

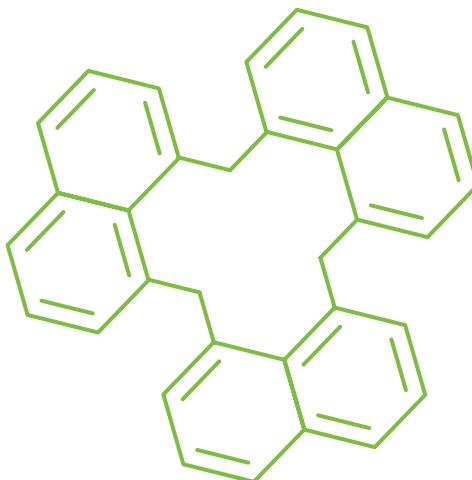
2025

Formulario de

Medicamentos

Recetados

Este formulario se actualizó el 06/01/2025 Para obtener la información más reciente o si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al Cliente Farmacéutico al (888) 741-5002 (TTY: 711), siete días a la semana, 24 horas al día, o vaya a Member.BayCarePlus.org.



BayCarePlus Rewards (HMO)

BayCarePlus Complete (HMO)

BayCarePlus Premier (HMO)

Al Servicio de los Condados de Hillsborough,
Pasco, Pinellas y Polk

 **BayCare Plus®**
Medicare Advantage

Formulario de Medicamentos de Planes de Seguro Médico de BayCare (HMO) 2025

(Lista de Medicamentos Cubiertos)

LEER: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Nota a quienes ya son miembros: Este formulario de medicamentos cambió desde el año pasado.

Mensaje Importante sobre lo que Paga por las Vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D, por lo que a usted no le implican ningún costo. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Mensaje Importante sobre lo que Paga por la Insulina: No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina que cubre nuestro plan, sin importar en qué nivel de costos compartidos se encuentran, incluso si la insulina no se considera una Insulina Seleccionada según el Formulario de Medicamentos Recetados del plan.

Revise este documento para asegurarse de que siga incluyendo los medicamentos que toma.

Cuando en esta lista (formulario de medicamentos) se haga referencia a "nosotros" o "nuestro", significa los Planes de Seguro Médico de BayCare. Cuando se haga referencia a "plan" o "nuestro plan", significa los Planes de Seguro Médico de BayCare.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario de medicamentos) de nuestro plan y está vigente desde 06/2025. Para ver un formulario de medicamentos actualizado, póngase en contacto con nosotros. Puede encontrar nuestra información de contacto y la fecha en que actualizamos por última vez el formulario de medicamentos en la primera y la última página.

Por lo general, debe ir a las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamento recetado. Los beneficios, el formulario de medicamentos, la red de farmacias y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y de vez en cuando durante el año.

ID de Envío de Archivo de Formulario de Medicamentos HPMS:

25198.000 Número de Versión 6 H2235_25-008_C

¿Qué es el Formulario de Medicamentos de los Planes de Seguro Médico (HMO) de BayCare?

Un formulario de medicamentos es una lista de los medicamentos cubiertos seleccionados por nuestro plan en conjunto con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias con receta médica que creemos que son una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, cubrimos los medicamentos que aparecen en nuestro formulario de medicamentos siempre que sean necesarios por motivos médicos, que la receta médica se presente en una farmacia de la red del plan y que se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas médicas, revise su Evidencia de Cobertura.

¿El Formulario de Medicamentos (lista de medicamentos) puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero es posible que agreguemos o eliminemos medicamentos de la Lista de Medicamentos durante el año, que los movamos a otros niveles de costos compartidos o que agreguemos nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare para hacer estos cambios.

Estos son los cambios que podrían afectarle este año: Usted se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año en los siguientes casos:

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos por un medicamento genérico nuevo, que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en uno más bajo y con las mismas o con menos restricciones. Además, cuando agregamos un medicamento genérico nuevo, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo inmediatamente a otro nivel de costos compartidos o agregar nuevas restricciones. Si actualmente toma ese medicamento de marca, es posible que no le avisemos con anticipación antes de hacer ese cambio, pero más tarde le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hayamos hecho.
 - Si hacemos ese un cambio, usted o el médico que le recetó el medicamento pueden pedirnos que hagamos una excepción y le sigamos cubriendo el medicamento de marca. El aviso que le proporcionaremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la siguiente sección llamada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Medicamentos de los Planes de Seguro Médico (HMO) de BayCare?"
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro Formulario de Medicamentos no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo eliminaremos inmediatamente de nuestro formulario de medicamentos y daremos aviso a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el

mercado para reemplazar un medicamento de marca que se encuentra actualmente en el formulario de medicamentos. También podemos agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a otro nivel de costos compartidos, o ambas opciones. O podemos hacer cambios con base en nuevos lineamientos clínicos. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario de medicamentos, agregamos una autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapias escalonadas a un medicamento o movemos un medicamento a un nivel de costos compartidos más alto, debemos notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia, o cuando el miembro solicite una renovación de la receta del medicamento. En este último caso, el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.

- Si hacemos estos cambios, usted o el médico que le recetó el medicamento pueden pedirnos que hagamos una excepción y le sigamos cubriendo el medicamento de marca. El aviso que le proporcionaremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la siguiente sección llamada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Medicamentos de los Planes de Seguro Médico (HMO) de BayCare?"

Cambios que no le afectarán si actualmente toma un medicamento. Por lo general, si toma un medicamento que se encuentra en nuestro formulario de medicamentos de 2025 que tenía cobertura a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año 2025, excepto según lo que se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán estando disponibles al mismo costo compartido y no incluirán restricciones nuevas para aquellos miembros que lo tomen durante el resto del año de cobertura. No recibirá ningún aviso directo este año sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, estos cambios le afectarían, y es importante que revise la Lista de Medicamentos para el nuevo año de beneficios para estar al tanto de cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario de medicamentos adjunto estará vigente a partir de 06/2025. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos que cubre nuestro plan, póngase en contacto con nosotros. Puede encontrar nuestra información de contacto en la primera y la última página. Si hacemos otros tipos de cambios al formulario de medicamentos, además de los antes mencionados (cambios que nos son de mantenimiento), enviaremos una notificación por escrito por correo a los miembros afectados en forma de Fe de Erratas del Formulario de Medicamentos.

¿Cómo uso el Formulario de Medicamentos?

Existen dos formas de buscar su medicamento en el formulario de medicamentos:

Condición Médica

El formulario de medicamentos comienza en la página 1. Los medicamentos incluidos en este formulario de

medicamentos se agrupan en categorías según el tipo de condiciones médicas para cuyo tratamiento se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos usados para tratar una condición cardíaca se incluyen en la categoría "Agentes Cardiovasculares". Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento en esa categoría.

Listado por Orden Alfabético

Si no sabe en qué categoría buscar, puede buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página I-1. El Índice proporciona una lista ordenada alfabéticamente de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice se incluyen tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice para encontrar su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de página en la que se encuentra la información de cobertura. Vaya a la página indicada en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan cubre tanto medicamentos de marca como genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA como medicamento que incluye el mismo principio activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requerimientos o límites adicionales en la cobertura. Algunos de estos requerimientos y límites pueden ser:

- Autorización Previa: Requerimos que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará nuestra aprobación antes de poder surtir sus recetas médicas. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
- Límites de Cantidad: Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que cubriremos. Por ejemplo, proveemos dieciocho comprimidos de 50 mg de sumatriptán por receta médica. Esto puede ser además de un suministro estándar de uno o tres meses.
- Terapia Escalonada: En algunos casos, requerimos que primero intente tomar ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrirle otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B sirven para tratar su condición médica, es posible que no cubramos el Medicamento B a menos que primero intente tomar el Medicamento A. Si el Medicamento A no le funciona, cubriremos el Medicamento B.

Puede ver si su medicamento tiene algún requerimiento o límite adicional buscando en el formulario de medicamentos que comienza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Nuestros documentos

publicados en línea explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede pedirnos que le envíemos una copia. Puede encontrar nuestra información de contacto y la fecha en que actualizamos por última vez el formulario de medicamentos en la primera y la última página.

Puede solicitarnos que hagamos una excepción a estas restricciones o límites o pedirnos una lista de otros medicamentos similares que se puedan usar para tratar su condición médica. Consulte la sección llamada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Medicamentos de los Planes de Seguro Médico de BayCare?" en la página iv para ver información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué ocurre 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 contactarse con Atención al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si le informan que nuestro plan no lo cubre, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Atención al Cliente de la Farmacia que le proporcione una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por nuestro plan. Cuando tenga la lista, muéstresela a su doctor y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.
- Puede solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos su medicamento. Mas adelante puede encontrar información sobre cómo solicitar una excepción.

Por lo general, solo aprobamos una solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario de medicamentos del plan, el medicamento de costo compartido más bajo o las restricciones de uso adicionales no serían igual de eficaces para tratar su condición y/o podrían provocarle efectos secundarios médicos.

