azithromycin</i>	108			BRAFTOVI	5
<i>aztreonam</i>	106			BREO ELLIPTA	62
<i>azurette (28)</i>	113			<i>breyana</i>	62
<i>bacitracin</i>	93			BREZTRI AEROSPHERE	63
				BRILINTA	189
				<i>brimonidine</i>	92
				<i>brimonidine-timolol</i>	92

<i>brinzolamide</i>	92	<i>carglumic acid</i>	70	<i>clarithromycin</i>	108
BRIVIACT.....	121	<i>carteolol</i>	92	CLENPIQ.....	72
<i>bromfenac</i>	95	<i>cartia xt</i>	45	CLICKFINE PEN NEEDLE	
<i>bromocriptine</i>	34	<i>carvedilol</i>	44		145, 146
BRONCHITOL.....	60	CAYSTON.....	106	<i>clindamycin hcl</i>	105
BRUKINSA.....	5	<i>cefaclor</i>	106	<i>clindamycin phosphate</i>	68, 104, 105
<i>budesonide</i>	53, 62	<i>cefadroxil</i>	106, 107	<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>	68
<i>budesonide-formoterol</i>	62	<i>cefazolin</i>	107	CLINIMIX 6%-D5W	
<i>bumetanide</i>	50	<i>cefdinir</i>	107	(SULFITE-FREE).....	42
<i>buprenorphine</i>	101	<i>cefepime</i>	107	CLINIMIX 8%-	
<i>buprenorphine hcl</i>	21	<i>cefixime</i>	107	D10W(SULFITE-FREE).....	42
<i>buprenorphine-naloxone</i>	21, 22	<i>cefoxitin</i>	107	CLINIMIX 8%-	
<i>bupropion hcl</i>	126	<i>cefpodoxime</i>	107	D14W(SULFITE-FREE).....	42
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> ...	22	<i>cefprozil</i>	107	CLINIMIX E 8%-D10W	
<i>buspirone</i>	98	<i>ceftazidime</i>	107	SULFITEFREE.....	42
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i> ..	101	<i>ceftriaxone</i>	107	CLINIMIX E 8%-D14W	
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i> ..	101	<i>cefuroxime axetil</i>	107	SULFITEFREE.....	43
CABENUVA.....	132	<i>cefuroxime sodium</i>	107	<i>clobazam</i>	121
<i>cabergoline</i>	34	<i>celecoxib</i>	99	<i>clobetasol</i>	65, 66
CABOMETYX.....	5	<i>cephalexin</i>	107	<i>clobetasol-emollient</i>	66
<i>cabotegravir</i>	133	<i>cevimeline</i>	64	<i>clomipramine</i>	127
<i>calcipotriene</i>	67	<i>chateal eq (28)</i>	113	<i>clonazepam</i>	22, 23
<i>calcitonin (salmon)</i>	54	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	22	<i>clonidine</i>	43
<i>calcitriol</i>	54	<i>chlorhexidine gluconate</i>	64	<i>clonidine hcl</i>	43
<i>calcium acetate(phosphat bind)</i> ..	71	<i>chloroquine phosphate</i>	33	<i>clopidogrel</i>	189
CALQUENCE.....	5	<i>chlorpromazine</i>	36	<i>clorazepate dipotassium</i>	23
CALQUENCE		<i>chlorthalidone</i>	51	<i>clotrimazole</i>	130
(ACALABRUTINIB MAL).....	5	<i>cholestyramine (with sugar)</i>	49	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	130
<i>camila</i>	113	<i>cholestyramine light</i>	49	<i>clozapine</i>	36, 37
<i>candesartan</i>	47	<i>ciclopirox</i>	129	<i>c-nate dha</i>	192
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	47	<i>cilostazol</i>	189	COARTEM.....	33
CAPLYTA.....	36	CIMDUO.....	133	COBENFY.....	37
CAPRELSA.....	5	<i>cimetidine hcl</i>	69	COBENFY STARTER PACK...	37
<i>captopril</i>	52	CIMZIA.....	79	<i>colchicine</i>	30
<i>carbamazepine</i>	121	CIMZIA POWDER FOR		<i>colesevelam</i>	49
<i>carbidopa-levodopa</i>	34	RECONST.....	79	<i>colestipol</i>	49
CAREFINE PEN NEEDLE.....	144	<i>cinacalcet</i>	54	<i>colistin (colistimethate na)</i>	105
CARETOUCH ALCOHOL		CINQAIR.....	60	COMBIVENT RESPIMAT.....	63
PREP PAD.....	144	<i>ciprofloxacin hcl</i>	93, 110	COMETRIQ.....	5
CARETOUCH INSULIN		<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> ...	110	COMFORT EZ INSULIN	
SYRINGE.....	145	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	93	SYRINGE.....	146, 147, 148
CARETOUCH PEN NEEDLE.....	145	<i>citalopram</i>	127		

COMFORT EZ PEN		<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> .. 186	<i>diazepam</i>23, 122
NEEDLES..... 146, 147		<i>dabigatran etexilate</i> 188	<i>diazepam intensol</i> 23
COMFORT EZ PRO SAFETY		<i>dalfampridine</i> 57	<i>diazoxide</i>98
PEN NDL..... 147		<i>danazol</i> 74	<i>diclofenac epolamine</i>100
COMFORT TOUCH PEN		<i>dantrolene</i>192	<i>diclofenac potassium</i> 100
NEEDLE.....148	DANYELZA..... 6	DAPTACEL (DTAP	<i>diclofenac sodium</i>96, 100
COMPLERA..... 133	DANZITEN.....6	PEDIATRIC) (PF).....87	<i>diclofenac-misoprostol</i> 100
<i>completenate</i>192	<i>dapsone</i>131		<i>dicloxacillin</i> 109
<i>compro</i>32	DAPTACEL (DTAP		<i>dicyclomine</i> 70
<i>constulose</i> 70	PEDIATRIC) (PF).....87		<i>didanosine</i>133
COPIKTRA..... 5	<i>daptomycin</i>105	DIFICID.....108	
CORLANOR..... 46	<i>darunavir</i> 133	<i>difluprednate</i>96	
CORTROPHIN GEL.....76	<i>dasatinib</i> 6	<i>digoxin</i>46	
COSENTYX.....80, 98	<i>dasetta 1/35 (28)</i>113	<i>dihydroergotamine</i>30	
COSENTYX (2 SYRINGES).....80	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>113	<i>diltiazem hcl</i>45	
COSENTYX PEN (2 PENS).....80	DATROWAY.....6	<i>dilt-xr</i>45	
COSENTYX UNOREADY	DAURISMO.....6	<i>dimethyl fumarate</i>57	
PEN.....80	<i>deblitane</i> 113	<i>diphenoxylate-atropine</i>70	
COTELLIC.....5	<i>decitabine</i>6	<i>dipyridamole</i>189	
CREON.....191	<i>deferasirox</i>104	<i>disulfiram</i>22	
<i>cromolyn</i> 60, 70, 97	DELSTRIGO.....133	<i>divalproex</i>122	
<i>cryselle (28)</i> 113	<i>demeclocycline</i>111	<i>dofetilide</i>43	
CURAD GAUZE PAD.....148	DENG VAXIA (PF).....87	<i>dolishale</i> 113	
CURITY ALCOHOL SWABS 148	<i>denta 5000 plus</i>64	<i>donepezil</i>24	
CURITY GAUZE.....148	<i>dentagel</i> 64	<i>dorzolamide</i>92	
<i>cyclafem 1/35 (28)</i> 113	DEPO-SUBQ PROVERA 104... 78	<i>dorzolamide-timolol</i>92	
<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i> 113	DERMACEA.....149	DOVATO.....133	
<i>cyclobenzaprine</i>192	DERMACEA NON-WOVEN..149	<i>doxazosin</i>43	
<i>cyclophosphamide</i> 5	<i>dermacinrx lidocan</i>103	<i>doxepin</i>127	
<i>cyclosporine</i>80, 95	DESCOVY.....133	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>6	
<i>cyclosporine modified</i>80	<i>desipramine</i>127	<i>doxy-100</i>111	
CYLTEZO(CF).....80	<i>desmopressin</i>76, 77	<i>doxycycline hyclate</i>111	
CYLTEZO(CF) PEN.....80	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>113	<i>doxycycline monohydrate</i> . 111, 112	
CYLTEZO(CF) PEN	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>113	DRIZALMA SPRINKLE.....127	
CROHN'S-UC-HS.....80	<i>desvenlafaxine succinate</i>127	<i>dronabinol</i>32	
CYLTEZO(CF) PEN	<i>dexamethasone</i>75	DROPLET INSULIN	
PSORIASIS-UV.....80	<i>dexamethasone sodium</i>	SYR(HALF UNIT).....149, 150	
<i>cyred eq</i>113	<i>phosphate</i>75, 96	DROPLET INSULIN	
<i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr</i>	<i>dextroamphetamine-</i>	SYRINGE.....149, 150, 151	
..... 186	<i>amphetamine</i>57	DROPLET MICRON PEN	
<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>43	NEEDLE.....151	
<i>chloride</i>186	DIACOMIT.....122	DROPLET PEN NEEDLE.....151	

