



Elevate Medicare Select (HMO)

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): 0025211 Número de versión: 16

Este *Formulario de medicamentos* se actualizó el 09/01/2025. Para obtener información más reciente o realizar otras preguntas, comuníquese con Servicios del Plan de Salud de Elevate Medicare Select (HMO) llamando al 303-602-2111 o sin costo al 1-877-956-2111 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), 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 Select (HMO).

Este documento incluye la *Lista de medicamentos* (*Formulario de medicamentos*) de nuestro plan que está actualizada a partir del 09/01/2025. 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 Select (HMO)?

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 Select (HMO) 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 Select (HMO) 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/elevate-medicare-advantage-formularies](https://denverhealthmedicalplan.org/elevate-medicare-advantage-formularies).

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 en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior, y 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 trasladarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o añadir nuevas restricciones.

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 Select (HMO)?”

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, o trasladamos un medicamento a un nivel de costo compartido superior, 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 Select (HMO)?”

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 09/01/2025. Póngase en contacto con nosotros para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Elevate Medicare Select (HMO). 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 Select (HMO) cubre tanto medicamentos de marca y 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 Select (HMO) 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 Select (HMO) antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que Elevate Medicare Select (HMO) no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Elevate Medicare Select (HMO) limita el monto del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, Elevate Medicare Select (HMO) 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 Select (HMO) 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 Elevate Medicare Select (HMO) no cubra el medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, entonces Elevate Medicare Select (HMO) 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 Select (HMO) 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 la sección “¿Cómo solicito una excepción al *Formulario de medicamentos* de Elevate Medicare Select (HMO)?” 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 Select (HMO) 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 Select (HMO). Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Elevate Medicare Select (HMO).

- Puede solicitar a Elevate Medicare Select (HMO) 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 Select (HMO)?

Puede solicitar a Elevate Medicare Select (HMO) 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 Select (HMO) limita el monto del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que no lo apliquemos y cubramos una cantidad mayor.
- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento del *Formulario de medicamentos* a un nivel de costo compartido inferior, a menos que el medicamento se encuentre en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.

Por lo general, Elevate Medicare Select (HMO) solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el *Formulario de medicamentos* del plan, el medicamento de menor costo compartido o la aplicación de la restricción no fueran tan eficaces para usted o le causarían efectos adversos.

Usted o la persona que emite la receta deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción de nivel o *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 usted 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 han pasado los primeros 90 días de membresía de nuestro plan, cubriremos el suministro de emergencia para 30 días de ese medicamento mientras solicita 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 Select (HMO) ofrecerá una renovación única de medicamentos de la Parte D que no están incluidos en el *Formulario de medicamentos*, como se describió anteriormente.

Para obtener más información

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

Si tiene alguna pregunta acerca de Elevate Medicare Select (HMO), 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 Select (HMO)

El siguiente *Formulario de medicamentos* brinda información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por Elevate Medicare Select (HMO). 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 Select (HMO) 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)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i>	(Zytiga)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>abirtega oral tablet 250 mg</i>	(abiraterone)	2	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i>	(fluorouracil)	2	PA BvD
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)-180 MG (23)		5	PA NSO; NM; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	(Arimidex)	1	
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML		5	PA NSO; NM; NDS; QL (1.6 per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
AVMAPKI ORAL CAPSULE 0.8 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (66 per 28 days)
AXTLE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG		5	NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i> (Vidaza)	5	NM; NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg</i> (Treanda)	5	PA NSO; NM; NDS
BENDAMUSTINE INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (Bendeka)	5	PA NSO; NM; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (bendamustine)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bexarotene topical gel 1 %</i> (Targretin)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	2	
BIZENGRI INTRAVENOUS SOLUTION 375 MG/18.75 ML (20 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (75 per 28 days)
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	2	
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg</i>	4	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i> (Velcade)	4	PA NSO
BORUZU INJECTION SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA NSO
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (vandetanib)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (vandetanib)	5	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)	5	PA NSO; NM; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	5	PA BvD; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cyclophosphamide intravenous solution 500 mg/ml</i> (Frindovyx)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	2	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	3	PA BvD; ST
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 28 days)
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i> (Sprycel)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i> (Sprycel)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
DATROWAY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i>	5	NM; NDS
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i> (Caelyx)	5	PA BvD; NM; NDS
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	4	PA NSO
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	4	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	4	PA NSO

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	4	PA NSO
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL INNER, SUV, P/F 40 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	5	NM; NDS
EMRELIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	5	PA NSO; NM; NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	5	PA NSO; NM; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	2	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 (flutamide) MG	5	NM; NDS
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Torpenz)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Torpenz)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	2	
FAKZYNJA ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (42 per 28 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	5	PA BvD; NM; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	3	PA BvD
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	2	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	2	PA BvD
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i> (Eulexin)	2	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> (Faslodex)	5	NM; NDS
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG (lomustine)	4	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG, 40 MG (lomustine)	5	NM; NDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)	2	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> (Ifex)	2	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	2	
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (216 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG, 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (280 per 28 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	4	PA BvD; ST
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	5	PA NSO; NM; NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	2	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5	NM; NDS
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i> (Lutrate Depot (3 month))	4	PA NSO
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	2	PA NSO
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (15 per 8 days)
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (40 per 28 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	NM; NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	NM; NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	2	
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml</i> (Purixan)	5	NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	2	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	2	
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	5	NM; NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	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	5	PA NSO; NM; NDS
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	5	PA NSO; NM; NDS
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	5	PA NSO; NM; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i> (Abraxane)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i> (Votrient)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 750 mg</i>	5	NM; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg, 500 mg</i> (Alimta)	5	NM; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	5	NM; NDS
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	NM; NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
RYTELO INTRAVENOUS RECON SOLN 188 MG, 47 MG	5	PA NSO; NM; NDS
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5	NM; NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	4	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 (nilotinib hcl) MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG (nilotinib hcl)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	4	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i> (etoposide)	2	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	5	NM; NDS
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	4	PA NSO
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	5	NM; NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (64 per 28 days)
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	2	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
VIVIMUSTA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (bendamustine)	5	PA NSO; NM; NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (16 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ZIIHERA INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	4	PA NSO

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5	NM; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML	5	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>	2	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i> (Suboxone)	2	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	2	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	2	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone nasal spray,non-aerosol 4 mg/actuation</i> (Narcan)	2	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	2	
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	4	QL (240 per 180 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Chantix)	2	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)</i>	2	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i> (Chantix Starting Month Box)	2	
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)
<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>	2	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	2	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	2	
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i> (diazepam)	2	QL (1200 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	2	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)	2	NM; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam 4 mg/ml vial inner</i> (Ativan)	1	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml</i> (Ativan)	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 4 mg/ml</i> (Ativan)	4	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)	2	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, 30 mg</i> (Restoril)	1	NM; QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 22.5 mg</i> (Restoril)	2	NM; QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i> (Restoril)	2	NM; QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	2	NM; QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i> (Halcion)	2	NM; QL (60 per 30 days)
Agentes Antidemencia		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Aricept)	1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i> (Aricept)	2	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	2	
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	2	
<i>galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i> (Riomet)	2	QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	6	QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	6	QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 750 mg</i>	6	QL (60 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	6	QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	6	QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	6	QL (60 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i> (Korlym)	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	6	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	3	PA; QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	6	QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i>	6	QL (90 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pioglitazone-metformin oral tablet</i> (Actoplus MET) <i>15-850 mg</i>	6	QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	6	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	6	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5- 1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5- 1,000 MG, 5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5- 1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - (dapaglifloz propaned- ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG metformin)	3	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-500 MG	3	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	(Semglee(insulin glargine-yfgn))	3	max \$35 copay per month supply
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine)	3	max \$35 copay per month supply
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine)	3	max \$35 copay per month supply
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)		3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)		3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine-yfgn)	3	max \$35 copay per month supply
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine-yfgn)	3	max \$35 copay per month supply
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML		3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	3	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)	3	max \$35 copay per month supply
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin degludec)	3	max \$35 copay per month supply
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML)	(insulin degludec)	3	max \$35 copay per month supply
TRESIBA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin degludec)	3	max \$35 copay per month supply
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)		3	max \$35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas			
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		6	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>		6	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>		6	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>		6	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>		6	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>		6	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>		6	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>		6	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		6	QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>		6	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	6	
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	6	
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)	2	QL (60 per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i> (Colcrys)	2	QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	2	
Agentes Antimigraña		
Agentes Antimigraña		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	3	PA; QL (1 per 30 days)
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 225 MG/1.5 ML	3	PA; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML	3	PA; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal)	5	ST; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>scopolamine base transdermal patch</i> (Transderm-Scop) <i>3 day 1 mg over 3 days</i>	2	QL (10 per 30 days)
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	5	NM; NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Mepron)	2	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i> (Malarone)	2	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i> (Malarone Pediatric)	2	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	2	QL (90 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i> (Sovuna)	2	QL (60 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	2	
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>	2	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	2	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia)	5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i> (Humatin)	2	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	2	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i> (Biltricide)	2	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	4	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	5	PA; NM; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	2	PA
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
Agentes Antiparkinson		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	2	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	2	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Sinemet)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	2	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	2	
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al número de página vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML	5	PA; NM; NDS; QL (600 per 30 days)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	2	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	2	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	2	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 2 mg, 4 mg</i>	2	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	2	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	2	
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (560 per 28 days)
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	5	NM; NDS; QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	2	
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	2	ST; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg</i>	2	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	NM; NDS; QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	NM; NDS; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	NM; NDS; QL (3.2 per 14 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Saphris)	2	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	2	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Clozaril)	2	
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	2	ST; QL (90 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg</i>	2	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg</i>	2	ST; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	5	ST; NM; NDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NM; NDS; QL (0.75 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NM; NDS; QL (1 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NM; NDS; QL (1.5 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 351 MG/2.25 ML	5	NM; NDS; QL (2.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	5	NM; NDS; QL (0.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NM; NDS; QL (0.5 per 21 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	4	ST
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)	4	ST
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2)	4	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluphenazine hcl injection solution</i> 2.5 mg/ml	2	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate</i> 5 mg/ml	2	
<i>fluphenazine hcl oral elixir</i> 2.5 mg/5 ml	2	
<i>fluphenazine hcl oral tablet</i> 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular</i> (Haldol Decanoate) <i>solution</i> 100 mg/ml	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular</i> <i>solution</i> 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	2	
<i>haloperidol lactate injection solution</i> 5 mg/ml	2	
<i>haloperidol lactate intramuscular</i> <i>syringe</i> 5 mg/ml	2	
<i>haloperidol lactate oral concentrate</i> 2 mg/ml	2	
<i>haloperidol oral tablet</i> 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	2	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5	NM; NDS; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	NM; NDS; QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NM; NDS; QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NM; NDS; QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NM; NDS; QL (1.5 per 21 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	3	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NM; NDS; QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	NM; NDS; QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	NM; NDS; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	NM; NDS; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	NM; NDS; QL (2.63 per 70 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i> (Latuda)	2	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i> (Latuda)	2	QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	2	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	2	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	5	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>olanzapine oral tablet 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Zyprexa)	2	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG	5	ST; NM; NDS
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg</i> (Invega)	2	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> (Invega)	2	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>prochlorperazine 10 mg/2 ml vial outer 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	2	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel)	2	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel XR)	2	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 12.5 mg/2 ml</i> (Risperdal Consta)	2	QL (2 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al número de página vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	5	NM; NDS; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	5	NM; NDS; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	5	NM; NDS; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	5	NM; NDS; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NM; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	4	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Geodon)	2	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i> (Geodon)	2	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	4	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	4	PA BvD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	PA BvD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> <i>intravenous parenteral solution</i>	2	
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3 %	4	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)	2	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-2)	2	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-3)	2	
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	1	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Pacerone)	2	
<i>amiodarone oral tablet 400 mg</i>	2	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> (Tikosyn)	2	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	2	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (amiodarone)	2	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	2	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	2	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	2	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	2	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Tenormin)	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i> (Tenoretic 100)	2	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i> (Tenoretic 50)	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	2	
<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>	2	
<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)	2	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	2	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (sotalol)	2	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (sotalol)	2	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Sotalol AF)	2	
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i> (Betapace)	2	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
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)	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
diltiazem 24hr er 360 mg cap once-a-day dosage (Tiadylt ER)	2	
diltiazem 24hr er 420 mg cap (Tiadylt ER)	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg (Tiadylt ER)	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg (Cartia XT)	2	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg (Cardizem)	2	
diltiazem hcl oral tablet 90 mg	2	
dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg (diltiazem hcl)	2	
taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg (diltiazem hcl)	2	
tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg (diltiazem hcl)	2	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg	2	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg	4	
verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	1	
verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	2	
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	3	QL (600 per 30 days)
digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	2	
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg (0.0625 mg)</i> (Lanoxin)	2	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml</i> (Auvi-Q)	3	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	2	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i>	3	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	2	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)	5	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Corlanor)	3	QL (60 per 30 days)
<i>metirosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	5	NM; NDS
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	4	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)	6	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (Atacand HCT)	6	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG (sacubitril-valsartan)	3	QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLET 15-16 MG, 6-6 MG	3	QL (240 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Avapro)	6	
<i>irbesartan oral tablet 75 mg</i>	6	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	6	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	6	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	6	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	6	
<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)	6	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	6	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg</i>	6	
<i>telmisartan oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	6	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> (Micardis HCT)	6	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	6	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> (Diovan HCT)	6	
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)	6	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amlodipine-benazepril oral capsule</i> 2.5-10 mg, 5-40 mg	6	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet</i> (Azor) 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	6	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet</i> 10- (Exforge) 160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	6	
<i>amlodipine-valsartan-hctiazid oral tablet</i> 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg (Exforge HCT)	2	
<i>felodipine oral tablet extended release</i> 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	
<i>nifedipine oral tablet extended release</i> 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg (Procardia XL)	2	
<i>nifedipine oral tablet extended release</i> 30 mg, 60 mg, 90 mg	2	
Dislipídemicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> 10-10 mg, 5-10 mg (Caduet)	6	
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg (Caduet)	6	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg	6	
<i>atorvastatin oral tablet</i> 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg (Lipitor)	6	QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet</i> 4 gram (Questran)	2	
<i>cholestyramine light oral powder in packet</i> 4 gram	2	
<i>colesevelam oral powder in packet</i> 3.75 gram (WelChol)	2	
<i>colesevelam oral tablet</i> 625 mg (WelChol)	2	
<i>colestipol oral packet</i> 5 gram	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	2	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg</i> (Vytorin 10-10)	6	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i> (Vytorin 10-20)	6	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg</i> (Vytorin 10-40)	6	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i> (Vytorin 10-80)	6	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	2	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i> (Tricor)	2	
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 40 mg, 54 mg</i>	2	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg</i>	1	
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	6	QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i> (Lescol XL)	6	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	1	
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i> (Vascepa)	2	QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i> (Vascepa)	2	QL (120 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	3	ST; QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	3	ST; QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i> (Niacor)	2	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>niacor oral tablet 500 mg</i> (niacin)	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	2	ST; QL (120 per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Livalo)	2	QL (30 per 30 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	6	
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	6	QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i>	2	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	3	ST; QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	3	ST; QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	3	ST; QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	6	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	6	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>	6	QL (30 per 30 days)
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	2	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i>	1	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	
<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	
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (tolvaptan (polycys kidney dis))	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	2	
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablets, sequential 15 mg (am)/ 15 mg (pm), 30 mg (am)/ 15 mg (pm), 45 mg (am)/ 15 mg (pm), 60 mg (am)/ 30 mg (pm), 90 mg (am)/ 30 mg (pm)</i> (Jynarque)	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<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)	6	
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	6	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Lotensin HCT)	6	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	6	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	6	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	6	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	6	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	6	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	6	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	6	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	6	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	6	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	6	
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Accupril)	6	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Accuretic)	6	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	6	
<i>ramipril oral capsule 10 mg</i>	6	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	6	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	6	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	2	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspra)	2	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	2	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 40 mg</i> (Isordil)	2	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titrados)	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<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)	2	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	2	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	2	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>aloseptron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Lotronex)	2	
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	2	
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i> (Uceris)	2	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> (Cortenema)	2	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i> (Pentasa)	2	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	2	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i> (Lialda)	2	QL (120 per 30 days)
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	2	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	4	
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	2	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>	2	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	2	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i> (Sensipar)	2	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	5	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	2	QL (1 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	5	PA; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2</i> (Zemplar) <i>mcg</i>	2	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	2	
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	3	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	3	QL (60 per 30 days)
STOBOCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	3	QL (1 per 180 days)
<i>teriparatide subcutaneous pen</i> (Bonsity) <i>injector 20 mcg/dose</i> <i>(560mcg/2.24ml)</i>	5	PA; NM; NDS; QL (2.48 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	5	PA; NM; NDS; QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5	PA; NM; NDS