Debe contactarnos para solicitarnos una decisión de cobertura inicial para una excepción al formulario de medicamentos, los niveles, o a una restricción de uso. Cuando solicita una excepción al formulario de medicamentos, los niveles o a una restricción de uso, debe enviar una declaración del médico que le recetó el medicamento que respalde la solicitud. Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas posteriores a recibir la declaración de respaldo de su médico. Puede solicitar una excepción acelerada si usted o su doctor consideran que su salud podría verse gravemente afectada por esperar hasta 72 horas para una decisión. Si aceptamos su solicitud para acelerar el proceso, debemos proporcionarle una decisión dentro de las 24 horas de haber recibido una declaración de respaldo de su doctor u otro médico que haya hecho la receta.

¿Qué hago antes de poder hablar con mi doctor sobre cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como miembro nuevo o continuo de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no estén

incluidos en nuestro formulario de medicamentos. O es probable que esté tomando un medicamento que esté incluido en nuestro formulario de medicamentos, pero que su capacidad para conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar una autorización previa de parte nuestra para poder surtir su receta médica. Debe consultar con su doctor para decidir si cambiar a un medicamento apropiado que cubramos o solicitar una excepción al formulario de medicamentos para que cubramos el medicamento que toma. Mientras consulta con su doctor para determinar el procedimiento adecuado, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días desde que usted se hizo miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté incluido en nuestro formulario de medicamentos o si su capacidad para obtenerlos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta médica indica menos días, le permitiremos renovarla para un suministro de hasta un máximo de 30 días del medicamento. Después de completar su suministro para 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, incluso si usted ha sido un miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de cuidados de largo plazo y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario de medicamentos o si su capacidad para obtenerlo es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días desde que se unió a nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento mientras busca obtener una excepción al formulario de medicamentos.

Los miembros que tengan un cambio en el nivel de cuidados (entorno) podrán obtener un único suministro de transición para 30 días por medicamento. Algunos ejemplos incluyen los beneficiarios que ingresan a un centro de cuidados de largo plazo, aquellos a quienes les dan el alta de un hospital o aquellos que finalizan una internación en un centro de cuidados de largo plazo y regresan a la comunidad.

Para más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de los Planes de Seguro Médico de BayCare, consulte su Evidencia de Cobertura y los demás materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre los Planes de Seguro Médico de BayCare, póngase en contacto con nosotros. Puede encontrar nuestra información de contacto y la fecha en que actualizamos por última vez el formulario de medicamentos en la primera y la última página.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227), disponible 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 Planes de Seguro Médico de BayCare

El siguiente formulario de medicamentos proporciona información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por los Planes de Seguro Médico de BayCare. Si no puede encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 1-1.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúsculas (p. ej., HUMIRA) y los genéricos están en letra cursiva minúscula (p. ej., warfarina).

La segunda columna de la tabla *solo sirve de referencia* para identificar el nombre común de Marca o genérico. Los productos específicos que se encuentran en la segunda columna no se encuentran en el formulario de medicamentos; *solo sirven de referencia*. Ejemplo 1:

Agentes Tiroideos y Antitiroideos	
<i>Levotiroxina oral, comprimido de 100 µg 112 µg, 125 µg, 137 µg, 150 µg, 175 µg, 200 µg, 25 µg, 50 µg, 75 µg, 88 µg</i>	(Synthroid) 1

La levotiroxina es el producto del formulario de medicamentos; y Synthroid no se encuentra en el formulario de medicamentos y se proporciona solo para referencia.

Ejemplo 2:

Agentes Antidiabéticos	
<i>Farxiga oral, comprimido de 10 mg, 5 mg propanediol)</i>	(dapagliflozina 3

Farxiga es el producto del formulario de medicamentos; dapagliflozina propanediol no se encuentra en el formulario y se proporciona solo para referencia.

La información en la columna Requerimientos/Límites detalla si los Planes de Seguro Médico de BayCare tienen algún requerimiento especial para la cobertura de un medicamento.

Lista de Abreviaturas

CB: Beneficio limitado. Para los medicamentos que normalmente no están cubiertos en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, limitamos la cantidad que el plan cubrirá. Por ejemplo, proporcionamos seis comprimidos para una receta de 30 días para sildenafil.

EX.: Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. El monto que usted debe pagar cuando surte una receta médica para este medicamento no cuenta para sus costos totales para medicamentos (es decir, el monto que paga no lo ayuda a calificar para una cobertura catastrófica). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus recetas médicas, no recibirá ayuda adicional para pagar este medicamento.

LA: Acceso Limitado. Esta receta médica puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para obtener más información, consulte con su Directorio de Proveedores o llame a Atención al Cliente de la Farmacia al 1-888-741-5002 sin costo alguno, los siete días de la semana, las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

NDS: Suministro de Días No Extendidos. Este medicamento solo se puede obtener para una cantidad de un mes o menos. No puede surtir una receta médica para un suministro de más de un mes.

NM: Pedido Sin Entrega por Correo. La receta médica no se puede obtener mediante una farmacia de la red que entregue pedidos por correo.

PA: Autorización Previa. Requerimos que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener la aprobación del Plan de Seguro Médico de BayCare antes de poder surtir sus recetas médicas. Si no obtiene la aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

PA BvD: Determinación de Autorización Previa para la Parte B vs. la Parte D. Este medicamento recetado tiene un requerimiento administrativo de autorización previa de la Parte B versus la Parte D. Usted (o su médico) deben obtener una autorización previa de parte nuestra para determinar que el medicamento esté cubierto por la Parte D de Medicare antes de poder surtir la receta médica. Sin previa aprobación, es posible que el plan no cubra este medicamento.

PA NSO: Autorización Previa, Solo Nuevos Comienzos. Si es un miembro nuevo o si nunca ha tomado este medicamento, usted o su médico deben obtener una autorización previa de parte de los Planes de Seguro Médico de BayCare antes de poder surtir la receta médica. Sin previa aprobación, es posible que el plan no cubra este medicamento.

QL: Límite de Cantidad. Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que el plan cubrirá. Por ejemplo, proveemos dieciocho comprimidos de succinato de sumatriptán por receta médica. Esto puede ser

además de un suministro estándar para uno o tres meses.

SI: Insulinas Seleccionadas que son parte del Programa de Ahorros para Insulina y, por lo tanto, implicarán copagos bajos y constantes durante la fase de Brecha de Cobertura. Consulte la Evidencia de Cobertura para ver más información sobre las Insulinas Seleccionadas, incluida información sobre todos los costos compartidos. NOTA: La insulina administrada mediante una bomba de insulina durable NO está cubierta en este beneficio de la Parte D; en Medicare, este tipo de insulina estaría cubierto en la Parte B. El Programa de Ahorros para Insulina solo aplica a los planes BayCarePlus Complete (HMO) y BayCarePlus Premier (HMO).

ST: Terapia Escalonada. En algunos casos, requerimos que primero intente tomar ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrirle otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si tanto el Medicamento A como el Medicamento B tratan su condición médica, es posible que no cubramos el Medicamento B a menos que primero intente tomar el Medicamento A. Si el Medicamento A no le funciona, el plan cubrirá el Medicamento B.

Consulte la información a continuación con respecto a los montos de los copagos y/o los porcentajes de coseguro. Para ver más información, consulte las Secciones 5.2 y 5.4 del Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura.

Nivel de Costos Compartidos	Costo compartido en instalaciones estándar minoristas y de cuidado de largo plazo (LTC) para un suministro para un mes en una farmacia de la red	Costo compartido en instalaciones estándar minoristas para un suministro para tres meses (suministro para hasta 100 días) en una farmacia de la red	Costo compartido para pedidos por correo para un suministro para tres meses (suministro para hasta 100 días)
BayCarePlus Complete (HMO)			
Nivel 1: Medicamentos Genéricos de Preferencia	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$3	\$9	\$0
Nivel 2: Insulinas Seleccionadas	\$35	\$105	\$95
Nivel 3: Medicamentos de Marca de Preferencia	\$35	\$105	\$95
Nivel 3: Insulinas Seleccionadas	\$35	\$105	\$95
Nivel 4: Medicamentos de Marca que No Son de Preferencia	31% de coseguro	31% de coseguro	31% de coseguro
Nivel 4: Insulinas Seleccionadas	\$35	\$105	\$95

Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	33% de coseguro	No se encuentra disponible un suministro para tres meses para medicamentos del Nivel 5	No se encuentra disponible un suministro para tres meses para medicamentos del Nivel 5
Nivel 6: Medicamentos de Mantenimiento Seleccionados	\$0	\$0	\$0

Nivel de Costos Compartidos	Costo compartido en instalaciones estándar minoristas y de cuidado de largo plazo (LTC) para un suministro para un mes en una farmacia de la red	Costo compartido en instalaciones estándar minoristas para un suministro para tres meses (suministro para hasta 100 días) en una farmacia de la red	Costo compartido para pedidos por correo para un suministro para tres meses (suministro para hasta 100 días)
-----------------------------	--	---	--