DROPSAFE ALCOHOL PREP	EASY TOUCH	<i>enskyce</i>	114
PADS..... 151	SHEATHLOCK INSULIN	<i>entacapone</i>	34
DROPSAFE INSULIN	 155, 156	<i>entecavir</i>	139
SYRINGE..... 152	EASY TOUCH UNI-SLIP 157	ENTRESTO.....	47
DROPSAFE PEN NEEDLE..... 152	<i>ec-naproxen</i> 100	ENTRESTO SPRINKLE.....	47
<i>droxidopa</i> 43	<i>econazole nitrate</i> 130	<i>enulose</i>	70
DUAVEE..... 74	EDURANT 133	EPCLUSA.....	137
<i>duloxetine</i> 127	<i>efavirenz</i> 133	EPIDIOLEX.....	122
DUPIXENT PEN..... 81	<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> .. 133	<i>epinastine</i>	97
DUPIXENT SYRINGE..... 81	<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> . 133	<i>epinephrine</i>	46
<i>dutasteride</i> 72	ELAHERE..... 6	<i>epitol</i>	122
EASY COMFORT ALCOHOL	ELIGARD..... 6	EPIVIR HBV.....	134
PAD..... 153	ELIGARD (3 MONTH)..... 6	EPKINLY.....	7
EASY COMFORT INSULIN	ELIGARD (4 MONTH)..... 6	<i>eplerenone</i>	53
SYRINGE..... 152, 153, 154	ELIGARD (6 MONTH)..... 6	EPRONTIA.....	122
EASY COMFORT PEN	<i>elinest</i> 114	ERBITUX.....	7
NEEDLES..... 153, 154	ELIQUIS..... 188	<i>ergoloid</i>	24
EASY COMFORT SAFETY	ELIQUIS DVT-PE TREAT	ERIVEDGE.....	7
PEN NEEDLE..... 152	30D START..... 188	ERLEADA.....	7
EASY GLIDE INSULIN	ELREXFIO..... 6	<i>erlotinib</i>	7
SYRINGE..... 154	<i>eluryng</i> 114	<i>errin</i>	114
EASY GLIDE PEN NEEDLE.. 154	EMBRACE PEN NEEDLE..... 157	<i>ertapenem</i>	106
EASY TOUCH..... 156	EMCYT..... 6	<i>erythromycin</i>	93, 108
EASY TOUCH ALCOHOL	EMGALITY PEN..... 31	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	108
PREP PADS..... 155	EMGALITY SYRINGE..... 31	<i>erythromycin with ethanol</i>	68
EASY TOUCH FLIPLOCK	<i>emoquette</i> 114	ERZOFRI.....	37
INSULIN..... 155	EMSAM..... 127	<i>escitalopram oxalate</i>	127
EASY TOUCH FLIPLOCK	<i>emtricitabine</i> 133	<i>esomeprazole magnesium</i>	69
SYRINGE..... 155	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> 133	<i>estarylla</i>	114
EASY TOUCH INSULIN	EMTRIVA..... 133	<i>estradiol</i>	74, 75
SAFETY SYR..... 154, 155	<i>emzahh</i> 114	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	75
EASY TOUCH INSULIN	<i>enalapril maleate</i> 52	<i>eszopiclone</i>	55
SYRINGE..... 154, 155, 156, 157	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	<i>ethambutol</i>	132
EASY TOUCH LUER LOCK	ENBREL..... 81	<i>ethosuximide</i>	122
INSULIN..... 156	ENBREL MINI..... 81	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	114
EASY TOUCH PEN NEEDLE 156	ENBREL SURECLICK..... 81	<i>etodolac</i>	100
EASY TOUCH SAFETY PEN	<i>endocet</i> 101	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	114
NEEDLE..... 156, 157	ENERGIX-B (PF)..... 87	ETOPOPHOS.....	7
	ENERGIX-B PEDIATRIC (PF).87	<i>etoposide</i>	7
	<i>enilloring</i> 114	<i>etravirine</i>	134
	<i>enoxaparin</i> 188	EUCRISA.....	66
	<i>enpresse</i> 114	EULEXIN.....	7