Agentes De Trastorno De Sueño

Agentes De Trastorno De Sueño

<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200</i> (Nuvigil) <i>mg, 250 mg, 50 mg</i>	2	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3</i> (Lunesta) <i>mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	2	PA; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (Xyrem)	5	PA; NM; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	2	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)	2	QL (30 per 30 days)
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	5	PA; NM; NDS; QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG, 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG		5	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>	(Ampyra)	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	(Adderall XR)	2	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	(Adderall XR)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	(Adderall)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg</i>	(Tecfidera)	5	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)	5	PA; NM; NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	(Tecfidera)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i> fingolimod oral capsule 0.5 mg</i>	(Gilenya)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	(Glatopa)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	(Glatopa)	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	(glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Intuniv ER)	2	
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)-80 MG (21)	5	PA; NM; NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	5	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 extended release 300 mg</i> (Lithobid)	2	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	2	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	2	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	3	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	5	PA; NM; NDS
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml</i> (Methylin)	2	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	2	QL (90 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (20 per 180 days)
OCREVUS ZUNOVO SUBCUTANEOUS SOLUTION 920 MG-23,000 UNIT/23 ML	5	PA; NM; NDS; QL (23 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i> (Rilutek)	2	
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	3	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i> (Xenazine)	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	5	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>	2	PA BvD
ALYFTREK ORAL TABLET 10- 50-125 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20- 50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	5	NM; NDS; QL (560 per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	2	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100- 125 MG, 200-125 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i> (Daliresp)	2	QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i> (Daliresp)	2	QL (30 per 30 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2)	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	5	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
ADVAIR HFA INHALATION HFA (fluticasone propion- AEROSOL INHALER 115-21 salmeterol) MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	3	QL (12 per 30 days)
AIRSUPRA 90-80 MCG INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	3	QL (32.1 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA (fluticasone furoate) INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION (fluticasone furoate- BLISTER WITH DEVICE 100-25 vilanterol) MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
<i>breyna inhalation hfa aerosol inhaler</i> (budesonide-formoterol) <i>160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5</i> <i>mcg/actuation</i>	2	QL (30.9 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for</i> (Pulmicort) <i>nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2</i> <i>ml, 1 mg/2 ml</i>	2	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa</i> (Breyna) <i>aerosol inhaler 160-4.5</i> <i>mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	2	QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa</i> <i>aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa</i> <i>aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	2	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa</i> <i>aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	2	QL (21.2 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i> (Wixela Inhub)	2	QL (60 per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i> (fluticasone propion-salmeterol)	2	QL (60 per 30 days)
Antileucotrinicos		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i> (Singulair)	1	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i> (Singulair)	2	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Accolate)	2	
Broncodilatadores		
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	3	QL (32.1 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i> (Ventolin HFA)	2	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	2	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	2	QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml</i>	2	PA BvD
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION (umeclidinium-vilanterol)	3	QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	4	QL (25.8 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	3	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	3	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	2	PA BvD
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	2	PA BvD; QL (540 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 28 days)
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	2	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	2	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	2	
<i>tiotropium bromide inhalation</i> (Spiriva with <i>capsule, w/inhalation device 18 mcg</i> HandiHaler)	2	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200- 62.5-25 MCG	3	QL (60 per 30 days)
Agentes Dentales Y Orales		
Agentes Dentales Y Orales		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i> (Evoxac)	2	
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (Periogard)	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)	1	
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Salagen (pilocarpine))	2	
<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)	2	
Agentes Dermatológicos		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i> (hydrocortisone)	2	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i> (Diprolene (augmented))	2	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i> (Clobex)	2	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i> (Clobex)	2	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i> (Olux-E)	2	
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	3	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	2	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	2	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	2	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical cream 0.1 %</i> (Vanos)	2	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	2	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	2	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Procto-Med HC)	2	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	2	
<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>	2	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	2	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	2	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	2	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i> (Elidel)	2	QL (100 per 30 days)
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	2	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	2	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	2	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	2	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>	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i> (Trianex)	2	
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	2	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (AmLactin)	2	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	2	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	2	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	2	QL (24 per 30 days)
ISOPROPYL ALCOHOL TOPICAL SWAB 70 %	1	
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	3	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule,liqd-filled,rapid rel 10 mg</i>	5	NM; NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	5	NM; NDS; QL (60 per 28 days)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	2	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	4	QL (180 per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	5	PA NSO; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg (isotretinoin)	2	
Antibacterianos Dermatológicos		
clindamycin phosphate topical solution 1 %	2	QL (180 per 30 days)
clindamycin phosphate topical swab 1 % (Clindacin ETZ)	2	
clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %	2	
erythromycin with ethanol topical solution 2 %	2	
gentamicin topical cream 0.1 %	2	QL (90 per 30 days)
gentamicin topical ointment 0.1 %	2	QL (120 per 30 days)
metronidazole topical cream 0.75 % (Rosadan)	2	
metronidazole topical gel 0.75 % (Rosadan)	2	
metronidazole topical gel 1 % (Metrogel)	2	
mupirocin topical ointment 2 % (Centany)	1	QL (220 per 30 days)
neuac topical gel 1.2 % (1 % base) -5 % (clindamycin-benzoyl peroxide)	1	
rosadan topical cream 0.75 % (metronidazole)	2	
selenium sulfide topical lotion 2.5 %	2	
silver sulfadiazine topical cream 1 % (SSD)	2	
ssd topical cream 1 % (silver sulfadiazine)	4	
Escabicidas Y Pediculicidas		
malathion topical lotion 0.5 % (Ovide)	2	
permethrin topical cream 5 % (Elimite)	2	QL (60 per 30 days)
Retinoides Dermatológicos		
adapalene topical cream 0.1 % (Differin)	2	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	4	PA
tazarotene topical cream 0.1 % (Tazorac)	2	
tretinoin topical cream 0.025 % (Avita)	2	PA
tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 % (Retin-A)	2	PA

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	2	
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	2	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg</i> (Acid Reducer (esomeprazole))	2	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg</i> (Nexium)	2	QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i> (Nexium Packet)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i> (Nexium Packet)	2	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	
<i>lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg</i> (Acid Reducer (lansoprazole))	2	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg</i> (Prevacid)	2	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	2	
<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)	2	QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i> (Carbaglu)	5	PA; NM; NDS
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	2	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	2	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	2	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	2	
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i> (Robinul)	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i> (Robinul Forte)	2	
<i>kionex (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	2	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Constulose)	2	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	3	
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	2	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i> (Amitiza)	2	QL (60 per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	2	
<i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i> (Reltone)	5	NM; NDS
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	2	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>	2	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (URSO Forte)	2	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	3	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
Enlaces De Fosfato		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	2	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	2	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> (Renvela)	2	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	2	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	2	
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML	3	
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72- 6.72 -5.84 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	2	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74- 6.74 -5.86 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	2	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i> (peg-electrolyte soln)	2	
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (GaviLyte-G)	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln</i> (GaviLyte-N) 420 gram	2	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln</i> (Suprep Bowel Prep Kit) 17.5-3.13-1.6 gram	3	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln</i> 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)	2	
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM	3	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin oral tablet extended release</i> (Uroxatral) 24 hr 10 mg	2	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule</i> 0.5 mg (Avodart)	2	
<i>finasteride oral tablet</i> 5 mg (Proscar)	1	
<i>tamsulosin oral capsule</i> 0.4 mg (Flomax)	1	
<i>terazosin oral capsule</i> 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	1	
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet</i> 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	2	
<i>fesoterodine oral tablet extended release</i> (Toviaz) 24 hr 4 mg, 8 mg	2	
<i>flavoxate oral tablet</i> 100 mg	2	
MYRBETRIQ ORAL TABLET (mirabegron) EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	2	
<i>oxybutynin chloride oral syrup</i> 5 mg/5 ml	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet</i> 5 mg	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release</i> 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg	2	
<i>solifenacin oral tablet</i> 10 mg, 5 mg (Vesicare)	1	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	2	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>trospium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	2	
<i>trospium oral tablet 20 mg</i>	2	
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i> (Euthyrox)	1	
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i> (Levo-T)	1	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel)	2	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	2	
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Depo-Testosterone)	2	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	2	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i> (Vogelxo)	2	PA; QL (300 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	(AndroGel)	2	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i>	(AndroGel)	2	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		3	PA; QL (2 per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos			
<i>abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	(estradiol-norethindrone acet)	1	
<i>abigale oral tablet 1-0.5 mg</i>	(estradiol-norethindrone acet)	2	
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG		3	
<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)	2	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	(Climara)	2	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	(Estrace)	2	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	(Yuvaferm)	2	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	(Abigale Lo)	2	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg</i>	(Abigale)	2	
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i>	(estradiol-norethindrone acet)	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.9 MG	3	
PREMARIN ORAL TABLET 0.625 MG, 1.25 MG (conjugated estrogens)	3	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	3	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	2	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i> (estradiol)	2	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	2	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	2	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	2	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	2	
<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>	2	PA BvD

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	2	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> (Pediapred)	2	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	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>	2	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i> (Kenalog)	2	
Pituitario		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days)
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 UNIT/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 UNIT/ML	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	2	
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	2	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i> (DDAVP)	2	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i> (Somatuline Depot)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al número de página vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA; NM; NDS
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) (leuprolide (3 month)) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	4	PA NSO
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
<i>octreotide acetate injection solution</i> <i>1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	2	
<i>octreotide acetate injection solution</i> (Sandostatin) <i>100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	2	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	5	PA; NM; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS
Progestinas		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	3	QL (0.65 per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i> (norethindrone acetate)	2	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	2	
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	2	
<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>	2	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i> (Gallifrey)	2	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	2	
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5	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)	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NM; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5	PA; NM; NDS
ASTAGRAF XL ORAL (tacrolimus) CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG	4	PA BvD
ASTAGRAF XL ORAL (tacrolimus) CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 5 MG	5	PA BvD; NM; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	2	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	2	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	5	PA; NM; NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	5	PA; NM; NDS
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cyclosporine intravenous solution</i> (Sandimmune) 250 mg/5 ml	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Gengraf) 100 mg, 25 mg	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> 50 mg	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Gengraf) 100 mg/ml	2	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule</i> 100 mg, 25 mg (Sandimmune)	2	PA BvD
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC- (adalimumab-adbm) HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS- (adalimumab-adbm) UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
CYLTEZO(CF) PEN (adalimumab-adbm) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS (adalimumab-adbm) SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral</i> (Zortress) <i>tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	5	PA BvD; NM; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>engraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (cyclosporine modified)	2	PA BvD
<i>engraf oral solution 100 mg/ml</i> (cyclosporine modified)	2	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS- ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC- HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i> (Remicade)	5	PA; NM; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	5	PA; NM; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	2	
<i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i> (CellCept Intravenous)	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i> (CellCept)	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i> (CellCept)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i> (CellCept)	2	PA BvD
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i> (Myfortic)	2	PA BvD
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA BvD; NM; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 125 MG/ML	5	PA; NM; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; NM; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	5	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)	5	PA; NM; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	4	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA BvD
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	4	ST
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NM; NDS
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NM; NDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aekn) SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aekn) SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5	PA; NM; NDS
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NM; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NM; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	5	PA; NM; NDS
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NM; NDS
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	3	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; NM; NDS
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC- (adalimumab-aaty) HS SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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	5	PA; NM; NDS
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS (adalimumab-aaty) SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS
Vacunas		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	6	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	6	\$0 copay
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	6	\$0 copay
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	6	\$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	6	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5- 8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	6	\$0 copay

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25- 58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	6	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	6	\$0 copay
IXCHIQ (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1,000 TCID50/0.5 ML	6	\$0 copay
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	6	\$0 copay
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	6	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	6	\$0 copay
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	6	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	6	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) INTRAMUSCULAR KIT 0.5 ML	6	\$0 copay
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10-5 MCG	6	\$0 copay
PENMENVY MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML, 15LF- 20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	6	
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	6	PA BvD; \$0 copay
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	6	\$0 copay

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	6	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	6	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	6	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	6	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	6	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	6	PA BvD; \$0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	6	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	6	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	6	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	6	\$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	6	\$0 copay

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	6	\$0 copay
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	6	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	6	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	6	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	(typhoid vi polysacch vaccine)	\$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	6	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	6	\$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	6	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	6	\$0 copay
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	6	\$0 copay
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	6	\$0 copay