BayCarePlus Premier (HMO)

Nivel 1: Medicamentos Genéricos de Preferencia	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Insulinas Seleccionadas	\$0	\$0	\$0
Nivel 3: Medicamentos de Marca de Preferencia	\$30	\$90	\$80
Nivel 3: Insulinas Seleccionadas	\$30	\$90	\$80
Nivel 4: Medicamentos de Marca que No Son de Preferencia	31% de coseguro	31% de coseguro	31% de coseguro
Nivel 4: Insulinas Seleccionadas	\$35	\$105	\$105
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	33% de coseguro	No se encuentra disponible un suministro para tres meses para medicamentos del Nivel 5	No se encuentra disponible un suministro para tres meses para medicamentos del Nivel 5
Nivel 6: Medicamentos de Mantenimiento Seleccionados	\$0	\$0	\$0

Nivel de Costos Compartidos	Costo compartido en instalaciones estándar minoristas y de cuidado de largo plazo (LTC) para un suministro para un mes en una farmacia de la red	Costo compartido en instalaciones estándar minoristas para un suministro para tres meses (suministro para hasta 100 días) en una farmacia de la red	Costo compartido para pedidos por correo para un suministro para tres meses (suministro para hasta 100 días)
-----------------------------	--	---	--

BayCarePlus Rewards (HMO)

Nivel 1: Medicamentos Genéricos de Preferencia	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$10	\$30	\$0
Nivel 2: Insulinas Seleccionadas	\$10	\$30	\$0
Nivel 3: Medicamentos de Marca de Preferencia	\$47	\$141	\$125
Nivel 3: Insulinas Seleccionadas	\$35	\$105	\$105
Nivel 4: Medicamentos de Marca que No Son de Preferencia	40% de coseguro	40% de coseguro	40% de coseguro
Nivel 4: Insulinas Seleccionadas	\$35	\$105	\$105
Nivel 5: Medicamentos de Especialidad	33% de coseguro	No se encuentra disponible un suministro para tres meses para medicamentos del Nivel 5	No se encuentra disponible un suministro para tres meses para medicamentos del Nivel 5
Nivel 6: medicamentos de mantenimiento seleccionados	\$0	\$0	\$0

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer	3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias	23
Agentes Antiansiedad	24
Agentes Antidemencia	25
Agentes Antidiabetico	26
Agentes Antigota	32
Agentes Antimigraña	33
Agentes Antinausea	35
Agentes Antiparasitarios	36
Agentes Antiparkinson	37
Agentes Antipsicóticos	38
Agentes Calóricos	46
Agentes Cardiovasculares	47
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	59
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	60
Agentes De Trastorno De Sueño	61
Agentes Del Sistema Nervioso Central	61
Agentes Del Tracto Respiratorio	66
Agentes Dentales Y Orales	71
Agentes Dermatológicos	71
Agentes Gastrointestinales	76
Agentes Genitourinarios	80
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	81
Agentes Inmunológicos	87
Agentes Oftálmicos	101
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	103
Agentes Terapeuticos Misceláneos	107
Agentes Vasodilatadores	109
Analgésicos	110
Anestésicos	114
Antagonistas De Metales Pesados	114
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	115
Antibacterianos	115
Anticonceptivos	123
Anticonvulsivos	133
Antidepresivos	139
Antifúngicos	142
Antihistamínicos	145

Antimicobacteriales	145
Antivirales (Sítémico)	145
Cofactores Enzimáticos/Otros	153
Dispositivos	153
Preparaciones De Reemplazo	205
Productos Para La Tos Y Resfriado	207
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen	207
Reemplazo/Modificadores De Enzima	211
Relajantes Musculares Esqueléticos	212
Vitaminas Y Minerales	212

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; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i> (Zytiga)	5	PA NSO; 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; NDS; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)-180 MG (23)	5	PA NSO; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (Arimidex)	1	
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML	5	PA NSO; NDS; QL (1.6 per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
AXTLE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG	5	NDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	4	PA NSO
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; NDS
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	5	NDS
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	5	PA NSO; NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	5	PA NSO; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i>	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	(flutamide)	5	NDS
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i>	(Torpenz)	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	(Torpenz)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	(Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	(Aromasin)	2	
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG		5	PA BvD; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG		3	PA BvD
<i>flouxuridine 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; NDS; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG		5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG		5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i>	(Faslodex)	5	NDS
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG		5	PA NSO; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG	(lomustine)	4	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG, 40 MG	(lomustine)	5	NDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG		5	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG		5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG		5	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML		5	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG		5	PA NSO; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)		2	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i>	(Ifex)	2	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	4	PA BvD; ST
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA NSO; 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; 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; 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; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA NSO; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA NSO; NDS; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	5	PA NSO; NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; 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; NDS; QL (28 per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5	PA NSO; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	2	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5	NDS
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	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; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	5	PA NSO; NDS; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML)	5	PA NSO; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	5	PA NSO; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	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; NDS; QL (140 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	2	
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml (Purixan)</i>	5	NDS
<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; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg (Nilandron)</i>	5	NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; 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; NDS; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; 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; NDS
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	5	PA NSO; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	5	PA NSO; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i> (Abraxane)	5	PA BvD; NDS
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i> (Votrient)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 750 mg</i>	5	NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	5	NDS
<i>pemetrexed intravenous recon soln 100 mg, 500 mg</i>	5	NDS
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	5	PA NSO; NDS
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	5	PA NSO; NDS; QL (8 per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
RYTELO INTRAVENOUS RECON SOLN 188 MG, 47 MG	5	PA NSO; NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5	NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; 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; NDS; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	4	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	5	PA NSO; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)	
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2		
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)	
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)	
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)	
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	5	PA NSO; NDS	
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)	
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS	
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)	
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	4		
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)	
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i>	2		
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i>	(Fareston)	5	NDS
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i>	(everolimus (antineoplastic))	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	(everolimus (antineoplastic))	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (64 per 28 days)
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5	PA NSO; NDS
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5	PA NSO; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
VIVIMUSTA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (bendamustine)	5	PA NSO; NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	5	PA NSO; NDS
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 50 MG	5	PA NSO; 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; NDS; QL (90 per 30 days)

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

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; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	5	PA NSO; NDS; QL (16 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (20 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	5	PA NSO; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	5	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5	PA NSO; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; 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; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ZIIHERA INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG	5	PA NSO; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	4	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5	NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	5	PA NSO; NDS
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML	5	PA NSO; NDS; QL (20 per 28 days)
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg	2	
buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg	2	QL (90 per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg	2	QL (60 per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	2	QL (90 per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg	2	QL (90 per 30 days)
bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<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	
<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 (Narcan)</i>	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 (Chantix)</i>	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) (Chantix Starting Month Box)</i>	2	