<i>everolimus (antineoplastic)</i>	7	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i>	130	<i>gavilyte-n</i>	72
<i>everolimus</i>		<i>flucytosine</i>	130	GAVRETO.....	8
<i>(immunosuppressive)</i>	81	<i>fludrocortisone</i>	75	<i>gefitinib</i>	8
EVOTAZ.....	134	<i>flunisolide</i>	96	<i>gemfibrozil</i>	49
<i>exemestane</i>	7	<i>fluocinolone</i>	66	<i>generlac</i>	70
EXTENCILLINE.....	109	<i>fluocinolone acetonide oil</i>	96	<i>gengraf</i>	81
EYSUVIS.....	96	<i>fluocinonide</i>	66	<i>gentak</i>	93
<i>ezetimibe</i>	49	<i>fluoride (sodium)</i>	64	<i>gentamicin</i>	68, 93, 104
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	49	<i>fluorometholone</i>	96	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	105
<i>falmina (28)</i>	114	<i>fluorouracil</i>	8, 67, 68	<i>gentamicin sulfate (pf)</i>	105
<i>famciclovir</i>	139	<i>fluoxetine</i>	128	GENVOYA.....	134
<i>famotidine</i>	69	<i>fluphenazine decanoate</i>	37	GILOTRIF.....	8
FANAPT.....	37	<i>fluphenazine hcl</i>	37	<i>glatiramer</i>	57
FARXIGA.....	24	<i>flurbiprofen</i>	100	<i>glatopa</i>	57
FASENRA.....	60	<i>flurbiprofen sodium</i>	96	GLEOSTINE.....	8
FASENRA PEN.....	60	<i>flutamide</i>	8	<i>glimepiride</i>	29
<i>febuxostat</i>	30	<i>fluticasone propionate</i>	62, 66, 96	<i>glipizide</i>	29
<i>feirza</i>	114	<i>fluticasone propion-salmeterol</i> ...	62	<i>glipizide-metformin</i>	30
<i>felbamate</i>	122	<i>fluvastatin</i>	49	<i>glutamine (sickle cell)</i>	98
<i>felodipine</i>	48	<i>fluvoxamine</i>	128	<i>glyburide</i>	30
<i>femynor</i>	114	<i>folivane-ob</i>	192	<i>glyburide micronized</i>	30
<i>fenofibrate</i>	49	<i>fondaparinux</i>	188	<i>glyburide-metformin</i>	30
<i>fenofibrate micronized</i>	49	<i>fosamprenavir</i>	134	<i>glycopyrrolate</i>	70
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	49	<i>fosinopril</i>	52	<i>glydo</i>	103
<i>fentanyl</i>	102	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> ...	52	GLYXAMBI.....	24
<i>fentanyl citrate</i>	102	<i>fosphenytoin</i>	122	GOMEKLI.....	8
<i>fesoterodine</i>	73	FOTIVDA.....	8	<i>griseofulvin microsize</i>	130
FETZIMA.....	127	FREESTYLE PRECISION.....	158	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	130
FIASP FLEXTOUCH U-100		FRUZAQLA.....	8	<i>guanfacine</i>	43, 57
INSULIN.....	27	<i>fulvestrant</i>	8	GVOKE.....	98
FIASP PENFILL U-100		<i>furosemide</i>	51	GVOKE HYPOPEN 2-PACK....	98
INSULIN.....	27	FUZEON.....	134	GVOKE PFS 1-PACK	
FIASP U-100 INSULIN.....	27	FYARRO.....	8	SYRINGE.....	98
<i>finasteride</i>	72	FYCOMPA.....	122, 123	GVOKE PFS 2-PACK	
<i>ingolimod</i>	57	<i>gabapentin</i>	123	SYRINGE.....	98
FINTEPLA.....	122	<i>galantamine</i>	24	HAEGARDA.....	190
FIRMAGON KIT W		<i>gallifrey</i>	78	<i>hailey 24 fe</i>	114
DILUENT SYRINGE.....	7, 8	GAMUNEX-C.....	81	<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	114
<i>flavoxate</i>	73	GARDASIL 9 (PF).....	87	<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	115
<i>flecainide</i>	43	GAUZE PAD.....	158	<i>halobetasol propionate</i>	66
<i>floxuridine</i>	8	<i>gavilyte-c</i>	72	<i>haloette</i>	115
<i>fluconazole</i>	130	<i>gavilyte-g</i>	72	<i>haloperidol</i>	38

<i>haloperidol decanoate</i>	38	<i>hydroxychloroquine</i>	33	INPEN (NOVOLOG OR	
<i>haloperidol lactate</i>	38	<i>hydroxyurea</i>	9	FIASP) BLUE.....	160
HARVONI.....	137	<i>hydroxyzine hcl</i>	131	INQOVI.....	10
HAVRIX (PF).....	87	<i>hydroxyzine pamoate</i>	98	INREBIC.....	10
HEALTHWISE INSULIN		<i>ibandronate</i>	54	<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>	27
SYRINGE.....	158, 159	IBRANCE.....	9	<i>insulin aspart u-100</i>	28
HEALTHWISE PEN NEEDLE	159	<i>ibu</i>	100	INSULIN SYR/NDL U100	
HEALTHY ACCENTS		<i>ibuprofen</i>	100	HALF MARK.....	160
UNIFINE PENTIP.....	159	<i>icatibant</i>	46	INSULIN SYRINGE.....	143
<i>heather</i>	115	<i>iclevia</i>	115	INSULIN SYRINGE	
<i>heparin (porcine)</i>	189	ICLUSIG.....	9	MICROFINE.....	142
HEPLISAV-B (PF).....	87	<i>icosapent ethyl</i>	49	INSULIN SYRINGE	
HERCEPTIN HYLECTA.....	9	IDHIFA.....	9	NEEDLELESS.....	143
HERZUMA.....	9	<i>ifosfamide</i>	9	INSULIN SYRINGE-NEEDLE	
HIBERIX (PF).....	87	ILEVRO.....	96	U-100	
HUMIRA.....	81	<i>imatinib</i>	9	.. 157, 160, 161, 169, 173, 177, 178	
HUMIRA PEN.....	81	IMBRUVICA.....	9	INSUPEN PEN NEEDLE.....	161
HUMIRA PEN CROHNS-UC-		IMDELLTRA.....	9	INTELENCE.....	134
HS START.....	81	<i>imipenem-cilastatin</i>	106	INTRON A.....	138
HUMIRA PEN PSOR-		<i>imipramine hcl</i>	128	INVEGA HAFYERA.....	38
UVEITS-ADOL HS.....	81	<i>imiquimod</i>	68	INVEGA SUSTENNA.....	38
HUMIRA(CF).....	82	IMJUDO.....	9	INVEGA TRINZA.....	38, 39
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS		IMKELDI.....	9	INVELTYS.....	96
STARTER.....	82	IMOVAX RABIES VACCINE		IPOL.....	88
HUMIRA(CF) PEN.....	82	(PF).....	88	<i>ipratropium bromide</i>	63, 97
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-		IMPAVIDO.....	33	<i>ipratropium-albuterol</i>	63
UC-HS.....	82	<i>incassia</i>	115	<i>irbesartan</i>	47
HUMIRA(CF) PEN		INCONTROL ALCOHOL		<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> ..	47
PEDIATRIC UC.....	82	PADS.....	159	ISENTRESS.....	134
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-		INCONTROL PEN NEEDLE..	159	ISENTRESS HD.....	134
ADOL HS.....	82	INCRELEX.....	77	<i>isibloom</i>	115
HUMULIN R U-500 (CONC)		<i>indapamide</i>	51	<i>isoniazid</i>	132
INSULIN.....	27	<i>indomethacin</i>	101	ISOPROPYL ALCOHOL.....	68
HUMULIN R U-500 (CONC)		INFANRIX (DTAP) (PF).....	88	<i>isosorbide dinitrate</i>	53
KWIKPEN.....	27	<i>infliximab</i>	82	<i>isosorbide mononitrate</i>	53
<i>hydralazine</i>	46	INGREZZA.....	58	ITOVEBI.....	10
<i>hydrochlorothiazide</i>	51	INGREZZA INITIATION		<i>itraconazole</i>	130
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	102	PK(TARDIV).....	58	IV PREP WIPES.....	161
<i>hydrocortisone</i>	54, 66, 75	INGREZZA SPRINKLE.....	58	<i>ivabradine</i>	46
<i>hydrocortisone valerate</i>	66	INLYTA.....	10	<i>ivermectin</i>	33
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	93	INPEN (FOR HUMALOG)		IWILFIN.....	10
<i>hydromorphone</i>	102	BLUE.....	159	IXCHIQ (PF).....	88