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	6	\$0 copay
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT	6	\$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)	6	\$0 copay
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	2	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	2	
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	2	QL (2.5 per 25 days)
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops (Alphagan P) 0.1 %, 0.15 %</i>	2	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	2	
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) (Combigan) drops 0.2-0.5 %</i>	2	
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) (Azopt) drops,suspension 1 %</i>	2	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	2	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) (Cosopt) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops</i> (Xalatan) 0.005 %	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops</i> 0.5 %	2	
LUMIGAN OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	2	
RHOPRESSA OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	3	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	3	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	3	
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %</i> (Zioptan (PF))	2	QL (30 per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) 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) 0.004 %	2	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	4	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>	2	
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (Polycin)	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	2	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	2	QL (3.5 per 4 days)
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i>	2	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	2	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Vigamox)	2	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	4	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (Neo-Polycin HC)	2	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (Neo-Polycin)	2	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i> (Maxitrol)	2	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i> (Maxitrol)	2	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	(neomycin-bacitracin-poly-hc) 2	
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	(neomycin-bacitracin-polymyxin) 2	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	(Ocuflox) 2	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	2	
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	(bacitracin-polymyxin b) 2	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	2	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	2	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	2	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
XDEMVY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %	5	PA; NM; NDS; QL (10 per 42 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	4	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %		3	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta			
ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %	(loteprednol etabonate)	3	ST
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> 0.07 %	(Prolensa)	2	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> 0.075 %	(BromSite)	2	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> 0.09 %		2	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye)</i> <i>dropperette</i> 0.05 %	(Restasis)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> <i>ophthalmic (eye) drops</i> 0.1 %		2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye)</i> <i>drops</i> 0.1 %		2	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops</i> 0.05 %	(Durezol)	2	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %		3	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol</i> 25 mcg (0.025 %)		2	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear)</i> <i>drops</i> 0.01 %	(DermOtic Oil)	2	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye)</i> <i>drops,suspension</i> 0.1 %	(FML Liquifilm)	4	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye)</i> <i>drops</i> 0.03 %		2	
<i>fluticasone propionate nasal</i> <i>spray,suspension</i> 50 mcg/actuation	(24 Hour Allergy Relief)	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %		3	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %		3	QL (5.6 per 14 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Acular)	2	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	3	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	3	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i> (Lotemax)	2	QL (10 per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i> (Alrex)	2	ST
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i>	2	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i> (Allergy Nasal (mometasone))	2	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Pred Forte)	4	
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	3	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Isopto Atropine)	2	
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i> (Astepro Allergy)	2	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	2	
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	2	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	2	QL (15 per 10 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 %	3	QL (12 per 28 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops</i> 0.1 % (Eye Allergy Itch- Redness Rlf)	2	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops</i> 0.2 % (Advanced Eye Relief (olopatad))	2	
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
BAQSIMI NASAL SPRAY, NON- AEROSOL 3 MG/ACTUATION	3	
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i> (Cystadane)	5	PA; NM; NDS
<i>bupirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	2	
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in</i> (Endari) <i>packet 5 gram</i>	5	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	3	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	3	
<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>	2	
<i>mesna oral tablet 400 mg</i> (Mesnex)	5	NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i> (Rectiv) (w/w)	2	QL (30 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> (Mestinon)	2	
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	3	QL (30 per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 30 days)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML	3	
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML	3	
Agentes Vasodilatadores		
Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i> (Tracleer)	5	PA; NM; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	2	PA; QL (360 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>	2	PA
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i> (Cialis)	2	PA
UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	5	PA; NM; NDS
Analgésicos		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i> (Flector)	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	2	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg</i>	2	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i> (Arthritis Pain (diclofenac))	2	QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i> (Pennsaid)	5	PA; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir, delayed rel, biphaseic 50-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 75-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 75)	2	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	2	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	2	
<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	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	2	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>	2	
<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)	2	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	2	
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5 ml cup inner 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml)</i>	1	NM; QL (4500 per 30 days)
<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>	2	NM; QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	2	NM; QL (180 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>buprenorphine transdermal patch</i> (Butrans) weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour	2	NM; QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	2	NM; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg</i> (Fioricet)	2	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	NM; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	NM; QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	NM; QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	2	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>	2	NM; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml</i>	2	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	2	NM; QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	2	NM; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	2	NM; QL (240 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Dilaudid)	2	NM; QL (180 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	2	NM; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	2	NM; QL (180 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	2	PA; NM; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	NM; QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	NM; QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	4	NM; QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	4	NM; QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg</i>	2	NM; QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	2	NM; QL (90 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 60 mg</i> (MS Contin)	2	NM; QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	2	NM; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	NM; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	2	NM; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	2	NM; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet)	2	NM; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Endocet)	2	NM; QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> (Endocet)	2	NM; QL (240 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	NM; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	2	NM; QL (300 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<i>dermacinrx lidocan 5% patch outer</i> (lidocaine)	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (lidocaine hcl)	2	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (Glydo)	2	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (DermacinRx Lidocan)	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	2	PA; QL (240 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i> (lidocaine hcl)	2	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (lidocaine)	2	PA; QL (90 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %	3	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados		
Antagonistas De Metales Pesados		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu Sprinkle)	5	PA; NM; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu)	2	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	5	PA; NM; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> (Cleocin)	2	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i> (Vandazole)	2	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	2	
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i>	2	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	5	PA; NM; NDS; QL (235.2 per 28 days)
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	2	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	2	
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i>	2	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	5	NM; NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	5	NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	5	PA BvD; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tobramycin sulfate injection solution</i> 10 mg/ml, 40 mg/ml	2	
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>clindamycin hcl oral capsule</i> 150 mg, (Cleocin HCl) 300 mg, 75 mg	2	
<i>clindamycin phosphate injection</i> <i>solution</i> 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml)	2	
<i>clindamycin phosphate injection</i> (Cleocin) <i>solution</i> 150 mg/ml	2	
<i>colistin (colistimethate na) injection</i> (Coly-Mycin M <i>recon soln</i> 150 mg Parenteral)	5	NM; NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln</i> 350 mg, 500 mg	5	NM; NDS
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous</i> (Zyvox) <i>piggyback</i> 600 mg/300 ml	2	
<i>linezolid oral suspension for</i> (Zyvox) <i>reconstitution</i> 100 mg/5 ml	5	NM; NDS
<i>linezolid oral tablet</i> 600 mg (Zyvox)	2	
<i>methenamine hippurate oral tablet</i> 1 <i>gram</i>	2	
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> (Metro I.V.) <i>intravenous piggyback</i> 500 mg/100 <i>ml</i>	2	
<i>metronidazole oral tablet</i> 250 mg, 500 mg	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral</i> <i>capsule</i> 100 mg, 50 mg	2	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral</i> (Macrobid) <i>capsule</i> 100 mg	2	QL (60 per 30 days)
<i>trimethoprim oral tablet</i> 100 mg	2	
<i>vancomycin intravenous recon soln</i> 1,000 mg, 1.25 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg	2	
<i>vancomycin oral capsule</i> 125 mg (Vancocin)	2	QL (56 per 14 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	2	QL (112 per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	3	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Azactam)	2	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV)	2	
<i>meropenem 2 gram vial inner, sub, p/f</i>	4	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	2	
Cefalosporinas		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	2	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	2	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	2	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	2	
<i>cefloxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	2	
<i>cefprozime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	2	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (Tazicef)	2	
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	2	
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i>	2	
<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>	2	
<i>tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (ceftazidime)	2	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	5	NM; NDS
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Zithromax)	2	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i> (Zithromax)	2	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zithromax)	1	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG (fidaxomicin)	5	NM; NDS; QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (E.E.S. Granules)	2	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (EryPed 400)	2	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i> (Augmentin)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	2	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i>	2	
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	2	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT	4	
LENTOCILIN S INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT	4	
<i>naficillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	2	
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i> (Pfizerpen-G)	2	
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	2	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cipro)	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>	2	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	2	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	2	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag sub, p/f, inner</i>	2	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	2	
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i> (Avelox in NaCl (iso-osmotic))	2	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (Sulfatrim)	2	
<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>	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> (doxycycline hyclate)	2	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxy-100)	2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i> (Morgidox)	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 150 mg, 20 mg, 75 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 50 mg</i> (Targadox)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxylene NL)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 75 mg</i> (Mondoxylene NL)	2	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i> (Avidoxy)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i> (Tygacil)	5	NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Anticonceptivos			
Anticonceptivos			
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		2	
<i>amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>cyclafem 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		2	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		2	
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Azurette (28))	2	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Apri)	2	
<i>dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	2	QL (1 per 28 days)
<i>emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	2	QL (1 per 28 days)
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Kelnor 1/35 (28))	2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(Kelnor 1/50 (28))	2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(EluRyng)	2	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>feirza oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<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)	2	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	2	QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	
<i>kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG		4	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i>	(Balcoltra)	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Afirmelle)	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Altavera (28))	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(Amethyst (28))	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Iclevia)	2	QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(Enpresse)	2	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG		3	
<i>lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>lultera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>meleya oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>microgestin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>mili oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG		4	
<i>mono-lynyah oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG		3	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(Xulane)	2	QL (3 per 28 days)
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	(Camila)	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Aurovela Fe 1-20 (28))	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Aurovela Fe 1.5/30 (28))	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(Tilia Fe)	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(Tri-Lo-Estarylla)	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(Tri-Estarylla)	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(Estarylla)	2	
<i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>		2	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		2	
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		2	
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>orquidea oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>		2	
<i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<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)	2	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG		4	
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tri-lo-marzia oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-lo-mili oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-mili oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-nymyo oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-previfem (28) oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>trivora (28) oral tablet</i> 50-30 (6)/75- 40 (5)/125-30(10)	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	
<i>tri-vylibra lo oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-vylibra oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>turqoz (28) oral tablet</i> 0.3-30 mg- mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>valtya oral tablet</i> 1-50 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	
<i>vienva oral tablet</i> 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>violele (28) oral tablet</i> 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog- e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>volnea (28) oral tablet</i> 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog- e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>vylibra oral tablet</i> 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>xarah fe oral tablet</i> 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(norethindrone- e.estradiol-iron)	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>xulane transdermal patch weekly</i> <i>150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin-ethin.estradiol)	2	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly</i> <i>150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin-ethin.estradiol)	2	QL (3 per 28 days)
<i>zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	
Anticonvulsivos			
Anticonvulsivos			
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML		3	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		3	QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		3	QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	(Carbatrol)	2	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	(Tegretol)	2	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	(Epitol)	2	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	(Tegretol XR)	2	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg, 200 mg</i>		2	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	(Onfi)	2	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	(Onfi)	2	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	5	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>	4	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	2	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	2	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	2	
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,000 MG	5	ST; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,500 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (carbamazepine)	2	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML (topiramate)	4	ST
<i>eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg</i> (Aptiom)	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Aptiom)	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	2	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	2	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	2	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	2	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml</i> (Cerebyx)	2	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	5	ST; NM; NDS; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG (perampanel)	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG (perampanel)	4	ST; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG (perampanel)	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	2	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	2	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	2	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	2	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	2	QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i> (Vimpat)	2	QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	2	QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	2	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)	2	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Lamictal ODT)	2	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levetiracetam oral tablet for suspension 250 mg</i> (Spritam)	2	ST
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	4	QL (10 per 30 days)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	2	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	2	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	2	
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg</i> (Fycompa)	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i> (Fycompa)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i> (Fycompa)	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	2	
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG (phenytoin sodium extended)	4	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	2	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	2	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	2	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	2	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	2	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	2	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	2	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	5	ST; NM; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	2	ST
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	5	ST; NM; NDS
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA BvD; NM; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 500 MG, 750 MG	4	ST
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG (levetiracetam)	4	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	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	2	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax)	2	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 50 mg</i>	2	
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i> (Eprontia)	2	ST
<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>	2	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	5	NM; NDS; QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	3	QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	3	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)	3	
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	4	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	2	
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	2	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (1080 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al número de página vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antidepresivos		
Antidepresivos		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	5	ST; NM; NDS
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	2	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i> (Wellbutrin XL)	2	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Wellbutrin SR)	2	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<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)	2	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin)	2	
<i>desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Pristiq)	2	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	2	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	
<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)	4	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg</i> (Prozac)	1	
<i>fluoxetine oral capsule 40 mg</i>	1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Remeron)	2	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Remeron SolTab)	2	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	2	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Pamelor)	1	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i> (Paxil)	2	
<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)	2	
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	2	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i> (Nardil)	2	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	PA NSO; QL (1200 per 30 days)
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	2	
<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)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	2	
<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>	2	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	2	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	2	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Viibryd)	2	QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 14 days)
Antifúngicos		
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	4	PA BvD
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	2	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i> (AmBisome)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i> (Ciclodan)	2	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i> (Ciclodan)	2	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i> (Loprox (as olamine))	2	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	2	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i> (Antifungal (clotrimazole))	2	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i> (Athlete's Foot (clotrimazole))	2	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	2	QL (90 per 30 days)
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	5	PA; NM; NDS
<i>econazole nitrate topical cream 1 %</i>	2	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	2	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	2	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml</i> (Diflucan)	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	5	NM; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	2	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 165 mg, 250 mg</i>	2	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	2	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	2	QL (360 per 30 days)
<i>micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i> (Mycamine)	2	
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	2	
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	2	
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	2	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nyamyc)	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	2	
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i> (Noxafil)	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	5	PA; NM; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	2	
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief)	1	
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	2	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	2	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	2	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	2	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA; NM; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	4	
Antivirales (Sitémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	2	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	2	
APRETUDE INTRAMUSCULAR (cabotegravir) SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML)	5	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	NM; NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	2	
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	2	
BIKTARVY ORAL TABLET 30- 120-15 MG, 50-200-25 MG	5	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	5	NM; NDS
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i>	5	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i> (Apretude)	5	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5	NM; NDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Prezista)	5	NM; NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100- 300-300 MG	5	NM; NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5	NM; NDS
<i>didanosine oral capsule,delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	2	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5	NM; NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 MG	5	NM; NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	2	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	2	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg</i>	5	NM; NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg</i>	5	NM; NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	5	NM; NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	2	
<i>emtricitabine-tenofov (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i> (Truvada)	5	NM; NDS
<i>emtricitabine-tenofov (tdf) oral tablet 200-300 mg</i> (Truvada)	2	
<i>emtricitabine-tenofov (tdf) oral tablet 200-25-300 mg</i> (Complera)	5	NM; NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	4	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intelence)	5	NM; NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NM; NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	5	NM; NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	5	NM; NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	NM; NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5	NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	3	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5	NM; NDS
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5 ML (lopinavir-ritonavir)	4	QL (480 per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	2	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	2	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	2	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i> (Kaletra)	2	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i> (Kaletra)	2	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i> (Kaletra)	2	QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Selzentry)	5	NM; NDS
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	2	QL (1200 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	4	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	4	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5	NM; NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	NM; NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	5	NM; NDS
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	5	NM; NDS
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	5	NM; NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir)	2	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	5	NM; NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	NM; NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	3	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NM; NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK), 300 MG (5-TABLET PACK)	5	NM; NDS
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	5	PA BvD; NM; NDS
SYMITUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NM; NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	5	NM; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	2	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NM; NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	5	NM; NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	4	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	5	NM; NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	5	NM; NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	5	NM; NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5	NM; NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	NM; NDS
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	4	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	2	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	2	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	2	
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 (sofosbuvir-velpatasvir) MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 (ledipasvir-sofosbuvir) MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NM; NDS
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (Tamiflu)	2	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)	2	QL (20 per 5 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)	2	QL (11 per 28 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	2	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	4	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)	5	NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	PA; NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
Nucleósidos Y Nucleótidos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	2	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	2	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	2	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	2	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i> (Valcyte)	5	NM; NDS
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	2	
Cofactores Enzimáticos/Otros		
Cofactores Enzimáticos/Otros		
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
Dispositivos		
Dispositivos		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	PA; ST
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	PA; ST
AUTOSHIELD DUO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "	2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
BD INS SYR UF 0.3 ML 12.7MMX30G 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
BD INS SYR UF 0.5 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	2	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	2	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML (insulin syringe needleless)	2	PA; ST
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	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)	2	PA; ST
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 "		1	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM (pen needle, diabetic) 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 30G 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
CARETOUCH ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PREP PAD	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G (pen needle, diabetic) 12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"		2	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	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
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 (gauze bandage) PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	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"	2	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 30G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"		2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 10MM 29 GAUGE X 3/8"		2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"		2	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
EASY COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PAD	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN 1 ML (insulin syringe-needle SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 4MM 29 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
EASY COMFORT SYR 0.5 ML 29G (insulin syringe-needle 8MM 1/2 ML 29 X5/16 " u-100)	2	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 29G 8MM 1 ML 29 GAUGE X 5/16	2	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED	(alcohol swabs)	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	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"	2	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"	2	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	2	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 (insulin syringe-needle ML RETRACTABLE 1 ML 30 u-100) GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
EASY TOUCH LUER LOK INSUL (insulin syringe 1 ML needleless)	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML	(insulin syringe needleless)	2	PA; ST
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 29	(Utileit Insulin Syringe)	2	PA; ST
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	2	PA; ST
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE		2	PA; ST
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
GNP CLICKFINE 31G X 1/4" NDL 6MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
GNP CLICKFINE 31G X 5/16" NDL 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	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"	2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	
INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 30 (Ultra Comfort Insulin GAUGE X 7/16" Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYR 0.3 ML (Droplet Insulin Syr(half 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X unit)) 1/4"	2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYR 0.5 ML 28G 12.7MM (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (RX) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(Easy Touch Insulin Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Sure Comfort Insulin Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Droplet Insulin Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE		2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(Easy Touch Insulin Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(BD SafetyGlide Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 12.7MM (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(BD Eclipse Luer-Lok)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Droplet Insulin Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS SYRINGE 1 ML	(Easy Touch Luer Lock Insulin)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U- 100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE	(Ultilet Insulin Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U- 100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(Monoject Syringe)	2	PA; ST
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 6MM (RX) 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	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)	2	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable))	2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MS INSULIN SYR 1 ML 31GX5/16" (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	2	PA; ST
MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	2	PA; ST
NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
NOVOFINE 30 NEEDLE		2	PA; ST
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"		2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOTWIST NEEDLE 32 GAUGE X 1/5"	2	PA; ST
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KIT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 8MM (pen needle, diabetic) NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER (Embrace Pen Needle) 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 (CareFine Pen Needle) GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
PEN NEEDLE 31G X 1/4" HRI 31 (1st Tier Unifine GAUGE X 1/4" Pentips)	2	PA; ST
PEN NEEDLE 6MM 31G 6MM 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	(1st Tier Unifine Pentips Plus)	2	PA; ST
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PEN NEEDLES 5MM 31G 31GX5MM,STRL,MINI (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PREFPLS INS SYR 1 ML 30GX5/16" (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	2	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PURE COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"	2	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" (Comfort Touch Pen Needle)	2	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"	2	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	2	PA; ST
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (Comfort EZ Insulin Syringe)	2	PA; ST
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (Comfort EZ Insulin Syringe)	2	PA; ST
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (Comfort EZ Insulin Syringe)	2	PA; ST
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	2	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	(insulin syringe-needle u-100)	2	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)	2	PA; ST
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"		2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syr/ndl u100 half mark)	2	PA; ST
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 30G 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	2	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	2	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 30G 8MM (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	2	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM (OTC) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	2	PA; ST
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
ULTICARE SAFETY 0.5 ML (Comfort EZ Insulin 29GX1/2 (RX) 0.5 ML 29 GAUGE Syringe) X 1/2"	2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 29G (Comfort EZ Insulin 12.7MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" Syringe)	2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 u-100) GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 u-100) GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTIGUARD SAFEPAK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	2	PA; ST
ULTILET ALCOHOL STERL (alcohol swabs) SWAB	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	2	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "		1	PA; ST
V-GO 20 DEVICE		3	QL (30 per 30 days)
V-GO 30 DEVICE		3	QL (30 per 30 days)
V-GO 40 DEVICE		3	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)	2	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	(D5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr)	2	
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>		2	
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	(potassium chloride)	2	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	(potassium chloride)	2	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	(potassium chloride)	2	
<i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)</i>		4	
<i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)</i>		2	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>		2	PA BvD