Agentes Antiansiedad

Benzodiacepinas

<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg (Xanax)</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg (Xanax)</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Klonopin)</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg (Klonopin)</i>	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<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 (diazepam)</i>	2	QL (1200 per 30 days)
<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 (Valium)</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml oral concnet (Lorazepam Intensol)</i>	2	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam 4 mg/ml vial inner (Ativan)</i>	1	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml (Ativan)</i>	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 4 mg/ml (Ativan)</i>	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 (lorazepam)</i>	2	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Ativan)</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg (Ativan)</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 22.5 mg (Restoril)</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg (Restoril)</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg (Halcion)</i>	2	QL (60 per 30 days)
Agentes Antidemencia		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg (Aricept)</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet 23 mg (Aricept)</i>	2	QL (30 per 30 days)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
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)
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 (Riomet)</i>	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 (Korlym)</i>	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
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 (Actos)</i>	6	QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i>	6	QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg (Actoplus MET)</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)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG (dapaglifloz propaned-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)
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)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
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)
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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		
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg	6	QL (30 per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg	6	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg	6	QL (120 per 30 days)
glipizide oral tablet 2.5 mg	6	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg	6	QL (240 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release (Glucotrol XL) 24hr 10 mg	6	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg	6	QL (30 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5- 250 mg	6	QL (240 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5- 500 mg, 5-500 mg	6	QL (120 per 30 days)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg	6	
glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg	6	
glyburide-metformin oral tablet 1.25- 250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg	6	
Agentes Antigota		
Agentes Antigota, Otros		
allopurinol oral tablet 100 mg (Zyloprim)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>probencid oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>probencid-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; 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)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
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 significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>scopolamine base transdermal patch 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	NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>	2	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i>	2	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i>	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>	2	QL (90 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i>	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; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	2	
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>	2	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	2	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	5	NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
<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; 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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<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; NDS; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	5	PA; NDS
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML	5	PA; NDS; QL (30 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 (Azilect)</i>	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; NDS; QL (560 per 28 days)
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	5	NDS; QL (2.4 per 42 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ABILITY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	5	NDS; QL (3.2 per 42 days)
ABILITY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	5	NDS; QL (1 per 26 days)
ABILITY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	5	NDS; QL (1 per 26 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	2	
<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	NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	NDS; QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	NDS; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	NDS; QL (2.4 per 14 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRINGE 882 MG/3.2 ML	5	NDS; QL (3.2 per 14 days)
asenapine maleate sublingual tablet (Saphris) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
chlorpromazine injection solution 25 mg/ml	2	
chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	2	
chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	2	
clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Clozaril)	2	
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg	2	ST; QL (90 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg	2	ST; QL (180 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg	2	ST; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	5	ST; NDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NDS; QL (0.75 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NDS; QL (1 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NDS; QL (1.5 per 21 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 351 MG/2.25 ML	5	NDS; QL (2.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	5	NDS; QL (0.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	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; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)- 6MG(2)	4	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml(1ml)</i>	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
haloperidol oral tablet 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	NDS; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	NDS; QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NDS; QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NDS; QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NDS; QL (1.5 per 21 days)
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	NDS; QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	NDS; QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	NDS; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	NDS; QL (1.75 per 70 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	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; 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	NDS; QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>olanzapine oral tablet 20 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; 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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	
<i>prochlorperazine 10 mg/2 ml vl 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	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)
<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	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	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	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; 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	NDS; QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML		5	NDS; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML		5	NDS; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML		5	NDS; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML		5	NDS; QL (0.7 per 56 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	5	NDS; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	5	NDS; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; 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	NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	5	NDS; QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	4	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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) intravenous parenteral solution</i>	2	
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3 %	4	PA BvD
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	1	
clonidine transdermal patch weekly (Catapres-TTS-1) 0.1 mg/24 hr	2	
clonidine transdermal patch weekly (Catapres-TTS-2) 0.2 mg/24 hr	2	
clonidine transdermal patch weekly (Catapres-TTS-3) 0.3 mg/24 hr	2	
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Cardura)	1
droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg	(Northera)	5
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg		PA; NDS; QL (180 per 30 days)
	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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, 400 mg (Pacerone)</i>	2	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg (Tikosyn)</i>	2	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	2	
<i>MULTAQ ORAL TABLET 400 MG</i>	3	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, (amiodarone) 400 mg</i>	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 (Tenormin)</i>	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg (Tenoretic 100)</i>	2	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg (Tenoretic 50)</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>	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>	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	1	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	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>	2	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	2	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	2	
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i>	2	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
<i>diltiazem 24hr er 360 mg cap once-a-day dosage</i>	(Tiadylt ER)	2
<i>diltiazem 24hr er 420 mg cap</i>	(Tiadylt ER)	2
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>		2
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i>	(Tiadylt ER)	2
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	(Cartia XT)	2
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	(Cardizem)	2
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>		2
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	(diltiazem hcl)	2
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	(diltiazem hcl)	2
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	(diltiazem hcl)	2
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		2
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>		4
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>		1

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	3	QL (600 per 30 days)
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	2	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	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; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Corlanor)	3	QL (60 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	5	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii		
candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg (Atacand)	6	
candesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg (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)
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg (Avapro)	6	
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg (Avalide)	6	
losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg (Cozaar)	6	
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg (Hyzaar)	6	
olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg (Benicar)	6	
olmesartanamlodipin-hcthiazide 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 (Tribenzor)	6	
olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg (Benicar HCT)	6	
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg (Micardis)	6	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>	6	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i> (Azor)	6	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i> (Exforge)	6	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i> (Exforge HCT)	2	
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Procardia XL)	2	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
Dislipidémicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg</i>	(Caduet)	6
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	(Caduet)	6
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>		6
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	(Lipitor)	6
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i>	(Questran)	2
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i>		2
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i>	(WelChol)	2
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i>	(WelChol)	2
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>		2
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i>	(Colestid)	2
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	(Zetia)	2
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg</i>	(Vytorin 10-10)	6
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i>	(Vytorin 10-20)	6
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg</i>	(Vytorin 10-40)	6
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i>	(Vytorin 10-80)	6
<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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>	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	
<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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
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	
<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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, (Aldactone) 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	2	
<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, (Lotensin) 40 mg</i>	6	
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	6	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral (Lotensin HCT) tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	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, (Vasotec) 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	6	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral (Vaseretic) tablet 10-25 mg</i>	6	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	6	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<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>	6	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	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>	6	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	6	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	6	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	6	
<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>	2	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 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>	2	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<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>	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>	2	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	2	

Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria

Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria

<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	(Lotronex)	2	
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>	(Colazal)	2	
<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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<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	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>		2	QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE		5	PA; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i>	(Zemplar)	2	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>		2	
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML		4	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG		3	QL (60 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)</i>	5	PA; NDS; QL (2.48 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	5	PA; NDS; QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5	PA; NDS
Agentes De Trastorno De Sueño		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nuvigil)	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 mg</i> (Lunesta)	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)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (Xyrem)	5	PA; 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> (Strattera)	2	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera)	2	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	5	PA; 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; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; 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)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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; 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; NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	(Tecfidera)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i>	(Gilenya)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	(Glatopa)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	(Glatopa)	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	(glatiramer)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	(glatiramer)	5	PA; 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; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	5	PA; 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 (Lithobid)</i>	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; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	5	PA; 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; 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; NDS; QL (20 per 180 days)
OCREVUS ZUNOVO SUBCUTANEOUS SOLUTION 920 MG-23,000 UNIT/23 ML	5	PA; NDS; QL (23 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; 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)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg (Xenazine)</i>	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERTY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	5	PA; 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; NDS; QL (60 per 30 days)
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	5	NDS; QL (560 per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; 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; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	5	PA; 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; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

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

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>		2	QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol (Wixela Inhub) inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>		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)
Antileucotrilinos			
<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			
<i>AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION</i>		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</i>		2	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</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
<i>ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION</i>	(umeclidinium-vilanterol)	3	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	4	QL (25.8 per 28 days)
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	2	
<i>tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg</i> (Spiriva with HandiHaler)	2	QL (30 per 30 days)
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
<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	
<i>EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %</i>	3	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	2	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
<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>	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>	2	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<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	
<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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
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	NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	5	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; NDS
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, (isotretinoin) 30 mg, 40 mg</i>	2	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab (Clindacin ETZ) 1 %</i>	2	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %</i>	2	
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	2	
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 % (Rosadan)</i>	2	
<i>metronidazole topical gel 0.75 % (Rosadan)</i>	2	
<i>metronidazole topical gel 1 % (Metrogel)</i>	2	
<i>mupirocin topical ointment 2 % (Centany)</i>	1	QL (220 per 30 days)
<i>neuac topical gel 1.2 %(1 % base) -5 (clindamycin-benzoyl peroxide)</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i> (metronidazole)	2	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	2	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (SSD)	2	
<i>ssd topical cream 1 %</i> (silver sulfadiazine)	4	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	2	
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	2	QL (60 per 30 days)
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	2	
<i>ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %</i>	4	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> (Tazorac)	2	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Avita)	2	PA
<i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	2	PA
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	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>kionex (with sorbitol) oral suspension 15-19.3 gram/60 ml, 15-20 gram/60 ml</i>	2	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml (Constulose)</i>	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 (Anti-Diarrheal (loperamide))</i>	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</i>	2	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	2	
<i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i> (Reltone)	5	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; NDS; QL (84 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Enlaces De Fosfato		
calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg	2	
calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg	2	
sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram	(Renvela)	2
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	(Renvela)	2
sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg		2
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML		3
gavilyte-c oral recon soln 240-22.72- 6.72 -5.84 gram	(peg 3350-electrolytes)	2
gavilyte-g oral recon soln 236-22.74- 6.74 -5.86 gram	(peg 3350-electrolytes)	2
gavilyte-n oral recon soln 420 gram	(peg-electrolyte soln)	2
peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	(GaviLyte-G)	2
peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram	(GaviLyte-N)	2
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram	(Suprep Bowel Prep Kit)	3
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)		2
SUTAB ORAL TABLET 1.479- 0.188- 0.225 GRAM		3