IXIARO (PF).....	88	<i>klor-con m20</i>	187	<i>levofloxacin in d5w</i>	110
JAKAFI.....	10	KLOXXADO.....	22	<i>levonest (28)</i>	116
<i>jantoven</i>	189	KOSELUGO.....	11	<i>levonorgest-eth.estradiol-iron..</i>	116
JANUMET.....	24	<i>kosher prenatal plus iron</i>	192	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad....</i>	116
JANUMET XR.....	25	KRAZATI.....	11	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	116
JANUVIA.....	25	<i>kurvelo (28)</i>	115	<i>levora-28</i>	116
JARDIANCE.....	25	KYLEENA.....	116	<i>levothyroxine</i>	73
<i>javygtor</i>	191	KYNMOBI.....	34	LEXIVA.....	134
JAYPIRCA.....	10	<i>labetalol</i>	44	LIBERVANT.....	123
JEMPERLI.....	10	<i>lacosamide</i>	123	<i>lidocaine</i>	103
<i>jencycla</i>	115	<i>lactulose</i>	70	<i>lidocaine hcl</i>	103
JENTADUETO.....	25	<i>lamivudine</i>	134	<i>lidocaine viscous</i>	103
JENTADUETO XR.....	25	<i>lamivudine-zidovudine</i>	134	<i>lidocaine-prilocaine</i>	103
<i>jolessa</i>	115	<i>lamotrigine</i>	123	<i>lidocan iii</i>	104
<i>juleber</i>	115	<i>lanreotide</i>	77	LILETTA.....	117
JULUCA.....	134	<i>lansoprazole</i>	70	<i>lillow (28)</i>	117
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	115	LANTUS SOLOSTAR U-100		<i>linezolid</i>	105
<i>junel 1/20 (21)</i>	115	INSULIN.....	28	<i>linezolid in dextrose 5%</i>	105
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	115	LANTUS U-100 INSULIN.....	28	LINZESS.....	71
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	115	<i>lapatinib</i>	11	<i>liothyronine</i>	73
<i>junel fe 24</i>	115	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	116	LISCO.....	161
JYLAMVO.....	10	<i>larin 1/20 (21)</i>	116	<i>lisinopril</i>	52
JYNNEOS (PF).....	88	<i>larin 24 fe</i>	116	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	52
KALYDECO.....	60	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	116	LITE TOUCH INSULIN PEN	
<i>kariva (28)</i>	115	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	116	NEEDLES.....	161, 162
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	115	<i>larissia</i>	116	LITE TOUCH INSULIN	
<i>kelnor 1/50 (28)</i>	115	<i>latanoprost</i>	92	SYRINGE.....	162, 163
KERENDIA.....	53	LAZCLUZE.....	11	<i>lithium carbonate</i>	58
KESIMPTA PEN.....	58	<i>leflunomide</i>	82	<i>lithium citrate</i>	58
<i>ketoconazole</i>	130	<i>lenalidomide</i>	11	LIVTENCITY.....	138
<i>ketorolac</i>	96, 101	LENTOCILIN S.....	110	LOKELMA.....	71
KEYTRUDA.....	10	LENVIMA.....	11	LONSURF.....	12
KIMMTRAK.....	10	<i>lessina</i>	116	<i>loperamide</i>	71
KINERET.....	82	<i>letrozole</i>	11	<i>lopinavir-ritonavir</i>	134, 135
KINRIX (PF).....	88	<i>leucovorin calcium</i>	98	LOQTORZI.....	12
<i>kionex (with sorbitol)</i>	70	LEUKERAN.....	11	<i>lorazepam</i>	23
KISQALI.....	11	<i>leuprolide</i>	11	<i>lorazepam intensol</i>	23
KISQALI FEMARA CO-		<i>leuprolide (3 month)</i>	11	LORBRENA.....	12
PACK.....	10, 11	<i>levetiracetam</i>	123	<i>losartan</i>	47
KLISYRI (250 MG).....	68	<i>levobunolol</i>	92	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	47
<i>klor-con m10</i>	186	<i>levocetirizine</i>	131	LOTEMAX.....	96
<i>klor-con m15</i>	187	<i>levofloxacin</i>	110	LOTEMAX SM.....	96

<i>loteprednol etabonate</i>	96	MAVENCLAD (6 TABLET PACK).....	58	<i>methocarbamol</i>	192
<i>lovastatin</i>	49	MAVENCLAD (7 TABLET PACK).....	58	<i>methotrexate sodium</i>	13
<i>low-ogestrel (28)</i>	117	MAVENCLAD (8 TABLET PACK).....	58	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	13
<i>loxapine succinate</i>	39	MAVENCLAD (9 TABLET PACK).....	58	<i>methoxsalen</i>	68
<i>lubiprostone</i>	71	MAXICOMFORT II PEN NEEDLE.....	163	<i>methsuximide</i>	123
LUMAKRAS.....	12	MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE.....	163	<i>methylphenidate hcl</i>	59
LUMIGAN.....	92	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE.....	163	<i>methylprednisolone</i>	76
LUNSUMIO.....	12	MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	163	<i>methylprednisolone acetate</i>	75
LUPRON DEPOT.....	12, 77	MAYZENT.....	59	<i>metoclopramide hcl</i>	71
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	12, 77	MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT).....	59	<i>metolazone</i>	51
LUPRON DEPOT (4 MONTH).	12	MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT).....	59	<i>metoprolol succinate</i>	44
LUPRON DEPOT (6 MONTH).	12	<i>meclizine</i>	32	<i>metoprolol tartrate</i>	44
LUPRON DEPOT-PED.....	77	<i>medroxyprogesterone</i>	78	<i>metronidazole</i>	68, 104, 106
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH).....	77	<i>mefloquine</i>	33	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> ..	106
<i>lurasidone</i>	39	<i>megestrol</i>	13, 78	<i>metyrosine</i>	46
<i>lutea (28)</i>	117	MEKINIST.....	13	<i>micafungin</i>	130
LYBALVI.....	39	MEKTOVI.....	13	<i>miconazole-3</i>	131
<i>lyleq</i>	117	<i>meloxicam</i>	101	MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE.....	163
LYNPARZA.....	12	<i>memantine</i>	24	MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE.....	164
LYSODREN.....	12	MENACTRA (PF).....	88	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	117
LYTGOBI.....	13	MENQUADFI (PF).....	88	<i>microgestin 1/20 (21)</i>	117
<i>lyza</i>	117	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	88	<i>microgestin 24 fe</i>	117
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG.....	163	<i>mercaptopurine</i>	13	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	117
MAGELLAN SYRINGE.....	163	<i>meropenem</i>	106	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	117
<i>magnesium sulfate</i>	187	<i>mesalamine</i>	54	<i>midodrine</i>	43
<i>malathion</i>	69	<i>mesna</i>	98	MIEBO (PF).....	97
<i>maraviroc</i>	135	<i>metformin</i>	25	<i>mifepristone</i>	25
MARGENZA.....	13	<i>methadone</i>	102	<i>mili</i>	117
<i>marlissa (28)</i>	117	<i>methazolamide</i>	92	<i>mimvey</i>	75
<i>marnatal-f</i>	192	<i>methenamine hippurate</i>	105	MINI ULTRA-THIN II.....	164
MARPLAN.....	128	<i>methimazole</i>	73	<i>minitran</i>	53
MATULANE.....	13			<i>minocycline</i>	112
MAVENCLAD (10 TABLET PACK).....	58			<i>minoxidil</i>	53
MAVENCLAD (4 TABLET PACK).....	58			MIPLYFFA.....	139
MAVENCLAD (5 TABLET PACK).....	58			MIRENA.....	117
				<i>mirtazapine</i>	128
				<i>misoprostol</i>	70
				<i>mitoxantrone</i>	13
				M-M-R II (PF).....	88
				<i>m-natal plus</i>	192