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	2	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	2	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq</i> (Klor-Con 10)	2	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 15 meq, 20 meq</i>	2	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i> (Klor-Con 8)	2	
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 10 meq</i> (Klor-Con M10)	2	
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 15 meq</i> (Klor-Con M15)	2	
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 20 meq</i> (Klor-Con M20)	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i> (Urocit-K 10)	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i> (Urocit-K 15)	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	2	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	2	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	2	
<i>sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use</i>	2	
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	2	
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	2	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i> (Pradaxa)	2	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	3	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i> (Lovenox)	2	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i> (Lovenox)	2	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i> (Lovenox)	2	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i> (Lovenox)	2	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i> (Lovenox)	2	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i> (Arixtra)	5	NM; NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i> (Arixtra)	2	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i> (Arixtra)	5	NM; NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i> (Arixtra)	5	NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	2	
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (warfarin)	1	
<i>rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml</i> (Xarelto)	5	NM; NDS; QL (600 per 30 days)
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i> (Xarelto)	2	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (Jantoven)	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	3	
XARELTO ORAL SUSPENSION (rivaroxaban) FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	3	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG	3	QL (60 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG (rivaroxaban)	3	QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	2	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG (ticagrelor)	3	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	
<i>dipyridamole oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	2	
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i> (Brilinta)	2	
Modificadores De Formación De Sangre		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg</i> (Promacta)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 25 mg</i> (Promacta)	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg</i> (Promacta)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 25 mg</i> (Promacta)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg</i> (Promacta)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	5	PA; NM; NDS; QL (20 per 30 days)
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NM; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	3	PA; QL (4 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	2	
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	2	
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i>	2	
<i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i>	2	
<i>o-cal prenatal oral tablet 15 mg iron- 1,000 mcg</i>	2	
<i>pnv 29-1 oral tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	(pnv,calcium 72-iron-folic acid) 2	
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	2	
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	2	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	2	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	2	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron- 1 mg -430 mg</i>	2	
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	2	
<i>prenal true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 mg</i>	2	
<i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	2	
<i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	2	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	2	
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>prenatal low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron,carb-folic)	2	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	2	
<i>preplus oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	
<i>pretab oral tablet 29-1 mg</i>	2	
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i>	2	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	2	
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	2	
<i>triveen-duo dha oral combo pack 29-1-400 mg</i>	2	
<i>virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg</i>	2	
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg-200 mg</i>	2	
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	2	
<i>virt-pn plus oral capsule 28-1-300 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i>	2	
<i>vitafol nano oral tablet 18 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>	2	
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg</i>	2	
<i>vp-pnv-dha oral capsule 28 mg iron-1 mg-200 mg</i>	2	
<i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	2	
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i>	2	
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

Puede encontrar información sobre qué significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina vii

09/01/2025

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS 144	ADVOCATE SYRINGES 144, 145	<i>amlodipine-atorvastatin</i> 50
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS..... 144	<i>afirmelle</i> 116	<i>amlodipine-benazepril</i> 49, 50
<i>abacavir</i> 136	AIMOVIG AUTOINJECTOR... 31	<i>amlodipine-olmesartan</i> 50
<i>abacavir-lamivudine</i> 137	AIRSUPRA 64, 65	<i>amlodipine-valsartan</i> 50
ABELCET 134	AJOVY AUTOINJECTOR..... 31	<i>amlodipine-valsartan-hcthiiazid</i> .. 50
<i>abigale</i> 77	AJOVY SYRINGE 31	<i>ammonium lactate</i> 70
<i>abigale lo</i> 77	AKEEGA 3	<i>amoxapine</i> 131
ABILIFY ASIMTUFII 36	<i>ala-cort</i> 67	<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz</i> .. 72
ABILIFY MAINTENA 36	<i>albendazole</i> 34	<i>amoxicillin</i> 112
<i>abiraterone</i> 3	<i>albuterol sulfate</i> 65	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> 112, 113
<i>abirtega</i> 3	ALCOHOL PADS 145	<i>amphotericin b</i> 134
ABOUTTIME PEN NEEDLE .. 144	ALCOHOL PREP PADS 166	<i>amphotericin b liposome</i> 134
ABRYSVO (PF) 89	ALCOHOL PREP SWABS 145	<i>ampicillin</i> 113
<i>acamprosate</i> 22	ALCOHOL SWABS 145	<i>ampicillin sodium</i> 113
<i>acarbose</i> 25	ALCOHOL WIPES 145	<i>ampicillin-sulbactam</i> 113
<i>acebutolol</i> 45	ALECENSA 3	<i>anagrelide</i> 193
<i>acetaminophen-codeine</i> 104	<i>alendronate</i> 56	<i>anastrozole</i> 3
<i>acetazolamide</i> 95	<i>alfuzosin</i> 75	ANKTIVA 3
<i>acetazolamide sodium</i> 95	<i>aliskiren</i> 55	ANORO ELLIPTA 65
<i>acetic acid</i> 96	<i>allopurinol</i> 31	<i>aprepitant</i> 33
<i>acetylcysteine</i> 62	<i>alosetron</i> 55	APRETUDE 137
<i>acitretin</i> 70	<i>alprazolam</i> 23	<i>apri</i> 116
ACTEMRA 81, 82	ALREX 99	APTIVUS 137
ACTEMRA ACTPEN 81	<i>altavera (28)</i> 116	AQINJECT PEN NEEDLE 145, 146
ACTHAR 79	ALTRENO 71	ARCALYST 82
ACTHAR SELFJECT 79	ALUNBRIG 3	AREXVY (PF) 89
ACTHIB (PF) 89	ALVAIZ 195	ARIKAYCE 108
ACTIMMUNE 101	<i>alyacen 1/35 (28)</i> 116	<i>aripiprazole</i> 36, 37
<i>acyclovir</i> 70, 143	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i> 116	ARISTADA 37
<i>acyclovir sodium</i> 143	ALYFTREK 62	ARISTADA INITIO 37
ADACEL(TDAP	<i>alyq</i> 102	<i>armodafinil</i> 57
ADOLESN/ADULT)(PF) 89	<i>amantadine hcl</i> 35	ARNUITY ELLIPTA 64
<i>adapalene</i> 71	<i>amethyst (28)</i> 116	<i>asenapine maleate</i> 37
<i>adefovir</i> 143	<i>amikacin</i> 108	<i>aspirin-dipyridamole</i> 195
ADEMPAS 102	<i>amiloride</i> 52	ASSURE ID DUO PRO SFTY
<i>adrucil</i> 3	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ... 52	PEN NDL 146
ADVAIR HFA 64	<i>amiodarone</i> 45	ASSURE ID DUO-SHIELD 146
ADVOCATE PEN NEEDLE ... 145	<i>amitriptyline</i> 131	
	<i>amlodipine</i> 49	

ASSURE ID INSULIN SAFETY.....	146	<i>azurette (28)</i>	116	<i>benazepril</i>	53
ASSURE ID PEN NEEDLE.....	146	<i>bacitracin</i>	96	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> ..	54
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE.....	146	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	96	<i>bendamustine</i>	4
ASTAGRAF XL.....	82	<i>baclofen</i>	198	BENDAMUSTINE.....	4
<i>atazanavir</i>	137	<i>bal-care dha</i>	198	BENDEKA.....	4
<i>atenolol</i>	45	<i>bal-care dha essential</i>	198	BENLYSTA.....	82
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	45	<i>balsalazide</i>	55	<i>benztropine</i>	35
<i>atomoxetine</i>	58	BALVERSA.....	4	BESREMI.....	82
<i>atorvastatin</i>	50	BAQSIMI.....	101	<i>betaine</i>	101
<i>atovaquone</i>	34	BCG VACCINE, LIVE (PF).....	89	<i>betamethasone dipropionate</i>	67
<i>atovaquone-proguanil</i>	34	BD ALCOHOL SWABS.....	148	<i>betamethasone valerate</i>	67, 68
<i>atropine</i>	100	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE.....	146	<i>betamethasone, augmented</i>	68
ATROVENT HFA.....	65	BD ECLIPSE LUER-LOK.....	146	BETASERON.....	59
<i>aubra eq</i>	116	BD INSULIN SYRINGE.....	147	<i>betaxolol</i>	95
AUGTYRO.....	3	BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT).....	147	<i>bethanechol chloride</i>	75
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	116	BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP.....	147	<i>bexarotene</i>	4
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	116	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE.....	147	BEXSERO.....	89
<i>aurovela 24 fe</i>	116	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE.....	147	<i>bicalutamide</i>	4
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	116	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE.....	147, 148	BICILLIN L-A.....	113
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	116	BD SAFETYGLIDE SYRINGE.....	148	BIKTARVY.....	137
AUSTEDO.....	58	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE.....	148	<i>bimatoprost</i>	95
AUSTEDO XR.....	58	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE.....	148	<i>bisoprolol fumarate</i>	46
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....	58	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE.....	148	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> ..	46
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE.....	146	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE.....	148	BIZENGRI.....	4
AUVELITY.....	131	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE.....	148	<i>bleomycin</i>	4
<i>aviane</i>	116	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT).....	148	<i>blisovi 24 fe</i>	116
AVMAPKI.....	3	BD VEO INSULIN SYRINGE UF.....	148	<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	117
AVMAPKI-FAKZYNJA.....	3	BELSOMRA.....	57	<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	117
AVONEX.....	59			BOOSTRIX TDAP.....	89
AXTLE.....	3			BORDERED GAUZE.....	148
<i>ayuna</i>	116			<i>bortezomib</i>	4
AYVAKIT.....	4			BORUZU.....	4
<i>azacitidine</i>	4			<i>bosentan</i>	102
<i>azathioprine</i>	82			BOSULIF.....	4, 5
<i>azathioprine sodium</i>	82			BRAFTOVI.....	5
<i>azelastine</i>	100			BREO ELLIPTA.....	64
<i>azithromycin</i>	111			<i>breyana</i>	64
<i>aztreonam</i>	110			BREZTRI AEROSPHERE.....	66
				BRILINTA.....	195
				<i>brimonidine</i>	95
				<i>brimonidine-timolol</i>	95
				<i>brinzolamide</i>	95