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin oral tablet extended release (Uroxatral) 24 hr 10 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg (Avodart)</i>	2	
<i>finasteride oral tablet 5 mg (Proscar)</i>	1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg (Flomax)</i>	1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg (Toviaz)</i>	2	
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>MYRBETRIQ ORAL TABLET (mirabegron) EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg (Vesicare)</i>	1	
<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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modifi cador		
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>	1	
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i>	(Levo-T)	1
<i>liothyronine oral tablet 25 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
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>		2
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>		PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	(Vogelxo)	2
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	(AndroGel)	2
		PA; QL (300 per 30 days)
		PA; QL (150 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5 gram), 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		
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> (Yuvafem)	2	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	2	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg</i> (Mimvey)	2	
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	2	
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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/Mineralocorticoide		
<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</i> (Cortef) <i>mg, 5 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone acetate injection</i> (Depo-Medrol) <i>suspension 40 mg/ml</i>	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16</i> (Medrol) <i>mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i>	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	2	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	2	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<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>	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>	2	
Pituitario		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NDS; QL (35 per 28 days)
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 UNIT/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (15 per 30 days)
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 UNIT/ML	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; 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>	2	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i> (Somatuline Depot)	5	PA NSO; NDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA; NDS
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; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	2	
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i> (Sandostatin)	2	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	5	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	(lanreotide) 5	PA NSO; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	(lanreotide) 5	PA NSO; NDS; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; 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	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	2	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Provera)	1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	2	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i> (Gallifrey)	2	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5	PA; 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; NDS
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5	PA; NDS
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG	4	PA BvD
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 5 MG	5	PA BvD; 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; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	5	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	5	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	5	PA; NDS
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	5	PA; NDS
<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; NDS
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS- (adalimumab-adbm) UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	5	PA; NDS
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	5	PA; NDS
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral</i> (Zortress) tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	5	PA BvD; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	5	PA BvD; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (cyclosporine modified)	2	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i> (cyclosporine modified)	2	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; 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; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; 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; 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; NDS; Only NDCs starting with 00074
<i>infliximab intravenous recon soln</i> (Remicade) <i>100 mg</i>	5	PA; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	5	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	2	
<i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	5	PA BvD; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i>	2	PA BvD
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA BvD; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	5	PA; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	5	PA; 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; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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; NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NDS; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NDS
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aekn) SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aekn) SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	5	PA BvD; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	PA BvD
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN Injector 150 MG/ML	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.83 ML	5	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2)	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5	PA; NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML (ustekinumab)	5	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab)	5	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (ustekinumab)	5	PA; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	2	PA BvD
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)	5	PA; NDS
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	5	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	5	PA; NDS
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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; NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	5	PA; NDS
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; 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; NDS
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC- HS SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Vacunas		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	\$0 copay
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	\$0 copay
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
AREXVY ANTIGEN COMPONENT 120 MCG	3	\$0 copay
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	3	\$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5- 8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	\$0 copay

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	3	PA BvD; \$0 copay
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25- 58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	3	\$0 copay
IXCHIQ (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1,000 TCID50/0.5 ML	3	\$0 copay
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	3	\$0 copay
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	3	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	3	\$0 copay
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	3	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	3	
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML, 15LF- 20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	3	
PREHEVBRIOS (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	3	PA BvD; \$0 copay
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	3	\$0 copay
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	3	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	3	\$0 copay
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	3	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR (typhoid vi polysacch SYRINGE 25 MCG/0.5 ML vaccine)	3	\$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	3	\$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	3	\$0 copay
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	3	\$0 copay

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	3	\$0 copay
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	3	\$0 copay
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT	3	\$0 copay
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	3	\$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	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Azopt)	2	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	2	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i> (Cosopt)	2	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i> (Xalatan)	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
LUMIGAN OPHTHALMIC (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 OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	3	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	3	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (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 0.004 %</i> (Travatan Z)	2	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	4	QL (5 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 (Polycin) (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	2	
<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 (Vigamox) 0.5 %</i>	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>	2	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400- 10,000 mg-unit-unit/g</i>	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<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	
<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>	(Ocuflax)	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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
<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; NDS; QL (10 per 42 days)	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	4		
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
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %	(Prolensa)	2	
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %	(BromSite)	2	
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %		2	
cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %	(Restasis)	2	QL (60 per 30 days)
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %		2	
diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %		2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops</i> (Durezol) 0.05 %	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> (DermOtic Oil) drops 0.01 %	2	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye)</i> (FML Liquifilm) drops,suspension 0.1 %	4	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye)</i> drops 0.03 %	2	
<i>fluticasone propionate nasal</i> (24 Hour Allergy Relief) spray,suspension 50 mcg/actuation	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)
<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</i> (Lotemax) (eye) drops,gel 0.5 %	2	QL (10 per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic</i> (Alrex) (eye) drops,suspension 0.2 %	2	ST
<i>loteprednol etabonate ophthalmic</i> (eye) drops,suspension 0.5 %	2	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol</i> 50 mcg/actuation (Allergy Nasal (mometasone))	2	QL (34 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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> (Astupro 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)
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 %	3	QL (12 per 28 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Eye Allergy Itch-Redness Rlf)	2	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i> (Eye Allergy Itch Relief)	2	
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
BAQSIMI NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION	3	
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i> (Cystadane)	5	PA; NDS
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA; NDS
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	2	
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i> (Endari)	5	PA; 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 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 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	NDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i> (Rectiv)	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; NDS; QL (56 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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; 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; 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; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	2	PA; QL (360 per 30 days)
<i>sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Viagra)	2	EX; CB (6 EA 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; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)	
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	5	PA; NDS	
Analgésicos			
Agentes Antiinflamatorios No Esteroides			
<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; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg</i>	(Arthrotec 50)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 75-200 mg-mcg</i>	(Arthrotec 75)	2	
<i>ec-naproxen dr 375 mg tablet</i>	(naproxen)	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>	(Lurbipr)	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 oral solution 120-12 mg/5 ml</i>		1	QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>		2	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>		2	QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i>	(Butrans)	2	QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>		2	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	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	(oxycodone-acetaminophen)	2	QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	(oxycodone-acetaminophen)	2	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; 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	QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml</i>		2	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>		2	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>		2	QL (240 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg (Dilaudid)	2	QL (180 per 30 days)
methadone oral tablet 10 mg	2	QL (120 per 30 days)
methadone oral tablet 5 mg	2	QL (180 per 30 days)
morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)	2	PA; QL (180 per 30 days)
morphine oral solution 10 mg/5 ml	2	QL (700 per 30 days)
morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	2	QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	4	QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	4	QL (120 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg	2	QL (60 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg (MS Contin)	2	QL (90 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 60 mg (MS Contin)	2	QL (60 per 30 days)
oxycodone oral capsule 5 mg	2	QL (180 per 30 days)
oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg	2	QL (180 per 30 days)
oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg (Roxicodone)	2	QL (120 per 30 days)
oxycodone oral tablet 20 mg	2	QL (120 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet (Endocet) 10-325 mg	2	QL (180 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet (Endocet) 2.5-325 mg, 5-325 mg	2	QL (360 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet (Endocet) 7.5-325 mg	2	QL (240 per 30 days)
tramadol oral tablet 50 mg	1	QL (240 per 30 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	2	QL (300 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites	
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>	2	QL (30 per 30 days)	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	2	QL (30 per 30 days)	
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	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>	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>	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; 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; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	(Syprine)	5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)

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

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	
<i>ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML</i>	5	PA; NDS; QL (235.2 per 28 days)
<i>gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 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	NDS
<i>TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG</i>	5	NDS; QL (224 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	5	PA BvD; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	2	
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, (Cleocin HCl) 300 mg, 75 mg</i>	2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i>	2	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i>	5	NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg</i>	5	NDS
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i>	2	
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	5	NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	2	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	2	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i>	2	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 1.25 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	2	QL (56 per 14 days)
<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; 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; 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 intravenous recon soln 1 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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<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	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	2	
<i>cefoxitin intravenous recon 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	2	
<i>cefpodoxime 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 (Tazicef)</i>	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 (ceftazidime)</i>	2	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	5	NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
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	
<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	5	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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
<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	
<i>BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML</i>	4	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT</i>	4	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LETOCILIN S INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT	4	
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	2	
<i>penicillin g potassium injection recon (Pfizerpen-G) soln 20 million unit</i>	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	
<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, (Cipro) 500 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag suv, p/f, outer</i>	2	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	2	
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i>	2	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i>	1	
Tetraciclinas		
<i>demeclacycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	2	
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 150 mg, 20 mg, 75 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 75 mg (Mondoxyne NL)</i>	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 (Avidoxy)</i>	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 (Tygacil)</i>	5	NDS
Anticonceptivos		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg (levonorgestrel-ethinyl estrad)</i>	2	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg (levonorgestrel-ethinyl estrad)</i>	2	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg (norethindrone-ethin estradiol)</i>	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) (levonorgestrel-ethinyl estrad)</i>	2	
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg (desogestrel-ethinyl estradiol)</i>	2	
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg (levonorgestrel-ethinyl estrad)</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg (norethindrone ac-eth estradiol)	2	
aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg (norethindrone ac-eth estradiol)	2	
aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) (norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	
aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) (norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	
aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) (norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 (desog-e.estriadiol/e.estriadiol)	2	
blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) (norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	
blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) (norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	
blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) (norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	
camila oral tablet 0.35 mg (norethindrone (contraceptive))	2	
chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg (norgestrel-ethinyl estradiol)	2	
cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg (norethindrone-ethin estradiol)	2	
cyclafem 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<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	
<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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<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.estriol-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.estriol-iron)	2	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estriol-iron)	2	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estriol-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	
<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>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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
juleber oral tablet 0.15-0.03 mg (desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg (norethindrone ac-eth estradiol)	2	
junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg (norethindrone ac-eth estradiol)	2	
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) (norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) (norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	
junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) (norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 (desog-e.estriadiol/e.estriadiol)	2	
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg (ethynodiol diac-eth estradiol)	2	
kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg (ethynodiol diac-eth estradiol)	2	
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG	4	
larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg (norethindrone ac-eth estradiol)	2	
larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg (norethindrone ac-eth estradiol)	2	
larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) (norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	
larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) (norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	
larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) (norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>larissa 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.estriadiol-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	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (norgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>lulera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>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.estriadiol-iron)	2	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	
<i>mini 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-linyah oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG		3	
<i>norelgesterom-in-ethin.estriadiol 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	
<i>norethindrone-e.estriadiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Eurovela Fe 1-20 (28))	2	
<i>norethindrone-e.estriadiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Eurovela Fe 1.5/30 (28))	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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-Estarrylla)	2
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(Tri-Estarrylla)	2
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(Estarrylla)	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>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
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites	
xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(norelgestromin-ethin.estriadiol)	2	QL (3 per 28 days)
zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(norelgestromin-ethin.estriadiol)	2	QL (3 per 28 days)
zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	
zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	
Anticonvulsivos			
Anticonvulsivos			
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)	
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)	
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)	
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg	(Carbatrol)	2	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml	(Tegretol)	2	
carbamazepine oral tablet 200 mg	(Epitol)	2	
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg	(Tegretol XR)	2	
carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg, 200 mg		2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG		5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG		5	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG		5	PA NSO; 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 release 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	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA NSO; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>	(carbamazepine)	2	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML		4	ST
<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; NDS