<i>modafinil</i>	55	NATACYN.....	94	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> ..	118
<i>moexipril</i>	52	<i>nateglinide</i>	25	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> ..	118
<i>molindone</i>	39	NATPARA.....	54	<i>norlyda</i>	118
<i>mometasone</i>	67, 96	NAYZILAM.....	123	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	118
MONOJECT INSULIN		<i>nebivolol</i>	44	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	118
SAFETY SYRING.....	165	<i>nefazodone</i>	128	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	118
MONOJECT INSULIN		<i>neomycin</i>	105	<i>nortriptyline</i>	128
SYRINGE.....	164, 165	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	94	NORVIR.....	135
MONOJECT SYRINGE.....	164	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i> ..	94	NOVOFINE 30.....	165
MONOJECT ULTRA		<i>neomycin-polymyxin b-</i>		NOVOFINE 32.....	165
COMFORT INSULIN.....	180	<i>dexameth</i>	94	NOVOFINE PLUS.....	165
<i>mono-linyah</i>	117	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	94	NOVOLIN 70/30 U-100	
<i>montelukast</i>	62	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	94	INSULIN.....	28
<i>morphine</i>	102, 103	<i>neo-polycin</i>	94	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	
MORPHINE.....	102	<i>neo-polycin hc</i>	94	U-100.....	28
<i>morphine concentrate</i>	102	NERLYNX.....	13	NOVOLIN N FLEXPEN.....	28
MOUNJARO.....	25	<i>neuac</i>	69	NOVOLIN N NPH U-100	
MOVANTIK.....	71	NEULASTA ONPRO.....	190	INSULIN.....	28
<i>moxifloxacin</i>	94, 110	<i>nevirapine</i>	135	NOVOLIN R FLEXPEN.....	28
<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water</i>	110	<i>newgen</i>	193	NOVOLIN R REGULAR U100	
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i> ..	111	NEXLETOL.....	50	INSULIN.....	28
MRESVIA (PF).....	88	NEXLIZET.....	50	NOVOTWIST.....	165
MULTAQ.....	43	NEXPLANON.....	117	NUBEQA.....	14
<i>mupirocin</i>	68	<i>niacin</i>	50	NUCALA.....	60, 61
MVASI.....	13	<i>niacor</i>	50	NULOJIX.....	83
<i>mycophenolate mofetil</i>	82	NICOTROL NS.....	22	NUPLAZID.....	39
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	82	<i>nifedipine</i>	48	NURTEC ODT.....	31
<i>mycophenolate sodium</i>	82	NIKTIMVO.....	83	<i>nyamyc</i>	131
<i>mynatal</i>	192	<i>nilutamide</i>	13	<i>nylia 1/35 (28)</i>	118
<i>mynatal advance</i>	192	NINLARO.....	14	<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	118
<i>mynatal plus</i>	193	<i>nitazoxanide</i>	33	<i>nymyo</i>	118
<i>mynatal-z</i>	193	<i>nitisinone</i>	191	<i>nystatin</i>	131
<i>mynate 90 plus</i>	193	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	106	<i>nystatin-triamcinolone</i>	131
MYRBETRIQ.....	73	<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>		<i>nystop</i>	131
<i>nabumetone</i>	101		106	NYVEPRIA.....	190
<i>nafcillin</i>	110	<i>nitroglycerin</i>	53, 98	<i>obstetrix dha</i>	193
<i>naloxone</i>	22	<i>niva-plus</i>	193	<i>obstetrix dha prenatal duo</i>	193
<i>naltrexone</i>	22	NIVESTYM.....	190	<i>o-cal prenatal</i>	193
NANO 2ND GEN PEN		NORDITROPIN FLEXPRO.....	77	OCREVUS.....	59
NEEDLE.....	165	<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i> ..	118	OCREVUS ZUNOVO.....	59
<i>naproxen</i>	101	<i>norethindrone (contraceptive)</i> ..	118	<i>octreotide acetate</i>	77
<i>naratriptan</i>	31	<i>norethindrone acetate</i>	78	ODEFSEY.....	135

ODOMZO	14	ORENCIA	83	PENBRAYA MENACWY	
OFEV	61	ORENCIA (WITH MALTOSE)	83	COMPONENT(PF)	89
<i>ofloxacin</i>	94	ORENCIA CLICKJECT	83	PENBRAYA MENB	
OGIVRI	14	ORFADIN	191	COMPONENT (PF)	89
OGSIVEO	14	ORGOVYX	77	<i>penicillamine</i>	104
OJEMDA	14	ORLISSA	77	<i>penicillin g potassium</i>	110
OJJAARA	14	ORKAMBI	61	<i>penicillin g procaine</i>	110
<i>olanzapine</i>	39	ORSERDU	14, 15	<i>penicillin v potassium</i>	110
<i>olmesartan</i>	47	<i>oseltamivir</i>	138	PENTACEL (PF)	89
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazid</i>	47	OTEZLA	83	<i>pentamidine</i>	33
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	47	OTEZLA STARTER	83	PENTIPS PEN NEEDLE	167
<i>olopatadine</i>	97	<i>oxandrolone</i>	74	<i>pentoxifylline</i>	189
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	50	<i>oxcarbazepine</i>	124	<i>perindopril erbumine</i>	52
<i>omeprazole</i>	70	<i>oxybutynin chloride</i>	73	<i>periogard</i>	65
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2		<i>oxycodone</i>	103	<i>permethrin</i>	69
PLUS)	165	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	103	<i>perphenazine</i>	40
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO		OZEMPIC	26	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	128
KT(GEN5)	166	<i>pacerone</i>	44	PERSERIS	40
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS		<i>paclitaxel protein-bound</i>	15	<i>phenelzine</i>	128
(GEN 5)	166	<i>paliperidone</i>	39, 40	<i>phenobarbital</i>	124
OMNIPOD 5		PANRETIN	68	PHENYTEK	124
INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	166	<i>pantoprazole</i>	70	<i>phenytoin</i>	124
OMNIPOD CLASSIC PDM		<i>paricalcitol</i>	54	<i>phenytoin sodium</i>	124
KIT(GEN 3)	166	<i>paromomycin</i>	33	<i>phenytoin sodium extended</i>	124
OMNIPOD CLASSIC PODS		<i>paroxetine hcl</i>	128	PIFELTRO	135
(GEN 3)	166	PAXLOVID	138	<i>pilocarpine hcl</i>	65, 92
OMNIPOD DASH INTRO KIT		<i>pazopanib</i>	15	<i>pimecrolimus</i>	67
(GEN 4)	166	PEDIARIX (PF)	88	<i>pimozide</i>	40
OMNIPOD DASH PDM KIT		PEDVAX HIB (PF)	89	<i>pimtree (28)</i>	118
(GEN 4)	166	<i>peg 3350-electrolytes</i>	72	<i>pioglitazone</i>	26
OMNIPOD DASH PODS		PEGASYS	138	<i>pioglitazone-metformin</i>	26
(GEN 4)	166	<i>peg-electrolyte soln</i>	72	PIP PEN NEEDLE	167
ONAPGO	34	PEMAZYRE	15	<i>piperacillin-tazobactam</i>	110
<i>ondansetron</i>	32	<i>pemetrexed</i>	15	PIQRAY	15
<i>ondansetron hcl</i>	32	<i>pemetrexed disodium</i>	15	<i>pirfenidone</i>	61
ONTRUZANT	14	PEMRYDI RTU	15	<i>pirmella</i>	119
ONUREG	14	PEN NEEDLE.. 157, 166, 167, 169		<i>pitavastatin calcium</i>	50
OPDIVO	14	PEN NEEDLE, DIABETIC		PLEGRIDY	59
OPDIVO QVANTIG	14	 148, 164, 166, 167, 169		<i>pnv 29-1</i>	193
OPDUALAG	14	PEN NEEDLE, DIABETIC,		<i>pnv-dha + docusate</i>	193
OPIPZA	39	SAFETY	170	<i>pnv-omega</i>	193
OPSUMIT	99	PENBRAYA (PF)	89	<i>podofilox</i>	68