BRIVIACT.....	125	<i>carglumic acid</i>	73	<i>clarithromycin</i>	112
<i>bromfenac</i>	99	<i>carteolol</i>	95	CLENPIQ.....	74
<i>bromocriptine</i>	35	<i>cartia xt</i>	46	CLICKFINE PEN NEEDLE	
BRONCHITOL.....	62	<i>carvedilol</i>	46	.....	150, 162
BRUKINSA.....	5	CAYSTON.....	110	<i>clindamycin hcl</i>	109
<i>budesonide</i>	56, 64	<i>cefaclor</i>	110	<i>clindamycin phosphate</i>	71, 108, 109
<i>budesonide-formoterol</i>	64	<i>cefadroxil</i>	110	<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>	71
<i>bumetanide</i>	52	<i>cefazolin</i>	110	CLINIMIX 6%-D5W	
<i>buprenorphine</i>	105	<i>cefdinir</i>	110	(SULFITE-FREE).....	44
<i>buprenorphine hcl</i>	22	<i>cefepime</i>	110	CLINIMIX 8%-	
<i>buprenorphine-naloxone</i>	22	<i>cefixime</i>	111	D10W(SULFITE-FREE).....	44
<i>bupropion hcl</i>	131	<i>cefoxitin</i>	111	CLINIMIX 8%-	
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> ...	22	<i>cefpodoxime</i>	111	D14W(SULFITE-FREE).....	44
<i>buspirone</i>	101	<i>cefprozil</i>	111	CLINIMIX E 8%-D10W	
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i> ..	105	<i>ceftazidime</i>	111	SULFITEFREE.....	44
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i> ..	105	<i>ceftriaxone</i>	111	CLINIMIX E 8%-D14W	
CABENUVA.....	137	<i>cefuroxime axetil</i>	111	SULFITEFREE.....	44
<i>cabergoline</i>	35	<i>cefuroxime sodium</i>	111	<i>clobazam</i>	125
CABOMETYX.....	5	<i>celecoxib</i>	103	<i>clobetasol</i>	68
<i>cabotegravir</i>	137	<i>cephalexin</i>	111	<i>clobetasol-emollient</i>	68
<i>calcipotriene</i>	70	<i>cevimeline</i>	67	<i>clomipramine</i>	131
<i>calcitonin (salmon)</i>	56	<i>chateal eq (28)</i>	117	<i>clonazepam</i>	23
<i>calcitriol</i>	56	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	23	<i>clonidine</i>	44
<i>calcium acetate(phosphat bind)</i> ..	74	<i>chlorhexidine gluconate</i>	67	<i>clonidine hcl</i>	44
CALQUENCE.....	5	<i>chloroquine phosphate</i>	34	<i>clopidogrel</i>	195
CALQUENCE		<i>chlorpromazine</i>	37	<i>clorazepate dipotassium</i>	23
(ACALABRUTINIB MAL).....	5	<i>chlorthalidone</i>	52	<i>clotrimazole</i>	134
<i>camila</i>	117	<i>cholestyramine (with sugar)</i>	50	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	134
CAMZYOS.....	47	<i>cholestyramine light</i>	50	<i>clozapine</i>	37, 38
<i>candesartan</i>	48	<i>ciclopirox</i>	134	<i>c-nate dha</i>	198
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	48	<i>cilostazol</i>	195	COARTEM.....	34
CAPLYTA.....	37	CIMDUO.....	137	COBENFY.....	38
CAPRELSA.....	5	<i>cimetidine hcl</i>	72	COBENFY STARTER PACK...	38
<i>captopril</i>	54	CIMZIA.....	82	<i>colchicine</i>	31
<i>carbamazepine</i>	125	CIMZIA POWDER FOR		<i>colesevelam</i>	50
<i>carbidopa-levodopa</i>	35	RECONST.....	82	<i>colestipol</i>	50, 51
CAREFINE PEN NEEDLE.....	149	<i>cinacalcet</i>	56	<i>colistin (colistimethate na)</i>	109
CARETOUCH ALCOHOL		CINQAIR.....	62	COMBIVENT RESPIMAT.....	66
PREP PAD.....	149	<i>ciprofloxacin hcl</i>	97, 114	COMETRIQ.....	5
CARETOUCH INSULIN		<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> ...	114	COMFORT EZ INSULIN	
SYRINGE.....	149, 150	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	97	SYRINGE.....	150, 151, 152
CARETOUCH PEN NEEDLE.....	149	<i>citalopram</i>	131		

COMFORT EZ PEN		<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> .. 192	<i>diazepam</i>.....23, 24, 126
NEEDLES..... 150, 151		<i>dabigatran etexilate</i> 194	<i>diazepam intensol</i> 23
COMFORT EZ PRO SAFETY		<i>dalfampridine</i> 59	<i>diazoxide</i> 101
PEN NDL..... 151		<i>danazol</i> 76	<i>diclofenac epolamine</i> 103
COMFORT TOUCH PEN		<i>dantrolene</i> 198	<i>diclofenac potassium</i> 103
NEEDLE..... 152, 153	DANYELZA..... 6	DANZITEN..... 6	<i>diclofenac sodium</i> 99, 103
<i>completenate</i> 198	dapsone..... 136		<i>diclofenac-misoprostol</i> 103, 104
<i>compro</i> 33	DAPTACEL (DTAP		<i>dicloxacillin</i> 113
<i>constulose</i> 73	PEDIATRIC) (PF)..... 90		<i>dicyclomine</i> 73
COPIKTRA..... 5	<i>daptomycin</i> 109		<i>didanosine</i> 137
CORLANOR..... 47	<i>darunavir</i> 137	DIFICID..... 112	<i>difluprednate</i> 99
CORTROPHIN GEL..... 79	<i>dasatinib</i> 6	<i>digoxin</i> 47, 48	<i>dihydroergotamine</i> 31
COSENTYX..... 82, 101	<i>dasetta 1/35 (28)</i> 117	<i>diltiazem hcl</i> 47	<i>dilt-xr</i> 47
COSENTYX (2 SYRINGES)..... 82	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i> 117	<i>dimethyl fumarate</i> 59	<i>diphenoxylate-atropine</i> 73
COSENTYX PEN (2 PENS)..... 82	DATROWAY..... 6	<i>dipyridamole</i> 195	<i>disulfiram</i> 22
COSENTYX UNOREADY	DAURISMO..... 6	<i>divalproex</i> 126	<i>dofetilide</i> 45
PEN..... 82	<i>deblitane</i> 117	<i>dolishale</i> 117	<i>donepezil</i> 24
COTELLIC..... 5	<i>decitabine</i> 6	<i>dorzolamide</i> 95	<i>dorzolamide-timolol</i> 95
CREON..... 197	<i>deferasirox</i> 107	DOVATO..... 137	<i>doxazosin</i> 44
CRESEMBA..... 134	DELSTRIGO..... 137	<i>doxepin</i> 131	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i> 6
<i>cromolyn</i> 62, 73, 100	<i>demeclocycline</i> 114	<i>doxy-100</i> 115	<i>doxycycline hyclate</i> 115
<i>cryselle (28)</i> 117	DENG VAXIA (PF)..... 90	<i>doxycycline monohydrate</i> 115	DRIZALMA SPRINKLE..... 131
CURAD GAUZE PAD..... 153	<i>denta 5000 plus</i> 67	DOVATO..... 137	<i>dronabinol</i> 33
CURITY ALCOHOL SWABS 153	<i>dentagel</i> 67	<i>doxycycline</i> 131	DROPLET INSULIN
CURITY GAUZE..... 153	DEPO-SUBQ PROVERA 104... 81	DOVATO..... 137	SYR(HALF UNIT)..... 153, 154
<i>cyclafem 1/35 (28)</i> 117	DERMACEA..... 153	<i>doxycycline</i> 131	DROPLET INSULIN
<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i> 117	DERMACEA NON-WOVEN.. 153	<i>doxycycline monohydrate</i> 115	SYRINGE..... 154, 155
<i>cyclobenzaprine</i> 198	<i>dermacinrx lidocan</i> 107	DRIZALMA SPRINKLE..... 131	DROPLET MICRON PEN
<i>cyclophosphamide</i> 5, 6	DESCOVY..... 137	<i>dronabinol</i> 33	NEEDLE..... 155
<i>cyclosporine</i> 83, 99	<i>desipramine</i> 131	DROPLET INSULIN	
<i>cyclosporine modified</i> 83	<i>desmopressin</i> 79	SYR(HALF UNIT)..... 153, 154	
CYLTEZO(CF)..... 83	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> 117	DROPLET INSULIN	
CYLTEZO(CF) PEN..... 83	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> 117	SYRINGE..... 154, 155	
CYLTEZO(CF) PEN	<i>desvenlafaxine succinate</i> 131	DROPLET MICRON PEN	
CROHN'S-UC-HS..... 83	<i>dexamethasone</i> 78	NEEDLE..... 155	
CYLTEZO(CF) PEN	<i>dexamethasone sodium</i>		
PSORIASIS-UV..... 83	<i>phosphate</i> 78, 99		
<i>cyred eq</i> 117	<i>dextroamphetamine-</i>		
<i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchl</i>	<i>amphetamine</i> 59		
..... 192	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> 44		
<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>	DIACOMIT..... 125, 126		
<i>chloride</i> 192			

DROPLET PEN NEEDLE	EASY TOUCH	ENERGIX-B (PF).....90
..... 155, 156	SHEATHLOCK INSULIN	ENERGIX-B PEDIATRIC (PF).90
DROPSAFE ALCOHOL PREP	 159, 160	<i>enilloring</i> 118
PADS.....156	EASY TOUCH UNI-SLIP 161	<i>enoxaparin</i> 194
DROPSAFE INSULIN	<i>econazole nitrate</i>.....134	<i>enpresse</i> 118
SYRINGE.....156	EDURANT..... 137	<i>enskyce</i>.....118
DROPSAFE PEN NEEDLE	EDURANT PED.....138	<i>entacapone</i>.....35
..... 156, 157	<i>efavirenz</i>.....138	<i>entecavir</i> 143
<i>droxidopa</i>.....45	<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> ..138	ENTRESTO.....48
DUAVEE.....77	<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> .138	ENTRESTO SPRINKLE.....48
<i>duloxetine</i>.....132	ELAHERE.....6	<i>enulose</i> 73
DUPIXENT PEN.....83	ELEPSIA XR.....126	EPCLUSA..... 142
DUPIXENT SYRINGE.....83	ELIGARD.....7	EPIDIOLEX..... 126
<i>dutasteride</i> 75	ELIGARD (3 MONTH)..... 6	<i>epinastine</i>.....100
EASY COMFORT ALCOHOL	ELIGARD (4 MONTH)..... 6	<i>epinephrine</i> 48
PAD.....158	ELIGARD (6 MONTH)..... 6	<i>epitol</i> 126
EASY COMFORT INSULIN	<i>elinest</i>.....117	EPIVIR HBV.....138
SYRINGE.....157, 158	ELIQUIS.....194	EPKINLY..... 7
EASY COMFORT PEN	ELIQUIS DVT-PE TREAT	<i>eplerenone</i> 55
NEEDLES.....158	30D START.....194	EPRONTIA..... 126
EASY COMFORT SAFETY	ELREXFIO..... 7	ERBITUX.....7
PEN NEEDLE.....157	<i>eltrombopag olamine</i> 195, 196	<i>ergoloid</i>.....24
EASY GLIDE INSULIN	<i>eluryng</i>.....117	ERIVEDGE..... 7
SYRINGE.....158, 159	EMBRACE PEN NEEDLE	ERLEADA.....7
EASY GLIDE PEN NEEDLE..159	 161, 162	<i>erlotinib</i> 7
EASY TOUCH.....160, 161	EMCYT..... 7	<i>errin</i>.....118
EASY TOUCH ALCOHOL	EMGALITY PEN.....31	<i>ertapenem</i> 110
PREP PADS.....159	EMGALITY SYRINGE.....31, 32	<i>erythromycin</i>.....97, 112
EASY TOUCH FLIPLOCK	<i>emoquette</i>.....117	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> 112
INSULIN.....160	EMRELIS.....7	<i>erythromycin with ethanol</i>.....71
EASY TOUCH FLIPLOCK	EMSAM.....132	ERZOFRI..... 38
SYRINGE.....159	<i>emtricitabine</i>.....138	<i>escitalopram oxalate</i>.....132
EASY TOUCH INSULIN	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> 138	<i>eslicarbazepine</i> 126
SAFETY SYR.....159	<i>emtricitabine-tenofovir</i>.....138	<i>esomeprazole magnesium</i>.....72
EASY TOUCH INSULIN	EMTRIVA.....138	<i>estarylla</i>.....118
SYRINGE.....159, 160, 161	<i>emzahh</i>.....118	<i>estradiol</i>.....77
EASY TOUCH LUER LOCK	<i>enalapril maleate</i>.....54	<i>estradiol-norethindrone acet</i>.....77
INSULIN.....160	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>....54	<i>eszopiclone</i>.....57
EASY TOUCH PEN NEEDLE 160	ENBREL.....83, 84	<i>ethambutol</i>.....136
EASY TOUCH SAFETY PEN	ENBREL MINI.....83	<i>ethosuximide</i>.....126
NEEDLE.....161	ENBREL SURECLICK.....84	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>....118
	<i>endocet</i>.....105	<i>etodolac</i>.....104