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

Nombre del Medicamento		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; NDS; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG		5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG		4	ST; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG		5	ST; 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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	2	
<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>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 significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

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; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	2	ST
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	5	ST; NDS
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA BvD; 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; 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 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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	2	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1ML), 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	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Vigadron)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Vigadron)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadron oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadron oral tablet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; 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	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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; NDS; QL (1080 per 30 days)
Antidepresivos		
Antidepresivos		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	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; 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>	2	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	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)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<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)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg (Cymbalta)</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; 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 (Lexapro)</i>	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, 40 mg (Prozac)</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	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg (Remeron)</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet,disintegrating (Remeron SolTab) 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	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 (Pamelor)</i>	1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml (Paxil)</i>	2	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg (Paxil)</i>	1	
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg (Paxil CR)</i>	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 (Nardil)</i>	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 (Zoloft)</i>	2	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg (Zoloft)</i>	1	
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	5	PA NSO; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<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>	2	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<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; NDS; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	5	PA NSO; 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; 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	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<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)
<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	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg</i>	(Diflucan)	2	
<i>fluconazole oral tablet 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>		2	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	(Ancobon)	5	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, 250 mg</i>		2	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 165 mg</i>	(Fulvicin P/G)	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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>		1	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i>	(Vfend IV)	5	PA BvD; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	(Vfend)	5	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>		2	
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	(Vfend)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg (24HR Allergy Relief)</i>	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	
<i>PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG</i>	4	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	2	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg (Rifadin)</i>	2	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	
<i>SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG</i>	5	PA; NDS
<i>TRECATOR ORAL TABLET 250 MG</i>	4	
Antivirales (Sítémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml (Ziagen)</i>	2	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	2	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5	NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	2	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	2	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	5	NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofovir disop oral tablet 400-300-300 mg</i>	5	NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofovir disop oral tablet 600-300-300 mg</i>	5	NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	2	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	5	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg</i>	2	
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	NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	5	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	5	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	3	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5	NDS
<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	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)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	3	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	5	NDS
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	5	PA BvD; NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	5	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	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	5	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	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	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	5	NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	5	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	NDS
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	4	
<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; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 (sofosbuvir-velpatasvir) MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 (ledipasvir-sofosbuvir) MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
Antivirales, Varios		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	5	PA; 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)
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; 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	NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
Nucleósidos Y Nucleótidos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites	
<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		
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i> (Valcyte)	5	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; 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 PNTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
1ST TIER UNIFINE PNTP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 (insulin syringe-needle 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	PA; ST
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "	2	PA; ST
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 (insulin syringe-needle 12.7MMX30G 0.3 ML 30 GAUGE u-100) X 1/2"	2	PA; ST
BD INS SYR UF 0.5 ML (insulin syringe-needle 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL u-100) SALE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
BD INS SYRN UF 1 ML (insulin syringe-needle 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL u-100) SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
BD INS SYRNG UF 0.3 ML (insulin syringe-needle 8MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD INS SYRNG UF 0.5 ML 8MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(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 INSULIN SYRINGE U-500 SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin u-500 syringe- needle)	2	PA; ST
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	(Easy Touch Luer Lock Insulin)	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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
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

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
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 31G X 5/16" NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	(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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2 " (gauze bandage)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY,MEDIUM	(alcohol swabs)	1	PA; ST
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "		1	PA; ST
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 PLY) 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "		1	PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "		1	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 29G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 3.5MM 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
DROPLET PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

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

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	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

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30	(Ultra Comfort 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
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	2	PA; ST
FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	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 ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE		2	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Droplet Insulin Syr(half unit))	2	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 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 SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	2	PA; ST
INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" OUTER 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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" (RX) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(BD Eclipse Luer-Lok)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Droplet Insulin Syringe)	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
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(Monoject Syringe)	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", 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	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"	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
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE (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
LITETOUGH INS 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 significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100	2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	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
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
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 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 KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
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 NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16"	(Embrace Pen Needle)	2	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16"	(CareFine Pen Needle)	2	PA; ST
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X 1/4"	(1st Tier Unifine Pentips)	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
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
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 0.5 ML SYR 1/2 ML 29	(Ultilet Insulin Syringe)	2	PA; ST
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"		2	PA; ST
RELION MINI PEN 31G X 1/4" NDL 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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 31 GAUGE X 5/32" (Comfort EZ PRO Safety Pen Ndl)	2	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
SECURESAFE 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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
ULTICARE SYR 0.3 ML 29G 12.7MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle 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
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPEK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"		2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPEK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"		2	PA; ST
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB	(alcohol swabs)	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
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle 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 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle 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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST	
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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			
d5 % (<i>d</i> -glucose)-0.9 % sodchl <i>intravenous parenteral solution</i>	(d5 % and 0.9 % sodium chloride)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i> (D5 % (d-glucose)-0.9 % sodchl)	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
<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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>potassium citrate oral tablet extended (Urocit-K 10) release 10 meq (1,080 mg)</i>	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended (Urocit-K 15) release 15 meq</i>	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 Para La Tos Y Resfriado		
Productos Para La Tos Y Resfriado		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	2	EX
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg (Agrylin)</i>	2	
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	2	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	2	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 (Pradaxa) mg, 150 mg, 75 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)</i>	3	
<i>ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG</i>	3	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (74 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml (Lovenox)	2	QL (60 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml (Lovenox)	2	QL (48 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml (Lovenox)	2	QL (18 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml (Lovenox)	2	QL (24 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml (Lovenox)	2	QL (36 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml (Arixtra)	5	NDS; QL (24 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml (Arixtra)	2	QL (15 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml (Arixtra)	5	NDS; QL (12 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml (Arixtra)	5	NDS; QL (18 per 30 days)
heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml	2	
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg (warfarin)	1	
warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg (Jantoven)	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	3	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XARELTO ORAL SUSPENSION 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, (ticagrelor) 90 MG	3	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg (Plavix)</i>	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 (Effient)</i>	2	QL (30 per 30 days)
Modificadores De Formación De Sangre		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	5	PA; NDS; QL (20 per 30 days)
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	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 significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

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 (sapropterin)</i>	5	PA; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg (Orfadin)</i>	5	PA; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5	PA BvD; NDS
<i>sapropterin oral tablet,soluble 100 mg (Javygtor)</i>	5	PA; NDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; 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 significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

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>cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution</i> (Dodex)	2	EX
<i>dodex injection solution 1,000 mcg/ml</i> (cyanocobalamin (vitamin b-12))	2	EX
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)</i>	2	EX
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	2	EX
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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 (pnv,calcium 72-iron-folic acid)</i>	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	
<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 (pnv,calcium 72-iron-folic acid)</i>	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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg</i>	2		
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-I-430 mg</i>	2		
<i>prena1 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		
<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 ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 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		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i>	2	
<i>vitafol nano 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 softgel (rx) 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 significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 06/01/2025