<i>polycin</i>	94	PREVYMIS.....	138	<i>pyrazinamide</i>	132
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	95	PREZCOBIX.....	135	<i>pyridostigmine bromide</i>	98
POMALYST.....	15	PREZISTA.....	135	<i>pyrimethamine</i>	34
<i>portia 28</i>	119	PRIFTIN.....	132	QINLOCK.....	15
<i>posaconazole</i>	131	PRIMAQUINE.....	34	QUADRACEL (PF).....	89
<i>potassium chloride</i>	187	<i>primidone</i>	124	<i>quetiapine</i>	40
<i>potassium citrate</i>	187	PRIORIX (PF).....	89	<i>quinapril</i>	52
<i>pr natal 400</i>	193	PRO COMFORT ALCOHOL		<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ...	52
<i>pr natal 400 ec</i>	193	PADS.....	168	<i>quinidine sulfate</i>	44
<i>pr natal 430</i>	193	PRO COMFORT INSULIN		<i>quinine sulfate</i>	34
<i>pr natal 430 ec</i>	193	SYRINGE.....	167, 168	QULIPTA.....	31
<i>pramipexole</i>	35	PRO COMFORT PEN		RABAVERT (PF).....	89
<i>prasugrel hcl</i>	189	NEEDLE.....	168	<i>rabeprazole</i>	70
<i>pravastatin</i>	50	<i>probenecid</i>	30	RALDESY.....	128
<i>praziquantel</i>	33	<i>probenecid-colchicine</i>	30	<i>raloxifene</i>	75
<i>prazosin</i>	43	PROCALAMINE 3%.....	43	<i>ramipril</i>	52
<i>prednisolone</i>	76	<i>prochlorperazine</i>	32	<i>ranolazine</i>	46
<i>prednisolone acetate</i>	97	<i>prochlorperazine edisylate</i> ... 32, 40		<i>rasagiline</i>	35
<i>prednisolone sodium phosphate</i> ..	76	<i>prochlorperazine maleate</i>	32	RASUVO (PF).....	83
<i>prednisone</i>	76	<i>procto-med hc</i>	67	RAYALDEE.....	55
<i>pregabalin</i>	124	<i>proctosol hc</i>	67	<i>reclipsen (28)</i>	119
PREHEVBRIO (PF).....	89	<i>proctozone-hc</i>	67	RECOMBIVAX HB (PF).....	90
PREMARIN.....	75	PRODIGY INSULIN		RELENZA DISKHALER.....	138
PREMPHASE.....	75	SYRINGE.....	168	<i>repaglinide</i>	26
PREMPRO.....	75	<i>progesterone micronized</i>	78	REPATHA PUSHTRONEX.....	50
<i>prenal true</i>	193	PROGRAF.....	83	REPATHA SURECLICK.....	50
<i>prenaissance</i>	193	PROLIA.....	55	REPATHA SYRINGE.....	50
<i>prenaissance plus</i>	193	PROMACTA.....	190	RETACRIT.....	190
<i>prenatabs fa</i>	193	<i>promethazine</i>	32	RETEVMO.....	15
<i>prenatal 19</i>	194	<i>promethegan</i>	32	RETROVIR.....	135
<i>prenatal 19 (with docusate)</i>	193	<i>propafenone</i>	44	REVUFORJ.....	16
<i>prenatal low iron</i>	194	<i>propranolol</i>	45	REXULTI.....	40
<i>prenatal plus</i>	194	<i>propylthiouracil</i>	73	REYATAZ.....	135
<i>prenatal plus (calcium carb)</i>	193	PROQUAD (PF).....	89	REZLIDHIA.....	16
<i>prenatal vitamin plus low iron</i> ..	194	<i>protriptyline</i>	128	REZUROCK.....	83
<i>prenatal-u</i>	194	PULMOZYME.....	191	RHOPRESSA.....	93
<i>preplus</i>	194	PURE COMFORT ALCOHOL		RIABNI.....	16
<i>pretab</i>	194	PADS.....	168	<i>ribavirin</i>	139
<i>prevalite</i>	50	PURE COMFORT PEN		<i>rifabutin</i>	132
PREVENT DROPSAFE PEN		NEEDLE.....	168	<i>rifampin</i>	132
NEEDLE.....	167	PURE COMFORT SAFETY		<i>rilpivirine</i>	135
<i>previfem</i>	119	PEN NEEDLE.....	168	<i>riluzole</i>	59

RINVOQ.....	83	<i>select-ob (folic acid)</i>	194	<i>sorine</i>	45
RINVOQ LQ.....	83	<i>selegiline hcl</i>	35	<i>sotalol</i>	45
<i>risperidone</i>	40, 41	<i>selenium sulfide</i>	69	<i>sotalol af</i>	45
<i>risperidone microspheres</i>	40	SELZENTRY.....	136	SPIRIVA RESPIMAT.....	64
<i>ritonavir</i>	135	SEMGLEE(INSULIN		<i>spironolactone</i>	51
RITUXAN HYCELA.....	16	GLARGINE-YFGN).....	28	<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i> ..	51
<i>rivastigmine</i>	24	SEMGLEE(INSULIN GLARG-		SPRAVATO.....	129
<i>rivastigmine tartrate</i>	24	YFGN)PEN.....	29	<i>sprintec (28)</i>	119
<i>rizatriptan</i>	31	<i>se-natal 19 chewable</i>	194	SPRITAM.....	125
<i>r-natal ob</i>	194	SEREVENT DISKUS.....	64	<i>sps (with sorbitol)</i>	71
ROCKLATAN.....	93	SEROSTIM.....	78	<i>sronyx</i>	119
<i>roflumilast</i>	61	<i>sertraline</i>	128, 129	<i>ssd</i>	69
ROMVIMZA.....	16	<i>setlakin</i>	119	<i>stavudine</i>	136
<i>ropinirole</i>	35	<i>sevelamer carbonate</i>	71, 72	STELARA.....	84
<i>rosadan</i>	69	<i>sevelamer hcl</i>	72	STERILE PADS.....	170
<i>rosuvastatin</i>	50	SEZABY.....	124	STIOLTO RESPIMAT.....	64
ROTARIX.....	90	<i>sf 5000 plus</i>	65	STIVARGA.....	17
ROTATEQ VACCINE.....	90	<i>sharobel</i>	119	STRENSIQ.....	191
ROZLYTREK.....	16	SHINGRIX (PF).....	90	<i>streptomycin</i>	105
RUBRACA.....	16	SIGNIFOR.....	78	STRIBILD.....	136
<i>rufinamide</i>	124	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>	99	STRIVERDI RESPIMAT.....	64
RUKOBIA.....	136	<i>silver sulfadiazine</i>	69	<i>subvenite</i>	125
RUXIENCE.....	16	SIMBRINZA.....	93	<i>sucalfate</i>	70
RYBELSUS.....	26	<i>simliya (28)</i>	119	<i>sulfacetamide sodium</i>	95
RYBREVANT.....	16	<i>simvastatin</i>	50	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	95
RYDAPT.....	16	<i>sirolimus</i>	84	<i>sulfadiazine</i>	111
RYKINDO.....	41	SIRTURO.....	132	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> ..	111
RYTELO.....	16	SKY SAFETY PEN NEEDLE.....	170	<i>sulfasalazine</i>	54
SAFESNAP INSULIN		SKYLA.....	119	<i>sulindac</i>	101
SYRINGE.....	169, 170	SKYRIZI.....	84	<i>sumatriptan</i>	31
SAFETY PEN NEEDLE.....	170	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	187	<i>sumatriptan succinate</i>	31
SANTYL.....	68	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	187, 188	<i>sunitinib malate</i>	17
<i>sapropterin</i>	191	<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	65	SUNLENCA.....	136
SAVELLA.....	59	<i>sodium oxybate</i>	55	SURE COMFORT ALCOHOL	
SCEMBLIX.....	16, 17	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	71	PREP PADS.....	171
<i>scopolamine base</i>	32	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i> ..	72	SURE COMFORT INS. SYR.	
SECUADO.....	41	<i>solifenacin</i>	73	U-100.....	170
SECURESAFE INSULIN		SOLQUA 100/33.....	29	SURE COMFORT INSULIN	
SYRINGE.....	170	SOLTAMOX.....	17	SYRINGE.....	170, 171
SECURESAFE PEN NEEDLE	170	SOMATULINE DEPOT.....	78	SURE COMFORT PEN	
SELARSDI.....	84	SOMAVERT.....	78	NEEDLE.....	171
<i>select-ob</i>	194	<i>sorafenib</i>	17		

SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	170	TECHLITE PEN NEEDLE.....	173	<i>tiotropium bromide</i>	64
SURE-FINE PEN NEEDLES	171, 172	TECHLITE PLUS PEN NEEDLE.....	173	TIVDAK.....	18
SURE-JECT INSULIN SYRINGE.....	172	TECVAYLI.....	17	TIVICAY.....	136
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS.....	172	TEFLARO.....	108	TIVICAY PD.....	136
SUTAB.....	72	<i>telmisartan</i>	47	<i>tizanidine</i>	192
SYMPAZAN.....	125	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> ..	47	TOBI PODHALER.....	105
SYMTUZA.....	136	<i>temazepam</i>	23	<i>tobramycin</i>	95
SYNJARDY.....	26	TEMIXYS.....	136	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	105
SYNJARDY XR.....	26	TENIVAC (PF).....	90	<i>tobramycin sulfate</i>	105
SYNRIBO.....	17	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ...	136	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	95
SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY.....	170	TEPMETKO.....	18	<i>tolterodine</i>	73
TABLOID.....	17	<i>terazosin</i>	72	TOPCARE CLICKFINE.....	174
TABRECTA.....	17	<i>terbinafine hcl</i>	131	TOPCARE ULTRA COMFORT.....	174
<i>tacrolimus</i>	67, 84	<i>terconazole</i>	104	<i>topiramate</i>	125
<i>tadalafil</i>	99	<i>teriparatide</i>	55	<i>toposar</i>	18
TAFINLAR.....	17	TERUMO INSULIN SYRINGE.....	173, 174	<i>toremifene</i>	18
<i>tafluprost (pf)</i>	93	<i>testosterone</i>	74	<i>torpenz</i>	18
TAGRISSO.....	17	<i>testosterone cypionate</i>	74	<i>torse mide</i>	51
TALVEY.....	17	<i>testosterone enanthate</i>	74	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR.....	29
TALZENNA.....	17	TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF).....	90	INSULIN.....	29
<i>tamoxifen</i>	17	<i>tetrabenazine</i>	59	TRADJENTA.....	26
<i>tamsulosin</i>	72	<i>tetracycline</i>	112	<i>tramadol</i>	103
<i>tarina 24 fe</i>	119	TEVIMBRA.....	18	<i>tramadol-acetaminophen</i>	103
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	119	THALOMID.....	98	<i>trandolapril</i>	52
<i>taron-c dha</i>	194	<i>theophylline</i>	64	<i>trandolapril-verapamil</i>	52
<i>taron-prex prenatal-dha</i>	194	THINPRO INSULIN SYRINGE.....	174	<i>tranexamic acid</i>	188
TASIGNA.....	17	<i>thioridazine</i>	41	<i>tranylcypromine</i>	129
TAVNEOS.....	84	<i>thiothixene</i>	41	<i>travoprost</i>	93
<i>tazarotene</i>	69	<i>tiadylt er</i>	46	TRAZIMERA.....	18
<i>tazicef</i>	107	<i>tiagabine</i>	125	<i>trazodone</i>	129
<i>taztia xt</i>	46	TIBSOVO.....	18	TRECATOR.....	132
TAZVERIK.....	17	TICE BCG.....	18	TRELEGY ELLIPTA.....	64
TDVAX.....	90	TICOVAC.....	90	TRELSTAR.....	18
TECHLITE INSULIN SYRINGE.....	172, 173	<i>tigecycline</i>	112	TREMFYA.....	84, 85
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT).....	172	<i>tilia fe</i>	119	TREMFYA PEN.....	85
		<i>timolol</i>	93	TRESIBA FLEXTOUCH U- 100.....	29
		<i>timolol maleate</i>	45, 93	TRESIBA FLEXTOUCH U- 200.....	29
		<i>tinidazole</i>	34		