<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ...	118	FIASP FLEXTOUCH U-100		FRUZAQLA.....	8
ETOPOPHOS	7	INSULIN.....	28	<i>fulvestrant</i>	8
<i>etoposide</i>	7	FIASP PENFILL U-100		<i>furosemide</i>	52, 53
<i>etravirine</i>	138	INSULIN.....	28	FUZEON.....	138
EUCRISA.....	68	FIASP U-100 INSULIN.....	28	FYARRO.....	8
EULEXIN.....	7	<i>finasteride</i>	75	FYCOMPA.....	127
<i>everolimus (antineoplastic)</i>	7, 8	<i>finbolimod</i>	59	<i>gabapentin</i>	127
<i>everolimus</i>		FINTEPLA.....	126	<i>galantamine</i>	24, 25
<i>(immunosuppressive)</i>	84	FIRMAGON KIT W		<i>gallifrey</i>	81
EVOTAZ.....	138	DILUENT SYRINGE.....	8	GAMUNEX-C.....	84
<i>exemestane</i>	8	<i>flavoxate</i>	75	GARDASIL 9 (PF).....	90
EXTENCILLINE.....	113	<i>flecainide</i>	45	GAUZE PAD.....	162
EYSUVIS.....	99	<i>floxuridine</i>	8	<i>gavilyte-c</i>	74
<i>ezetimibe</i>	51	<i>fluconazole</i>	134, 135	<i>gavilyte-g</i>	74
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	51	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i>	134	<i>gavilyte-n</i>	74
FAKZYNJA.....	8	<i>flucytosine</i>	135	GAVRETO.....	8
<i>falmina (28)</i>	118	<i>fludrocortisone</i>	78	<i>gefitinib</i>	8
<i>famciclovir</i>	143	<i>flunisolide</i>	99	<i>gemfibrozil</i>	51
<i>famotidine</i>	72	<i>fluocinolone</i>	68	<i>generlac</i>	73
FANAPT.....	38	<i>fluocinolone acetone oil</i>	99	<i>gengraf</i>	84
FANAPT TITRATION PACK		<i>fluocinonide</i>	68	<i>gentak</i>	97
A.....	38	<i>fluoride (sodium)</i>	67	<i>gentamicin</i>	71, 97, 108
FANAPT TITRATION PACK		<i>fluorometholone</i>	99	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	108
B.....	38	<i>fluorouracil</i>	8, 70	<i>gentamicin sulfate (pf)</i>	108
FANAPT TITRATION PACK		<i>fluoxetine</i>	132	GENVOYA.....	138
C.....	38	<i>fluphenazine decanoate</i>	38	GILOTRIF.....	8
FARXIGA.....	25	<i>fluphenazine hcl</i>	39	<i>glatiramer</i>	59
FASENRA.....	62	<i>flurbiprofen</i>	104	<i>glatopa</i>	59, 60
FASENRA PEN.....	62	<i>flurbiprofen sodium</i>	99	GLEOSTINE.....	9
<i>febuxostat</i>	31	<i>flutamide</i>	8	<i>glimepiride</i>	30
<i>feirza</i>	118	<i>fluticasone propionate</i>	64, 69, 99	<i>glipizide</i>	30
<i>felbamate</i>	126	<i>fluticasone propion-salmeterol</i> ...65		<i>glipizide-metformin</i>	30
<i>felodipine</i>	50	<i>fluvastatin</i>	51	<i>glutamine (sickle cell)</i>	101
<i>femynor</i>	118	<i>fluvoxamine</i>	132	<i>glyburide</i>	31
<i>fenofibrate</i>	51	<i>folivane-ob</i>	198	<i>glyburide micronized</i>	30
<i>fenofibrate micronized</i>	51	<i>fondaparinux</i>	194	<i>glyburide-metformin</i>	31
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	51	<i>fosamprenavir</i>	138	<i>glycopyrrolate</i>	73
<i>fentanyl</i>	105	<i>fosinopril</i>	54	<i>glydo</i>	107
<i>fentanyl citrate</i>	105	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> ...54		GLYXAMBI.....	25
<i>fesoterodine</i>	75	<i>fosphenytoin</i>	127	GOMEKLI.....	9
FETZIMA.....	132	FOTIVDA.....	8	<i>griseofulvin microsize</i>	135
		FREESTYLE PRECISION.....	162	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	135

<i>guanfacine</i>	45, 60	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS.....	85	INCONTROL ALCOHOL PADS.....	164
GVOKE.....	101	HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN.....	28	INCONTROL PEN NEEDLE..	164
GVOKE HYPOPEN 2-PACK..	101	HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN.....	28	INCRELEX.....	79
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....	101	<i>hydralazine</i>	48	<i>indapamide</i>	53
HAEGARDA.....	196	<i>hydrochlorothiazide</i>	53	<i>indomethacin</i>	104
<i>hailey 24 fe</i>	118	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	105	INFANRIX (DTAP) (PF).....	91
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	118	<i>hydrocortisone</i>	56, 69, 78	<i>infliximab</i>	85
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	118	<i>hydrocortisone valerate</i>	69	INGREZZA.....	60
<i>halobetasol propionate</i>	69	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	97	INGREZZA INITIATION PK(TARDIV).....	60
<i>haloette</i>	118	<i>hydromorphone</i>	105	INGREZZA SPRINKLE.....	60
<i>haloperidol</i>	39	<i>hydroxychloroquine</i>	34	INLYTA.....	10
<i>haloperidol decanoate</i>	39	<i>hydroxyurea</i>	9	INPEN (FOR HUMALOG) BLUE.....	164
<i>haloperidol lactate</i>	39	<i>hydroxyzine hcl</i>	136	INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE.....	164
HARVONI.....	142	<i>hydroxyzine pamoate</i>	101	INQOVI.....	10
HAVRIX (PF).....	90	<i>ibandronate</i>	56	INREBIC.....	10
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE.....	163	IBRANCE.....	9	<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>	28
HEALTHWISE PEN NEEDLE.....	163, 164	IBTROZI.....	9	<i>insulin aspart u-100</i>	28
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP.....	164	<i>ibu</i>	104	<i>insulin glargine-yfgn</i>	28, 29
<i>heather</i>	118	<i>ibuprofen</i>	104	INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK.....	164
<i>heparin (porcine)</i>	194	<i>icatibant</i>	48	INSULIN SYRINGE.....	147
HEPLISAV-B (PF).....	90	<i>iclevia</i>	119	INSULIN SYRINGE MICROFINE.....	147
HERCEPTIN HYLECTA.....	9	ICLUSIG.....	9	INSULIN SYRINGE NEEDLELESS.....	165
HERZUMA.....	9	<i>icosapent ethyl</i>	51	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....	162, 164, 165, 166, 170, 172, 174, 179, 183, 184
HIBERIX (PF).....	90	IDHIFA.....	9	INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE.....	166
HUMIRA.....	84	<i>ifosfamide</i>	9	INSUPEN PEN NEEDLE.....	166
HUMIRA PEN.....	84	ILEVRO.....	99	INTELENCE.....	138
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START.....	84	<i>imatinib</i>	9	INTRON A.....	143
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS.....	84	IMBRUVICA.....	10	<i>introvale</i>	119
HUMIRA(CF).....	85	IMDELLTRA.....	10	INVEGA HAFYERA.....	39
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER.....	84	<i>imipenem-cilastatin</i>	110	INVEGA SUSTENNA.....	39, 40
HUMIRA(CF) PEN.....	85	<i>imipramine hcl</i>	132	INVEGA TRINZA.....	40
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS.....	84	<i>imiquimod</i>	70		
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC.....	84	IMJUDO.....	10		
		IMKELDI.....	10		
		IMOVAX RABIES VACCINE (PF).....	90		
		IMPAVIDO.....	34		
		<i>incassia</i>	119		

INVELTYS.....	99	JYNARQUE.....	53	larin 1.5/30 (21).....	120
IPOLE.....	91	JYNNEOS (PF).....	91	larin 1/20 (21).....	120
<i>ipratropium bromide</i>	66, 100	KALETRA.....	139	larin 24 fe.....	120
<i>ipratropium-albuterol</i>	66	KALYDECO.....	62	larin fe 1.5/30 (28).....	120
<i>irbesartan</i>	49	<i>kariva</i> (28).....	119	larin fe 1/20 (28).....	120
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> ..	49	<i>kelnor</i> 1/35 (28).....	119	larissia.....	120
ISENTRESS.....	139	<i>kelnor</i> 1/50 (28).....	119	latanoprost.....	96
ISENTRESS HD.....	138	KERENDIA.....	55	LAZCLUZE.....	11
<i>isibloom</i>	119	KESIMPTA PEN.....	60	leflunomide.....	85
<i>isoniazid</i>	136	<i>ketoconazole</i>	135	lenalidomide.....	11
ISOPROPYL ALCOHOL.....	70	<i>ketorolac</i>	100, 104	LENTOCILIN S.....	113
<i>isosorbide dinitrate</i>	55	KEYTRUDA.....	11	LENVIMA.....	12
<i>isosorbide mononitrate</i>	55	KIMMTRAK.....	11	lessina.....	120
ITOVEBI.....	10	KINERET.....	85	letrozole.....	12
<i>itraconazole</i>	135	KINRIX (PF).....	91	leucovorin calcium.....	101
IV PREP WIPES.....	166	<i>kionex</i> (with sorbitol).....	73	LEUKERAN.....	12
<i>ivabradine</i>	48	KISQALI.....	11	leuprolide.....	12
<i>ivermectin</i>	34	KISQALI FEMARA CO- PACK.....	11	leuprolide (3 month).....	12
IWILFIN.....	10	KLISYRI (250 MG).....	70	levetiracetam.....	127, 128
IXCHIQ (PF).....	91	<i>klor-con m10</i>	192	levobunolol.....	96
IXIARO (PF).....	91	<i>klor-con m15</i>	192	levocetirizine.....	136
JAKAFI.....	10	<i>klor-con m20</i>	192	levofloxacin.....	114
<i>jantoven</i>	194	KLOXXADO.....	22	levofloxacin in d5w.....	114
JANUMET.....	25	KOSELUGO.....	11	levonest (28).....	120
JANUMET XR.....	25	<i>kosher prenatal plus iron</i>	198	levonorgest-eth.estradiol-iron..	120
JANUVIA.....	25	KRAZATI.....	11	levonorgestrel-ethinyl estrad....	120
JARDIANCE.....	25	<i>kurvelo</i> (28).....	119	levonorg-eth estrad triphasic....	120
<i>javygtor</i>	197	KYLEENA.....	119	levora-28.....	120
JAYPIRCA.....	10	KYNMOBI.....	35	levothyroxine.....	76
JEMPERLI.....	11	<i>labetalol</i>	46	LEXIVA.....	139
<i>jencycla</i>	119	<i>lacosamide</i>	127	LIBERVANT.....	128
JENTADUETO.....	26	<i>lactulose</i>	73	lidocaine.....	107
JENTADUETO XR.....	26	<i>lamivudine</i>	139	lidocaine hcl.....	107
<i>jolessa</i>	119	<i>lamivudine-zidovudine</i>	139	lidocaine viscous.....	107
<i>juleber</i>	119	<i>lamotrigine</i>	127	lidocaine-prilocaine.....	107
JULUCA.....	139	<i>lanreotide</i>	79	lidocan iii.....	107
<i>junel</i> 1.5/30 (21).....	119	<i>lansoprazole</i>	72	LILETTA.....	120
<i>junel</i> 1/20 (21).....	119	LANTUS SOLOSTAR U-100		<i>lillow</i> (28).....	120
<i>junel</i> fe 1.5/30 (28).....	119	INSULIN.....	29	linezolid.....	109
<i>junel</i> fe 1/20 (28).....	119	LANTUS U-100 INSULIN.....	29	linezolid in dextrose 5%.....	109
<i>junel</i> fe 24.....	119	lapatinib.....	11	LINZESS.....	73
JYLAMVO.....	11			liothyronine.....	76

LISCO.....	166	LYBALVI.....	40	MAYZENT STARTER(FOR	
<i>lisinopril</i>	54	<i>lyleq</i>	121	1MG MAINT).....	61
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	54	LYNOZYFIC.....	13	MAYZENT STARTER(FOR	
LITE TOUCH INSULIN PEN		LYNPARZA.....	13	2MG MAINT).....	61
NEEDLES.....	166, 167	LYSODREN.....	13	<i>mecizine</i>	33
LITE TOUCH INSULIN		LYTGOBI.....	13	<i>medroxyprogesterone</i>	81
SYRINGE.....	166, 167	<i>lyza</i>	121	<i>mefloquine</i>	34
<i>lithium carbonate</i>	60	MAGELLAN INSULIN		<i>megestrol</i>	13, 81
<i>lithium citrate</i>	60	SAFETY SYRNG.....	168	MEKINIST.....	13
LIVTENCITY.....	142	MAGELLAN SYRINGE.....	168	MEKTOVI.....	13
LOKELMA.....	73	<i>magnesium sulfate</i>	192	<i>meleya</i>	121
LONSURF.....	12	<i>malathion</i>	71	<i>meloxicam</i>	104
<i>loperamide</i>	73	<i>maraviroc</i>	139	<i>memantine</i>	25
<i>lopinavir-ritonavir</i>	139	MARGENZA.....	13	MENACTRA (PF).....	91
LOQTORZI.....	12	<i>marlissa (28)</i>	121	MENQUADFI (PF).....	91
<i>lorazepam</i>	24	<i>marnatal-f</i>	198	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	
<i>lorazepam intensol</i>	24	MARPLAN.....	132	(PF).....	91
LORBRENA.....	12	MATULANE.....	13	<i>mercaptopurine</i>	13, 14
<i>losartan</i>	49	MAVENCLAD (10 TABLET		<i>meropenem</i>	110
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	49	PACK).....	60	<i>mesalamine</i>	56
LOTEMAX.....	100	MAVENCLAD (4 TABLET		<i>mesna</i>	101
LOTEMAX SM.....	100	PACK).....	60	<i>metformin</i>	26
<i>loteprednol etabonate</i>	100	MAVENCLAD (5 TABLET		<i>methadone</i>	106
<i>lovastatin</i>	51	PACK).....	60	<i>methazolamide</i>	96
<i>low-ogestrel (28)</i>	121	MAVENCLAD (6 TABLET		<i>methenamine hippurate</i>	109
<i>loxapine succinate</i>	40	PACK).....	60	<i>methimazole</i>	76
<i>lubiprostone</i>	73	MAVENCLAD (7 TABLET		<i>methocarbamol</i>	198
LUMAKRAS.....	12	PACK).....	60	<i>methotrexate sodium</i>	14
LUMIGAN.....	96	MAVENCLAD (8 TABLET		<i>methotrexate sodium (pf)</i>	14
LUNSUMIO.....	12	PACK).....	61	<i>methoxsalen</i>	70
LUPRON DEPOT.....	13, 80	MAVENCLAD (9 TABLET		<i>methsuximide</i>	128
LUPRON DEPOT (3 MONTH)		PACK).....	61	<i>methylphenidate hcl</i>	61
.....	12, 80	MAXICOMFORT II PEN		<i>methylprednisolone</i>	78
LUPRON DEPOT (4 MONTH). 13		NEEDLE.....	168	<i>methylprednisolone acetate</i>	78
LUPRON DEPOT (6 MONTH). 13		MAXICOMFORT INSULIN		<i>metoclopramide hcl</i>	73
LUPRON DEPOT-PED.....	80	SYRINGE.....	168	<i>metolazone</i>	53
LUPRON DEPOT-PED (3		MAXI-COMFORT INSULIN		<i>metoprolol succinate</i>	46
MONTH).....	80	SYRINGE.....	168	<i>metoprolol tartrate</i>	46
<i>lurasidone</i>	40	MAXICOMFORT SAFETY		<i>metronidazole</i>	71, 108, 109
<i>lutea (28)</i>	121	PEN NEEDLE.....	168	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> ..	109
LUTRATE DEPOT (3		MAYZENT.....	61	<i>metryrosine</i>	48
MONTH).....	80			<i>micafungin</i>	135