Identificación del Formulario: 25198.000

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS	153	<i>afirmelle</i>	123	<i>amlodipine-benazepril</i>	53
1ST TIER UNIFINE PENTIPS		AIMOVIG AUTOINJECTOR...	33	<i>amlodipine-olmesartan</i>	53
PLUS.....	153, 154	AIRSUPRA.....	68, 69	<i>amlodipine-valsartan</i>	53
<i>abacavir</i>	145	AJOVY AUTOINJECTOR.....	33	<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i>	53
<i>abacavir-lamivudine</i>	145	AJOVY SYRINGE.....	33	<i>ammonium lactate</i>	74
ABELCET.....	142	AKEEGA.....	3	<i>amoxapine</i>	139
ABILIFY ASIMTUFII.....	38, 39	<i>ala-cort</i>	71	<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz.</i>	76
ABILIFY MAINTENA.....	39	<i>albendazole</i>	36	<i>amoxicillin</i>	119, 120
<i>abiraterone</i>	3	<i>albuterol sulfate</i>	69	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	120
<i>abirtega</i>	3	ALCOHOL PADS.....	155	<i>amphotericin b</i>	142
ABOUTTIME PEN NEEDLE	154	ALCOHOL PREP PADS.....	178	<i>amphotericin b liposome</i>	142
ABRYSVO (PF).....	95	ALCOHOL PREP SWABS.....	155	<i>ampicillin</i>	120
<i>acamprosate</i>	23	ALCOHOL SWABS.....	155	<i>ampicillin sodium</i>	120
<i>acarbose</i>	26	ALCOHOL WIPES.....	155	<i>ampicillin-sulbactam</i>	120
<i>acebutolol</i>	48	ALECENSA.....	3	<i>anagrelide</i>	207
<i>acetaminophen-codeine</i>	111	<i>alendronate</i>	60	<i>anastrozole</i>	3
<i>acetazolamide</i>	101	<i>alfuzosin</i>	80	ANKTIVA	3
<i>acetazolamide sodium</i>	101	<i>aliskiren</i>	58	ANORO ELLIPTA	69
<i>acetic acid</i>	103	<i>allopurinol</i>	32, 33	<i>aprepitant</i>	35
<i>acetylcysteine</i>	66	<i>alosetron</i>	59	APRETUDE	146
<i>acitretin</i>	74	<i>alprazolam</i>	24	<i>apri</i>	123
ACTEMRA.....	87	ALREX.....	105	APTIOM	133
ACTEMRA ACTPEN.....	87	<i>altavera (28)</i>	123	APTIVUS	146
ACTHAR.....	84	ALTRENO	76	AQINJECT PEN NEEDLE	155
ACTHAR SELFJECT	84	ALUNBRIG	3	ARCALYST	87
ACTHIB (PF).....	95	ALVAIZ	209	AREXVY (PF)	95
ACTIMMUNE.....	107	<i>alyacen 1/35 (28)</i>	123	AREXVY ANTIGEN	
<i>acyclovir</i>	74, 152, 153	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	123	COMPONENT	95
<i>acyclovir sodium</i>	153	ALYFTREK	66	ARIKAYCE	115
ADACEL(TDAP		<i>alyq</i>	109	<i>aripiprazole</i>	39
ADOLESN/ADULT)(PF).....	95	<i>amantadine hcl</i>	37	ARISTADA	39, 40
<i>adapalene</i>	76	<i>amethyst (28)</i>	123	ARISTADA INITIO	39
<i>adefovir</i>	153	<i>amikacin</i>	115	<i>armodafnil</i>	61
ADEMPAS.....	109	<i>amiloride</i>	56	ARNUITY ELLIPTA	68
<i>adrucil</i>	3	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	56	<i>asenapine maleate</i>	40
ADVAIR HFA.....	68	<i>amiodarone</i>	48	<i>aspirin-dipyridamole</i>	209
ADVOCATE PEN NEEDLE		<i>amitriptyline</i>	139	ASSURE ID DUO PRO SFTY	
.....	154, 155	<i>amlodipine</i>	53	PEN NDL	155
ADVOCATE SYRINGES.....	154	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	54	ASSURE ID DUO-SHIELD....	155

ASSURE ID INSULIN	
SAFETY	155, 156
ASSURE ID PEN NEEDLE.....	155
ASSURE ID PRO PEN	
NEEDLE.....	156
ASTAGRAF XL.....	87
atazanavir.....	146
atenolol.....	48
atenolol-chlorthalidone.....	48
atomoxetine.....	61, 62
atorvastatin.....	54
atovaquone.....	36
atovaquone-proguanil.....	36
atropine.....	107
ATROVENT HFA.....	70
aubra eq.....	123
AUGTYRO.....	3
aurovela 1.5/30 (21).....	124
aurovela 1/20 (21).....	124
aurovela 24 fe.....	124
aurovela fe 1.5/30 (28).....	124
aurovela fe 1-20 (28).....	124
AUSTEDO.....	62
AUSTEDO XR.....	62
AUSTEDO XR TITRATION	
KT(WK1-4).....	62
AUTOSHIELD DUO PEN	
NEEDLE.....	156
AUVELITY.....	139
aviane.....	124
AVONEX.....	62
AXTLE.....	3
ayuna.....	124
AYVAKIT.....	3
azacitidine.....	4
azathioprine.....	87
azathioprine sodium.....	87
azelastine.....	107
azithromycin.....	119
aztreonam.....	117
azurette (28).....	124
bacitracin.....	103
baclofen.....	212
bal-care dha.....	212
bal-care dha essential.....	212
balsalazide.....	59
BALVERSA.....	4
BAQSIMI.....	108
BCG VACCINE, LIVE (PF).....	95
BD ALCOHOL SWABS.....	158
BD AUTOSHIELD DUO PEN	
NEEDLE.....	156
BD ECLIPSE LUER-LOK.....	156
BD INSULIN SYRINGE.....	157
BD INSULIN SYRINGE	
(HALF UNIT).....	156
BD INSULIN SYRINGE SLIP	
TIP.....	157
BD INSULIN SYRINGE U-	
500.....	157
BD INSULIN SYRINGE	
ULTRA-FINE.....	156, 157
BD NANO 2ND GEN PEN	
NEEDLE.....	157
BD SAFETYGLIDE INSULIN	
SYRINGE.....	157, 158
BD SAFETYGLIDE SYRINGE	
.....	158
BD ULTRA-FINE MICRO	
PEN NEEDLE.....	158
BD ULTRA-FINE MINI PEN	
NEEDLE.....	158
BD ULTRA-FINE NANO PEN	
NEEDLE.....	158
BD ULTRA-FINE ORIG PEN	
NEEDLE.....	158
BD ULTRA-FINE SHORT	
PEN NEEDLE.....	158
BD VEO INSULIN SYR	
(HALF UNIT).....	158
BD VEO INSULIN SYRINGE	
UF.....	158, 159
BELSOMRA.....	61
benazepril.....	57
benazepril-hydrochlorothiazide	
.57	
bendamustine.....	4
BENDAMUSTINE.....	4
BENDEKA.....	4
BENLYSTA.....	87
benzonatate.....	207
benztropine.....	37
BESREMI.....	87
betaine.....	108
betamethasone dipropionate	
.71, 72	
betamethasone valerate.....	72
betamethasone, augmented.....	72
BETASERON.....	62
betaxolol.....	101
bethanechol chloride.....	80
bexarotene.....	4
BEXZERO.....	95
bicalutamide.....	4
BICILLIN L-A.....	120
BIKTARVY.....	146
bimatoprost.....	101
bisoprolol fumarate.....	48
bisoprolol-hydrochlorothiazide	
.49	
BIZENGRI.....	4
bleomycin.....	4
blisovi 24 fe.....	124
blisovi fe 1.5/30 (28).....	124
blisovi fe 1/20 (28).....	124
BOOSTRIX TDAP.....	95
BORDERED GAUZE.....	159
bortezomib.....	4
BORUZU.....	4
bosentan.....	109
BOSULIF.....	4, 5
BRAFTOVI.....	5
BREO ELLIPTA.....	68
breyna.....	68
BREZTRI AEROSPHERE.....	70
BRILINTA.....	209
brimonidine.....	101
brimonidine-timolol.....	101