TRESIBA U-100 INSULIN	29	TRUE COMFORT PRO	ULTRA COMFORT INSULIN
<i>tretinoin</i>	69	ALCOHOL PADS.....	SYRINGE.....
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	18	TRUE COMFORT PRO INS	152, 158, 180
<i>tri femynor</i>	119	SYRINGE.....	ULTRA FLO INSUL
<i>triamcinolone acetonide</i> ..	65, 67, 76	174, 175, 176	SYR(HALF UNIT).....
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> ..	51	TRUE COMFORT SAFE	180
<i>triazolam</i>	23	INSULIN SYRG	ULTRA FLO INSULIN
<i>trientine</i>	104	175, 176	SYRINGE.....
<i>tri-estarylla</i>	119	TRUE COMFORT SAFETY	181
<i>trifluoperazine</i>	41	PEN NEEDLE.....	ULTRA FLO PEN NEEDLE
<i>trifluridine</i>	95	175	 180, 181
<i>trihexyphenidyl</i>	35	TRUEPLUS INSULIN.....	ULTRA THIN PEN NEEDLE. 181
TRIJARDY XR.....	26	176, 177	ULTRACARE INSULIN
<i>tri-legest fe</i>	119	TRUEPLUS PEN NEEDLE.....	SYRINGE.....
<i>tri-linyah</i>	120	176	181
<i>tri-lo-estarylla</i>	120	TRULICITY	ULTRACARE PEN NEEDLE
<i>tri-lo-marzia</i>	120	27	 181, 182
<i>tri-lo-mili</i>	120	TRUMENBA.....	ULTRA-FINE INS SYR
<i>tri-lo-sprintec</i>	120	90	(HALF UNIT).....
<i>trimethoprim</i>	106	TRUQAP.....	182
<i>tri-mili</i>	120	18	ULTRA-FINE INSULIN
<i>trimipramine</i>	129	TRUXIMA.....	SYRINGE.....
TRINTELLIX.....	129	18	182
<i>tri-nymyo</i>	120	TUKYSA.....	ULTRA-FINE PEN NEEDLE..
<i>tri-previfem (28)</i>	120	18	182
<i>tri-sprintec (28)</i>	120	TURALIO.....	ULTRA-THIN II (SHORT)
TRIUMEQ.....	136	<i>turqoz (28)</i>	INS SYR.....
TRIUMEQ PD.....	136	120	182, 183
<i>triveen-duo dha</i>	194	TWINRIX (PF).....	ULTRA-THIN II (SHORT)
<i>trivora (28)</i>	120	91	PEN NDL
<i>tri-vylibra</i>	120	98	183
<i>tri-vylibra lo</i>	120	TYBOST.....	ULTRA-THIN II INS PEN
TRIZIVIR.....	136	85	NEEDLES.....
TROGARZO	137	TYENNE.....	183
<i>trosipium</i>	73	TYENNE AUTOINJECTOR.....	ULTRA-THIN II INSULIN
TRUE COMFORT ALCOHOL		85	SYRINGE.....
PADS.....	175	TYMLOS.....	183
TRUE COMFORT INSULIN		91	UNIFINE OTC PEN NEEDLE
SYRINGE.....	175	UBRELVY	183
TRUE COMFORT PEN		31	UNIFINE PEN NEEDLE.....
NEEDLE.....	175, 176	ULTICARE.....	166, 183, 184
		178	UNIFINE PENTIPS
		ULTICARE INSULIN	MAXFLOW
		SYRINGE.....	184
		177	UNIFINE PENTIPS PLUS.....
		ULTICARE INSULN	184
		SYR(HALF UNIT).....	UNIFINE PENTIPS PLUS
		177	MAXFLOW.....
		ULTICARE PEN NEEDLE.....	184
		178	UNIFINE PROTECT
		ULTICARE SAFETY PEN	184
		NEEDLE.....	UNIFINE SAFECONTROL
		178	PEN NEEDLE.....
		ULTIGUARD SAFEPAK-	184, 185
		INSULIN SYR.....	UNIFINE ULTRA PEN
		179	NEEDLE.....
		ULTIGUARD SAFEPAK-	185
		PEN NEEDLE.....	UPTRAVI.....
		179	99
		ULTILET ALCOHOL SWAB. 179	<i>ursodiol</i>
		ULTILET INSULIN SYRINGE	71
		 160, 179, 180	UZEDY
		ULTILET PEN NEEDLE.....	41, 42
		180	
		ULTRA CMFT INS SYR	
		(HALF UNIT).....	
		158, 170	

<i>valacyclovir</i>	139	<i>vienva</i>	120	<i>xarah fe</i>	121
VALCHLOR.....	68	<i>vigabatrin</i>	125	XARELTO.....	189
<i>valganciclovir</i>	139	<i>vigadrone</i>	125	XARELTO DVT-PE TREAT	
<i>valproate sodium</i>	125	<i>vigpoder</i>	126	30D START.....	189
<i>valproic acid</i>	125	<i>vilazodone</i>	129	XATMEP.....	20
<i>valproic acid (as sodium salt)</i> ..	125	VIMKUNYA.....	91	XCOPRI.....	126
<i>valsartan</i>	48	<i>vinorelbine</i>	19	XCOPRI MAINTENANCE	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ...	48	<i>viorele (28)</i>	120	PACK.....	126
VALTOCO.....	125	VIRACEPT.....	137	XCOPRI TITRATION PACK..	126
<i>valtya</i>	120	VIREAD.....	137	XDEMVI.....	95
<i>vancomycin</i>	106	<i>virt-c dha</i>	194	XELJANZ.....	85
VANFLYTA.....	19	<i>virt-nate dha</i>	194	XELJANZ XR.....	85
VANISHPOINT INSULIN		<i>virt-pn dha</i>	194	XERMELO.....	71
SYRINGE.....	185	<i>virt-pn plus</i>	194	XGEVA.....	55
VANISHPOINT SYRINGE.....	185	<i>vitafol gummies</i>	194	XIFAXAN.....	106
VAQTA (PF).....	91	<i>vitafol nano</i>	194	XIGDUO XR.....	27
<i>varenicline tartrate</i>	22	<i>vitafol-ob+dha</i>	195	XIIDRA.....	97
VARIVAX (PF).....	91	VITRAKVI.....	19	XOLAIR.....	61
VAXCHORA VACCINE.....	91	VIVIMUSTA.....	19	XOSPATA.....	20
VEGZELMA.....	19	VIVOTIF.....	91	XPOVIO.....	20
VELTASSA.....	71	VIZIMPRO.....	19	XTANDI.....	20
VEMLIDY.....	137	VOCABRIA.....	137	<i>xulane</i>	121
VENCLEXTA.....	19	<i>volnea (28)</i>	120	XULTOPHY 100/3.6.....	29
VENCLEXTA STARTING		VONJO.....	19	XYOSTED.....	74
PACK.....	19	VORANIGO.....	19	YERVOY.....	20
<i>venlafaxine</i>	129	<i>voriconazole</i>	131	YESINTEK.....	85
VEOZAH.....	98	VOSEVI.....	137	YF-VAX (PF).....	91
<i>verapamil</i>	46	VOWST.....	98	YONSA.....	21
VERIFINE INSULIN		<i>vp-ch-pnv</i>	195	YUFLYMA(CF).....	86
SYRINGE.....	185, 186	<i>vp-pnv-dha</i>	195	YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-	
VERIFINE PEN NEEDLE.....	185	VRAYLAR.....	42	UC-HS.....	85
VERIFINE PLUS PEN		VUMERITY.....	60	YUFLYMA(CF)	
NEEDLE.....	186	VYALEV.....	35	AUTOINJECTOR.....	86
VERIFINE PLUS PEN		<i>vylibra</i>	120	<i>yuvaferm</i>	75
NEEDLE-SHARP.....	186	VYLOY.....	19	<i>zafemy</i>	121
VERQUVO.....	47	VYZULTA.....	93	<i>zafirlukast</i>	63
VERSACLOZ.....	42	<i>warfarin</i>	189	<i>zaleplon</i>	55
VERSALON.....	186	WEBCOL.....	186	<i>zatean-pn dha</i>	195
VERZENIO.....	19	WELIREG.....	20	<i>zatean-pn plus</i>	195
V-GO 20.....	186	WINREVAIR.....	61	ZEGALOGUE	
V-GO 30.....	186	<i>wixela inhub</i>	62	AUTOINJECTOR.....	99
V-GO 40.....	186	XALKORI.....	20	ZEGALOGUE SYRINGE.....	99

ZEJULA	21
ZELBORAF	21
<i>zenatane</i>	68
ZENPEP	191
<i>zidovudine</i>	137
ZIIHERA	21
<i>zingiber</i>	195
<i>ziprasidone hcl</i>	42
<i>ziprasidone mesylate</i>	42
ZIRABEV	21
ZIRGAN	95
ZOLADEX	21
ZOLINZA	21
<i>zolpidem</i>	55
ZONISADE	126
<i>zonisamide</i>	126
<i>zovia 1/35e (28)</i>	121
<i>zovia 1-35 (28)</i>	121
ZTALMY	126
ZTLIDO	104
ZURZUVAE	129
ZYDELIG	21
ZYKADIA	21
ZYLET	95
ZYNLONTA	21
ZYNYZ	21
ZYPREXA RELPREVV	42

Este *Formulario de medicamentos* se actualizó el 06/01/2025. Para obtener información más reciente o realizar otras preguntas, comuníquese con Servicios del Plan de Salud de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) llamando al 303-602-2111 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o sin costo al 1-877-956-2111, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, o visite [DenverHealthMedicalPlan.org](https://denverhealthmedicalplan.org).