<i>miconazole-3</i>	135	MOUNJARO.....	26	<i>neuac</i>	71
MICRODOT INSULIN PEN		MOVANTIK.....	73	NEULASTA ONPRO.....	196
NEEDLE.....	168	<i>moxifloxacin</i>	97, 114	<i>nevirapine</i>	139
MICRODOT READYGARD		<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water</i>	114	<i>newgen</i>	199
PEN NEEDLE.....	168	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	114	NEXLETOL.....	51
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	121	MRESVIA (PF).....	91	NEXLIZET.....	51
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	121	MULTAQ.....	45	NEXPLANON.....	121
<i>microgestin 24 fe</i>	121	<i>mupirocin</i>	71	<i>niacin</i>	51
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	121	MVASI.....	14	<i>niacor</i>	51
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	121	<i>mycophenolate mofetil</i>	85	NICOTROL NS.....	23
<i>midodrine</i>	45	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	85	<i>nifedipine</i>	50
MIEBO (PF).....	101	<i>mycophenolate sodium</i>	85	NIKTIMVO.....	85
<i>mifepristone</i>	26	<i>mynatal</i>	198	<i>nilutamide</i>	14
<i>mili</i>	121	<i>mynatal advance</i>	198	NINLARO.....	14
<i>mimvey</i>	77	<i>mynatal plus</i>	199	<i>nitazoxanide</i>	34
MINI ULTRA-THIN II.....	169	<i>mynatal-z</i>	199	<i>nitisinone</i>	197
<i>minitran</i>	55	<i>mynate 90 plus</i>	199	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	109
<i>minocycline</i>	115	MYRBETRIQ.....	75	<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	
<i>minoxidil</i>	55	<i>nabumetone</i>	104	.....	109
MIPLYFFA.....	144	<i>nafcilin</i>	113	<i>nitroglycerin</i>	55, 102
MIRENA.....	121	<i>naloxone</i>	22, 23	<i>niva-plus</i>	199
<i>mirtazapine</i>	132	<i>naltrexone</i>	23	NIVESTYM.....	196
<i>misoprostol</i>	72	NANO 2ND GEN PEN		NORDITROPIN FLEXPOR.....	80
<i>mitoxantrone</i>	14	NEEDLE.....	170	<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	121
M-M-R II (PF).....	91	<i>naproxen</i>	104	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	121
<i>m-natal plus</i>	198	<i>naratriptan</i>	32	<i>norethindrone acetate</i>	81
<i>modafinil</i>	57	NATACYN.....	97	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	122
<i>moexipril</i>	54	<i>nateglinide</i>	26	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	122
<i>molindone</i>	40	NATPARA.....	57	<i>norlyda</i>	122
<i>mometasone</i>	69, 100	NAYZILAM.....	128	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	122
MONOJECT INSULIN		<i>nebivolol</i>	46	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	122
SAFETY SYRING.....	170	<i>nefazodone</i>	132	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	122
MONOJECT INSULIN		<i>neomycin</i>	108	<i>nortriptyline</i>	132, 133
SYRINGE.....	169, 170	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	97	NORVIR.....	140
MONOJECT SYRINGE.....	169	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	97	NOVOFINE 30.....	170
MONOJECT ULTRA		<i>neomycin-polymyxin b-</i>		NOVOFINE 32.....	170
COMFORT INSULIN.....	186	<i>dexameth</i>	97	NOVOFINE PLUS.....	170
<i>mono-linyah</i>	121	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	97	NOVOLIN 70/30 U-100	
<i>montelukast</i>	65	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	97, 98	INSULIN.....	29
<i>morphine</i>	106	<i>neo-polycin</i>	98	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	
MORPHINE.....	106	<i>neo-polycin hc</i>	98	U-100.....	29
<i>morphine concentrate</i>	106	NERLYNX.....	14	NOVOLIN N FLEXPEN.....	29

NOVOLIN N NPH U-100	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	106
INSULIN.....	KT(GEN5).....	OZEMPIC.....	26
NOVOLIN R FLEXPEN.....	29	<i>pacerone</i>	45
NOVOLIN R REGULAR U100	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS	<i>paclitaxel protein-bound</i>	15
INSULIN.....	(GEN 5).....	<i>paliperidone</i>	41
NOVOTWIST.....	171	PANRETIN.....	70
NUBEQA.....	14	<i>pantoprazole</i>	72
NUCALA.....	63	<i>paricalcitol</i>	57
NULOJIX.....	85	<i>paromomycin</i>	34
NUPLAZID.....	40	<i>paroxetine hcl</i>	133
NURTEC ODT.....	32	PAXLOVID.....	142, 143
<i>nyamyc</i>	135	<i>pazopanib</i>	15
<i>nylia 1/35 (28)</i>	122	PEDIARIX (PF).....	91
<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	122	PEDVAX HIB (PF).....	91
<i>nymyo</i>	122	<i>peg 3350-electrolytes</i>	74
<i>nystatin</i>	135	PEGASYS.....	143
<i>nystatin-triamcinolone</i>	135	<i>peg-electrolyte soln</i>	75
<i>nystop</i>	135	PEMAZYRE.....	15
NYVEPRIA.....	196	<i>pemetrexed disodium</i>	15
<i>obstetrix dha</i>	199	PENRYDI RTU.....	15
<i>obstetrix dha prenatal duo</i>	199	PEN NEEDLE.....	171, 172
<i>o-cal prenatal</i>	199	PEN NEEDLE, DIABETIC	 152, 163, 169, 171, 172, 174
OCREVUS.....	61	PEN NEEDLE, DIABETIC,	SAFETY.....
OCREVUS ZUNOVO.....	61	.....	175
<i>octreotide acetate</i>	80	PENBRAYA (PF).....	92
ODEFSEY.....	140	PENBRAYA MENACWY	COMPONENT(PF).....
ODOMZO.....	14	.....	92
OFEV.....	63	PENBRAYA MENB	COMPONENT (PF).....
<i>ofloxacin</i>	98	.....	92
OGIVRI.....	14	<i>penicillamine</i>	107
OGSIVEO.....	14	<i>penicillin g potassium</i>	113
OJEMDA.....	14	<i>penicillin g procaine</i>	113
OJJAARA.....	15	<i>penicillin v potassium</i>	113
<i>olanzapine</i>	40, 41	PENMENVY MEN A-B-C-W-	Y (PF).....
<i>olmesartan</i>	49	.....	92
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiiazid</i>	49	PENMENVY MENACWY	COMPONENT(PF).....
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	49	.....	92
<i>olopatadine</i>	101	PENMENVY MENB	COMPONENT (PF).....
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	52	.....	92
<i>omeprazole</i>	72	PENTACEL (PF).....	92
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2	PLUS).....	<i>pentamidine</i>	34
171			

PENTIPS PEN NEEDLE	172	<i>pr natal 430</i>	199	PRO COMFORT ALCOHOL	
<i>pentoxifylline</i>	195	<i>pr natal 430 ec</i>	199	PADS	173
<i>perampanel</i>	128	<i>pramipexole</i>	36	PRO COMFORT INSULIN	
<i>perindopril erbumine</i>	54	<i>prasugrel hcl</i>	195	SYRINGE	173
<i>periogard</i>	67	<i>pravastatin</i>	52	PRO COMFORT PEN	
<i>permethrin</i>	71	<i>praziquantel</i>	35	NEEDLE	173
<i>perphenazine</i>	41	<i>prazosin</i>	45	<i>probenecid</i>	31
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	133	<i>prednisolone</i>	79	<i>probenecid-colchicine</i>	31
PERSERIS	41	<i>prednisolone acetate</i>	100	PROCALAMINE 3%	44
<i>phenelzine</i>	133	<i>prednisolone sodium phosphate</i>		<i>prochlorperazine</i>	33
<i>phenobarbital</i>	128	.....	78, 79	<i>prochlorperazine edisylate</i> ...	33, 41
PHENYTEK	128	<i>prednisone</i>	79	<i>prochlorperazine maleate</i>	33
<i>phenytoin</i>	128	<i>pregabalin</i>	129	<i>procto-med hc</i>	69
<i>phenytoin sodium</i>	128	PREHEVBRIO (PF)	92	<i>proctosol hc</i>	69
<i>phenytoin sodium extended</i>	128	PREMARIN	78	<i>proctozone-hc</i>	69
PIFELTRO	140	PREMPHASE	78	PRODIGY INSULIN	
<i>pilocarpine hcl</i>	67, 96	PREMPRO	78	SYRINGE	173
<i>pimecrolimus</i>	69	<i>prenal true</i>	199	<i>progesterone micronized</i>	81
<i>pimozide</i>	41	<i>prenaissance</i>	199	PROGRAF	86
<i>pimtree (28)</i>	122	<i>prenaissance plus</i>	199	PROLIA	57
<i>pioglitazone</i>	26	<i>prenatabs fa</i>	199	<i>promethazine</i>	33
<i>pioglitazone-metformin</i>	26, 27	<i>prenatal 19</i>	200	<i>promethegan</i>	33
PIP PEN NEEDLE	172	<i>prenatal 19 (with docusate)</i>	200	<i>propafenone</i>	45
<i>piperacillin-tazobactam</i>	114	<i>prenatal low iron</i>	200	<i>propranolol</i>	46
PIQRAY	15, 16	<i>prenatal plus</i>	200	<i>propylthiouracil</i>	76
<i>pirfenidone</i>	63	<i>prenatal plus (calcium carb)</i> ...	199	PROQUAD (PF)	93
<i>pirmella</i>	122	<i>prenatal vitamin plus low iron</i> ..	200	<i>protriptyline</i>	133
<i>pitavastatin calcium</i>	52	<i>prenatal-u</i>	200	PULMOZYME	197
PLEGRIDY	61	<i>preplus</i>	200	PURE COMFORT ALCOHOL	
<i>pnv 29-1</i>	199	<i>pretab</i>	200	PADS	174
<i>pnv-dha + docusate</i>	199	<i>prevalite</i>	52	PURE COMFORT PEN	
<i>pnv-omega</i>	199	PREVENT DROPSAFE PEN		NEEDLE	174
<i>podofilox</i>	70	NEEDLE	172	PURE COMFORT SAFETY	
<i>polycin</i>	98	<i>previfem</i>	123	PEN NEEDLE	173
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i> ...	98	PREVYMIS	143	<i>pyrazinamide</i>	136
POMALYST	16	PREZCOBIX	140	<i>pyridostigmine bromide</i>	102
<i>portia 28</i>	123	PREZISTA	140	<i>pyrimethamine</i>	35
<i>posaconazole</i>	135	PRIFTIN	136	QINLOCK	16
<i>potassium chloride</i>	192, 193	PRIMAQUINE	35	QUADRACEL (PF)	93
<i>potassium citrate</i>	193	<i>primidone</i>	129	<i>quetiapine</i>	41
<i>pr natal 400</i>	199	PRIORIX (PF)	92	<i>quinapril</i>	54
<i>pr natal 400 ec</i>	199			<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ...	54

<i>quinidine sulfate</i>	45	<i>rivastigmine tartrate</i>	25	SEMGLEE(INSULIN GLARG-	
<i>quinine sulfate</i>	35	<i>rizatriptan</i>	32	YFGN)PEN.....	29
QULIPTA.....	32	<i>r-natal ob</i>	200	<i>se-natal 19 chewable</i>	200
RABAVERT (PF).....	93	ROCKLATAN.....	96	SEREVENT DISKUS.....	66
<i>rabeprazole</i>	72	<i>roflumilast</i>	63	SEROSTIM.....	80
RALDESY.....	133	ROMVIMZA.....	16	<i>sertraline</i>	133
<i>raloxifene</i>	78	<i>ropinirole</i>	36	<i>setlakin</i>	123
<i>ramipril</i>	54	<i>rosadan</i>	71	<i>sevelamer carbonate</i>	74
<i>ranolazine</i>	48	<i>rosuvastatin</i>	52	<i>sevelamer hcl</i>	74
<i>rasagiline</i>	36	ROTARIX.....	93	SEZABY.....	129
RASUVO (PF).....	86	ROTATEQ VACCINE.....	93	<i>sf 5000 plus</i>	67
RAYALDEE.....	57	ROZLYTREK.....	16, 17	<i>sharobel</i>	123
<i>reclipsen (28)</i>	123	RUBRACA.....	17	SHINGRIX (PF).....	93
RECOMBIVAX HB (PF).....	93	<i>rufinamide</i>	129	SIGNIFOR.....	80
RELENZA DISKHALER.....	143	RUKOBIA.....	140	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i> ..	102
<i>repaglinide</i>	27	RUXIENCE.....	17	<i>silver sulfadiazine</i>	71
REPATHA PUSHTRONEX.....	52	RYBELSUS.....	27	SIMBRINZA.....	96
REPATHA SURECLICK.....	52	RYBREVANT.....	17	<i>simliya (28)</i>	123
REPATHA SYRINGE.....	52	RYDAPT.....	17	<i>simvastatin</i>	52
RETACRIT.....	196	RYKINDO.....	42	<i>sirolimus</i>	87
RETEVMO.....	16	RYTELO.....	17	SIRTURO.....	136
RETROVIR.....	140	SAFESNAP INSULIN		SKY SAFETY PEN NEEDLE.....	175
REVUFORJ.....	16	SYRINGE.....	174, 175	SKYLA.....	123
REXULTI.....	41	SAFETY PEN NEEDLE.....	175	SKYRIZI.....	87
REYATAZ.....	140	SANTYL.....	70	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	193
REZLIDHIA.....	16	<i>sapropterin</i>	197	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	193
REZUROCK.....	86	SAVELLA.....	61, 62	<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	67
RHOPRESSA.....	96	SCSEMBLIX.....	17	<i>sodium oxybate</i>	58
RIABNI.....	16	<i>scopolamine base</i>	34	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	73
<i>ribavirin</i>	143	SECUADO.....	42	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i> ..	75
<i>rifabutin</i>	136	SECURESAFE INSULIN		<i>solifenacin</i>	75
<i>rifampin</i>	136	SYRINGE.....	175	SOLQUA 100/33.....	29
<i>rilpivirine</i>	140	SECURESAFE PEN NEEDLE.....	175	SOLTAMOX.....	17
<i>riluzole</i>	61	SELARSDI.....	86	SOMATULINE DEPOT.....	81
RINVOQ.....	86	<i>select-ob</i>	200	SOMAVERT.....	81
RINVOQ LQ.....	86	<i>select-ob (folic acid)</i>	200	<i>sorafenib</i>	17
<i>risperidone</i>	42	<i>selegiline hcl</i>	36	<i>sorine</i>	46
<i>risperidone microspheres</i>	41, 42	<i>selenium sulfide</i>	71	<i>sotalol</i>	46
<i>ritonavir</i>	140	SELZENTRY.....	140	<i>sotalol af</i>	46
RITUXAN HYCELA.....	16	SEMGLEE(INSULIN		SPIRIVA RESPIMAT.....	66
<i>rivaroxaban</i>	194	GLARGINE-YFGN).....	29	<i>spironolactone</i>	53
<i>rivastigmine</i>	25			<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i> ..	53

SPRAVATO.....	133	SURE-PREP ALCOHOL PREP	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> ..	49
<i>sprintec (28)</i>	123	PADS.....	<i>temazepam</i>	24
SPRITAM.....	129	SUTAB.....	TEMIXYS.....	141
<i>sps (with sorbitol)</i>	74	SYMPAZAN.....	TENIVAC (PF).....	93, 94
<i>sronyx</i>	123	SYMTUZA.....	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ...	141
<i>ssd</i>	71	SYNJARDY.....	TEPMETKO.....	18
<i>stavudine</i>	140	SYNJARDY XR.....	<i>terazosin</i>	75
STELARA.....	87	SYNRIBO.....	<i>terbinafine hcl</i>	136
STERILE PADS.....	175	SYRINGE WITH NEEDLE,	<i>terconazole</i>	108
STIOLTO RESPIMAT.....	66	SAFETY.....	<i>teriparatide</i>	57
STIVARGA.....	17	TABLOID.....	TERUMO INSULIN	
STOBOCLO.....	57	TABRECTA.....	SYRINGE.....	179
STRENSIQ.....	197	<i>tacrolimus</i>	<i>testosterone</i>	76, 77
<i>streptomycin</i>	108	<i>tadalafil</i>	<i>testosterone cypionate</i>	76
STRIBILD.....	140	TAFINLAR.....	<i>testosterone enanthate</i>	76
STRIVERDI RESPIMAT.....	66	<i>tafluprost (pf)</i>	TETANUS,DIPHThERIA	
<i>subvenite</i>	129	TAGRISSE.....	TOX PED(PF).....	94
<i>sucralfate</i>	72	TALVEY.....	<i>tetrabenazine</i>	62
<i>sulfacetamide sodium</i>	98	TALZENNA.....	<i>tetracycline</i>	115
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	98	<i>tamoxifen</i>	TEVIMBRA.....	18
<i>sulfadiazine</i>	114	<i>tamsulosin</i>	THALOMID.....	102
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	114	<i>tarina 24 fe</i>	<i>theophylline</i>	66
<i>sulfasalazine</i>	56	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	THINPRO INSULIN	
<i>sulindac</i>	104	<i>taron-c dha</i>	SYRINGE.....	179
<i>sumatriptan</i>	32	<i>taron-prex prenatal-dha</i>	<i>thioridazine</i>	42
<i>sumatriptan succinate</i>	32	TASIGNA.....	<i>thiothixene</i>	42
<i>sunitinib malate</i>	17	TAVNEOS.....	<i>tiadylt er</i>	47
SUNLENCA.....	141	<i>tazarotene</i>	<i>tiagabine</i>	129
SURE COMFORT ALCOHOL		<i>tazicef</i>	TIBSOVO.....	18
PREP PADS.....	176	<i>taztia xt</i>	<i>ticagrelor</i>	195
SURE COMFORT INS. SYR.		TAZVERIK.....	TICE BCG.....	18
U-100.....	176	TDVAX.....	TICOVAC.....	94
SURE COMFORT INSULIN		TECHLITE INSULIN	<i>tigecycline</i>	115
SYRINGE.....	176	SYRINGE.....	<i>tilia fe</i>	123
SURE COMFORT PEN		TECHLITE INSULN	<i>timolol</i>	96
NEEDLE.....	176, 177	SYR(HALF UNIT).....	<i>timolol maleate</i>	46, 96
SURE COMFORT SAFETY		TECHLITE PEN NEEDLE.....	<i>tinidazole</i>	35
PEN NEEDLE.....	175	TECHLITE PLUS PEN	<i>tiotropium bromide</i>	66
SURE-FINE PEN NEEDLES..	177	NEEDLE.....	TIVDAK.....	18
SURE-JECT INSULIN		TECVAYLI.....	TIVICAY.....	141
SYRINGE.....	177	TEFLARO.....	TIVICAY PD.....	141
		<i>telmisartan</i>	<i>tizanidine</i>	198

TOBI PODHALER.....	108	<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	19	TRUE COMFORT PRO INS	
<i>tobramycin</i>	98	<i>tri femynor</i>	123	SYRINGE.....	180, 181
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	108	<i>triamcinolone acetonide</i>		TRUE COMFORT SAFE	
<i>tobramycin sulfate</i>	109	.....	67, 69, 70, 79	INSULIN SYRG.....	180, 181, 182
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	98	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> ..	53	TRUE COMFORT SAFETY	
<i>tolterodine</i>	76	<i>triazolam</i>	24	PEN NEEDLE.....	180
<i>tolvaptan (polycys kidney dis)</i>	53	<i>trientine</i>	107	TRUEPLUS INSULIN.....	182, 183
TOPCARE CLICKFINE.....	179	<i>tri-estarylla</i>	123	TRUEPLUS PEN NEEDLE.....	182
TOPCARE ULTRA		<i>trifluoperazine</i>	42	TRULICITY.....	27
COMFORT.....	180	<i>trifluridine</i>	98	TRUMENBA.....	94
<i>topiramate</i>	129	<i>trihexyphenidyl</i>	36	TRUQAP.....	19
<i>toposar</i>	18	TRIJARDY XR.....	27	TRUXIMA.....	19
<i>toremifene</i>	18	<i>tri-legest fe</i>	123	TUKYSA.....	19
<i>torpenz</i>	18, 19	<i>tri-lynyah</i>	123	TURALIO.....	19
<i>torse mide</i>	53	<i>tri-lo-estarylla</i>	123	<i>turqoz (28)</i>	124
TOUJEO MAX U-300		<i>tri-lo-marzia</i>	124	TWINRIX (PF).....	94
SOLOSTAR.....	30	<i>tri-lo-mili</i>	124	TYBOST.....	102
TOUJEO SOLOSTAR U-300		<i>tri-lo-sprintec</i>	124	TYENNE.....	88
INSULIN.....	30	<i>trimethoprim</i>	109	TYENNE AUTOINJECTOR.....	88
TRADJENTA.....	27	<i>tri-mili</i>	124	TYMLOS.....	57
<i>tramadol</i>	107	<i>trimipramine</i>	133	TYPHIM VI.....	94
<i>tramadol-acetaminophen</i>	107	TRINTELLIX.....	133	UBRELVY.....	32
<i>trandolapril</i>	54	<i>tri-nymyo</i>	124	ULTICARE.....	183, 184
<i>trandolapril-verapamil</i>	55	<i>tri-previfem (28)</i>	124	ULTICARE INSULIN	
<i>tranexamic acid</i>	193	<i>tri-sprintec (28)</i>	124	SYRINGE.....	183
<i>tranylcypromine</i>	133	TRIUMEQ.....	141	ULTICARE INSULN	
<i>travoprost</i>	96	TRIUMEQ PD.....	141	SYR(HALF UNIT).....	183
TRAZIMERA.....	19	<i>triveen-duo dha</i>	200	ULTICARE PEN NEEDLE.....	183
<i>trazodone</i>	133	<i>trivora (28)</i>	124	ULTICARE SAFETY PEN	
TRECATOR.....	136	<i>tri-vylibra</i>	124	NEEDLE.....	184
TRELEGY ELLIPTA.....	67	<i>tri-vylibra lo</i>	124	ULTIGUARD SAFEPAK-	
TRELSTAR.....	19	TRIZIVIR.....	141	INSULIN SYR.....	184, 185
TREMFYA.....	87, 88	TROGARZO.....	141	ULTIGUARD SAFEPAK-	
TREMFYA PEN.....	88	<i>trosipium</i>	76	PEN NEEDLE.....	184, 185
TREMFYA PEN INDUCTION		TRUE COMFORT ALCOHOL		ULTILET ALCOHOL SWAB.....	185
PK-CROHN.....	87	PADS.....	180	ULTILET INSULIN SYRINGE	
TRESIBA FLEXTOUCH U-		TRUE COMFORT INSULIN		.....	165, 185
100.....	30	SYRINGE.....	180	ULTILET PEN NEEDLE.....	185
TRESIBA FLEXTOUCH U-		TRUE COMFORT PEN		ULTRA CMFT INS SYR	
200.....	30	NEEDLE.....	180, 181	(HALF UNIT).....	163, 175
TRESIBA U-100 INSULIN.....	30	TRUE COMFORT PRO		ULTRA COMFORT INSULIN	
<i>tretinoin</i>	71	ALCOHOL PADS.....	181	SYRINGE.....	157, 163, 185, 186

ULTRA FLO INSUL		<i>valproate sodium</i>	129	<i>vigpoder</i>	130
SYR(HALF UNIT).....	186	<i>valproic acid</i>	129	<i>vilazodone</i>	134
ULTRA FLO INSULIN		<i>valproic acid (as sodium salt)</i> ..	129	VIMKUNYA.....	95
SYRINGE.....	186	<i>valsartan</i>	49	<i>vinorelbine</i>	20
ULTRA FLO PEN NEEDLE...	186	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ...	49	<i>viorele (28)</i>	124
ULTRA THIN PEN NEEDLE.	186	VALTOCO.....	130	VIRACEPT.....	141
ULTRACARE INSULIN		<i>valtya</i>	124	VIREAD.....	141
SYRINGE.....	187	<i>vancomycin</i>	109, 110	<i>virt-c dha</i>	200
ULTRACARE PEN NEEDLE.	187	VANFLYTA.....	19	<i>virt-nate dha</i>	200
ULTRA-FINE INS SYR		VANISHPOINT INSULIN		<i>virt-pn dha</i>	200
(HALF UNIT).....	188	SYRINGE.....	191	<i>virt-pn plus</i>	200
ULTRA-FINE INSULIN		VANISHPOINT SYRINGE.....	191	<i>vitafol gummies</i>	201
SYRINGE.....	188	VAQTA (PF).....	94	<i>vitafol nano</i>	201
ULTRA-FINE PEN NEEDLE..	188	<i>varenicline tartrate</i>	23	<i>vitafol-ob+dha</i>	201
ULTRA-THIN II (SHORT)		VARIVAX (PF).....	94	VITRAKVI.....	20
INS SYR.....	188	VAXCHORA VACCINE.....	94	VIVIMUSTA.....	20
ULTRA-THIN II (SHORT)		VEGZELMA.....	19	VIVOTIF.....	95
PEN NDL.....	189	VELTASSA.....	74	VIZIMPRO.....	20
ULTRA-THIN II INS PEN		VEMLIDY.....	141	VOCABRIA.....	141
NEEDLES.....	189	VENCLEXTA.....	19	<i>volnea (28)</i>	124
ULTRA-THIN II INSULIN		VENCLEXTA STARTING		VONJO.....	20
SYRINGE.....	188	PACK.....	19	VORANIGO.....	20
UNIFINE OTC PEN NEEDLE	189	<i>venlafaxine</i>	133	<i>voriconazole</i>	136
UNIFINE PEN NEEDLE.....	189	VEOZAH.....	102	VOSEVI.....	142
UNIFINE PENTIPS.....	171, 189	<i>verapamil</i>	47	VOWST.....	102
UNIFINE PENTIPS		VERIFINE INSULIN		<i>vp-ch-pnv</i>	201
MAXFLOW.....	189	SYRINGE.....	191, 192	<i>vp-pnv-dha</i>	201
UNIFINE PENTIPS PLUS		VERIFINE PEN NEEDLE.....	191	VRAYLAR.....	43
.....	189, 190	VERIFINE PLUS PEN		VUMERITY.....	62
UNIFINE PENTIPS PLUS		NEEDLE.....	191	VYALEV.....	36
MAXFLOW.....	189	VERIFINE PLUS PEN		<i>vylibra</i>	124
UNIFINE PROTECT.....	190	NEEDLE-SHARP.....	191	VYLOY.....	20
UNIFINE SAFECONTROL		VERQUVO.....	48	VYZULTA.....	96
PEN NEEDLE.....	190	VERSACLOZ.....	43	<i>warfarin</i>	195
UNIFINE ULTRA PEN		VERSALON.....	192	WEBCOL.....	192
NEEDLE.....	190	VERZENIO.....	20	WELIREG.....	20
UPTRAVI.....	102, 103	V-GO 20.....	192	WINREVAIR.....	63
<i>ursodiol</i>	74	V-GO 30.....	192	<i>wixela inhub</i>	65
UZEDY.....	42, 43	V-GO 40.....	192	XALKORI.....	20
<i>valacyclovir</i>	143	<i>vienna</i>	124	<i>xarah fe</i>	124
VALCHLOR.....	70	<i>vigabatrin</i>	130	XARELTO.....	195
<i>valganciclovir</i>	144	<i>vigadrone</i>	130		

XARELTO DVT-PE TREAT		<i>zenatane</i>	71
30D START	195	ZENPEP	197
XATMEP	20	<i>zidovudine</i>	142
XCOPRI	130	ZIIHERA	21
XCOPRI MAINTENANCE		<i>zingiber</i>	201
PACK	130	<i>ziprasidone hcl</i>	43
XCOPRI TITRATION PACK..	130	<i>ziprasidone mesylate</i>	43
XDEMVEY	98	ZIRABEV	21
XELJANZ	88	ZIRGAN	98
XELJANZ XR	88	ZOLADEX	21
XERMELO	74	ZOLINZA	22
XGEVA	57	<i>zolpidem</i>	58
XIFAXAN	110	ZONISADE	130
XIGDUO XR	27, 28	<i>zonisamide</i>	130
XIIDRA	100	<i>zovia 1/35e (28)</i>	125
XOLAIR	63	<i>zovia 1-35 (28)</i>	125
XOSPATA	20	ZTALMY	130
XPOVIO	21	ZTLIDO	107
XTANDI	21	ZURZUVAE	134
<i>xulane</i>	125	ZYDELIG	22
XULTOPHY 100/3.6	30	ZYKADIA	22
XYOSTED	77	ZYLET	99
YERVOY	21	ZYNLONTA	22
YESINTEK	88	ZYNYZ	22
YF-VAX (PF)	95	ZYPREXA RELPREVV	43
YONSA	21		
YUFLYMA(CF)	89		
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-			
UC-HS	88		
YUFLYMA(CF)			
AUTOINJECTOR	89		
<i>yuvafem</i>	78		
<i>zafemy</i>	125		
<i>zafirlukast</i>	65		
<i>zaleplon</i>	58		
<i>zatean-pn dha</i>	201		
<i>zatean-pn plus</i>	201		
ZEGALOGUE			
AUTOINJECTOR	102		
ZEGALOGUE SYRINGE	102		
ZEJULA	21		
ZELBORAF	21		

Este *Formulario de medicamentos* se actualizó el 09/01/2025. Para obtener información más reciente o realizar otras preguntas, comuníquese con Servicios del Plan de Salud de Elevate Medicare Select (HMO) llamando al 303-602-2111 o sin costo al 1-877-956-2111 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana, o visite [DenverHealthMedicalPlan.org](https://denverhealthmedicalplan.org).