<i>brinzolamide</i>	102	CARETOUCH PEN NEEDLE	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	103
BRIVIACT	133	.....	<i>citalopram</i>	139
<i>bromfenac</i>	105	<i>carglumic acid</i>	<i>clarithromycin</i>	119
<i>bromocriptine</i>	37	<i>carteolol</i>	CLENPIQ	79
BRONCHITOL	66	<i>cartia xt</i>	CLICKFINE PEN NEEDLE	160
BRUKINSA	5	<i>carvedilol</i>	<i>clindamycin hcl</i>	116
<i>budesonide</i>	59, 68	CAYSTON	<i>clindamycin phosphate</i>	75, 115, 116
<i>budesonide-formoterol</i>	68	<i>cefaclor</i>	<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>	75
<i>bumetanide</i>	56	<i>cefadroxil</i>	CLINIMIX 6%-D5W	
<i>buprenorphine</i>	112	<i>cefazolin</i>	(SULFITE-FREE)	46
<i>buprenorphine hcl</i>	23	<i>cefdinir</i>	CLINIMIX 8%-	
<i>buprenorphine-naloxone</i>	23	<i>cefepime</i>	D10W(SULFITE-FREE)	47
<i>bupropion hcl</i>	139	<i>cefixime</i>	CLINIMIX 8%-	
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	23	<i>cefoxitin</i>	D14W(SULFITE-FREE)	47
<i>buspirone</i>	108	<i>cefpodoxime</i>	CLINIMIX E 8%-D10W	
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod.</i>	112	<i>cefprozil</i>	SULFITEFREE	47
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i>	112	<i>ceftazidime</i>	CLINIMIX E 8%-D14W	
CABENUVA	146	<i>ceftriaxone</i>	SULFITEFREE	47
<i>cabergoline</i>	37	<i>cefuroxime axetil</i>	<i>clobazam</i>	134
CABOMETYX	5	<i>cefuroxime sodium</i>	<i>clobetasol</i>	72
<i>cabotegravir</i>	146	<i>celecoxib</i>	<i>clobetasol-emollient</i>	72
<i>calcipotriene</i>	74	<i>cephalexin</i>	<i>clomipramine</i>	139
<i>calcitonin (salmon)</i>	60	<i>cevimeline</i>	<i>clonazepam</i>	24, 25
<i>calcitriol</i>	60	<i>chateal eq (28)</i>	<i>clonidine</i>	47
<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	79	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	<i>clonidine hcl</i>	47
CALQUENCE	5	<i>chlorhexidine gluconate</i>	<i>clopidogrel</i>	209
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	5	<i>chloroquine phosphate</i>	<i>clorazepate dipotassium</i>	25
<i>camila</i>	124	<i>chlorpromazine</i>	<i>clotrimazole</i>	142, 143
<i>candesartan</i>	52	<i>chlorthalidone</i>	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	143
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	52	<i>cholestyramine (with sugar)</i>	<i>clozapine</i>	40
CAPLYTA	40	<i>cholestyramine light</i>	<i>c-nate dha</i>	212
CAPRELSA	5	<i>ciclopirox</i>	COARTEM	36
<i>captopril</i>	57	<i>cilostazol</i>	COBENFY	40
<i>carbamazepine</i>	133	CIMDUO	COBENFY STARTER PACK	40
<i>carbidopa-levodopa</i>	37, 38	<i>cimetidine hcl</i>	<i>colchicine</i>	33
CAREFINE PEN NEEDLE	159	CIMZIA	<i>colesevelam</i>	54
CARETOUCH ALCOHOL		CIMZIA POWDER FOR	<i>colestipol</i>	54
PREP PAD	159	RECONST	<i>colistin (colistimethate na)</i>	116
CARETOUCH INSULIN		<i>cinacalcet</i>	COMBIVENT RESPIMAT	70
SYRINGE	160	CINQAIR	COMETRIQ	5
		<i>ciprofloxacin hcl</i>	COMFORT EZ INSULIN	
		<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	SYRINGE	160, 161, 162, 163

COMFORT EZ PEN	
NEEDLES.....	161, 162
COMFORT EZ PRO SAFETY	
PEN NDL	162
COMFORT TOUCH PEN	
NEEDLE.....	163
COMPLERA.....	146
completenate.....	212
compro.....	35
constulose.....	77
COPIKTRA.....	5
CORLANOR.....	51
CORTROPHIN GEL.....	84
COSENTYX.....	88, 108
COSENTYX (2 SYRINGES)....	88
COSENTYX PEN (2 PENS).....	88
COSENTYX UNOREADY	
PEN.....	88
COTELLIC.....	5
CREON.....	211
cromolyn.....	66, 77, 107
cryselle (28).....	124
CURAD GAUZE PAD.....	163
CURITY ALCOHOL SWABS	164
CURITY GAUZE.....	164
cyanocobalamin (vitamin b-12)	212
cyclafem 1/35 (28).....	124
cyclafem 7/7/7 (28).....	124
cyclobenzaprine.....	212
cyclophosphamide.....	5, 6
cyclosporine.....	88, 105
cyclosporine modified.....	88
CYLTEZO(CF).....	89
CYLTEZO(CF) PEN.....	89
CYLTEZO(CF) PEN	
CROHN'S-UC-HS.....	88
PSORIASIS-UV.....	88
cyred eq.....	125
d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchl.....	205
d5 % and 0.9 % sodium	
chloride.....	206
d5 %-0.45 % sodium chloride..	206
dabigatran etexilate.....	207
dalfampridine.....	62
danazol.....	81
dantrolene.....	212
DANYELZA.....	6
DANZITEN.....	6
dapsone.....	145
DAPTACEL (DTAP	
PEDIATRIC) (PF).....	96
daptomycin.....	116
darunavir.....	146
dasatinib.....	6
dasetta 1/35 (28).....	125
dasetta 7/7/7 (28).....	125
DATROWAY.....	6
DAURISMO.....	6
deblitane.....	125
decitabine.....	6
deferasirox.....	114
DELSTRIGO.....	146
demeclocycline.....	122
DENGVAXIA (PF).....	96
denta 5000 plus	71
dentagel.....	71
DEPO-SUBQ PROVERA 104...86	
DERMACEA.....	164
DERMACEA NON-WOVEN..	164
dermacinrx lidocan	114
DESCOZY	146
desipramine.....	139
desmopressin.....	84
desog-e.estradiol/e.estradiol	125
desogestrel-ethinyl estradiol....	125
desvenlafaxine succinate.....	139
dexamethasone.....	83
dexamethasone sodium	
phosphate.....	83, 105
dextroamphetamine-	
amphetamine.....	63
dextrose 5 % in water (d5w).....	47
DIACOMIT.....	134
diazepam.....	25, 134
diazepam intensol.....	25
diazoxide.....	108
diclofenac epolamine.....	110
diclofenac potassium.....	110
diclofenac sodium.....	105, 110
diclofenac-misoprostol....	110, 111
dicloxacillin.....	120
dicyclomine.....	77
didanosine.....	146
DIFICID.....	119
difluprednate.....	106
digoxin.....	51
dihydroergotamine.....	33
diltiazem hcl.....	50
dilt-xr.....	50
dimethyl fumarate.....	63
diphenoxylate-atropine	77
dipyridamole.....	209
disulfiram.....	24
divalproex.....	134
dodox.....	212
dofetilide.....	48
dolishale.....	125
donepezil.....	25, 26
dorzolamide.....	102
dorzolamide-timolol.....	102
DOVATO.....	147
doxazosin.....	47
doxepin.....	140
doxorubicin, peg-liposomal	6
doxy-100.....	122
doxycycline hyclate	122
doxycycline monohydrate.	122, 123
DRIZALMA SPRINKLE.....	140
dronabinol.....	35
DROPLET INSULIN	
SYR(HALF UNIT).....	164, 165
DROPLET INSULIN	
SYRINGE.....	164, 165, 166

DROPLET MICRON PEN NEEDLE	166	EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE	172, 173	<i>enpresse</i>.....125
DROPLET PEN NEEDLE	166, 167	EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN	171	<i>enskyce</i>.....125
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	167	EASY TOUCH UNI-SLIP	173	<i>entacapone</i>.....38
DROPSAFE INSULIN SYRINGE	167	<i>ec-naproxen</i>.....111	153	<i>entecavir</i>
DROPSAFE PEN NEEDLE	167, 168	<i>econazole nitrate</i>.....143	ENTRESTO.....52	ENTRESTO SPRINKLE.....52
<i>droxidopa</i>.....47		EDURANT.....147	<i>enulose</i>.....77	<i>EPCLUSA</i>.....151
DUAVEE.....82		<i>efavirenz</i>.....147	<i>EPIDIOLEX</i>.....134	<i>epinastine</i>.....107
<i>duloxetine</i>.....140		<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir</i> ..147	<i>epinephrine</i>.....51	<i>epitol</i>.....134
DUPIXENT PEN	89	<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> ..147	EPIVIR HBV.....147	EPIKINLY.....7
DUPIXENT SYRINGE	89	ELAHERE.....6	<i>eplerenone</i>.....58	EPRONTIA.....134
<i>dutasteride</i>.....80		ELIGARD.....7	ERBITUX.....7	<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i>.....212
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	169	ELIGARD (3 MONTH).....6	<i>ergoloid</i>.....26	<i>ERIVEDGE</i>.....7
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	168, 169, 170	ELIGARD (4 MONTH).....6	ERLEADA.....7	<i>erlotinib</i>.....7
EASY COMFORT PEN NEEDLES	169	ELIGARD (6 MONTH).....7	<i>errin</i>.....125	<i>ertapenem</i>.....117
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	168	<i>elining</i>.....125	<i>erythromycin</i>.....103, 119	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>....119
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE	170	ELIQUIS DVT-PE TREAT	<i>erythromycin with ethanol</i>.....75	<i>erythromycin with ethanol</i>.....75
EASY GLIDE PEN NEEDLE..170		30D START.....207	ERZOFRI.....40, 41	<i>escitalopram oxalate</i>.....140
EASY TOUCH	172	ELREXFIO.....7	<i>esomeprazole magnesium</i>.....76	<i>estarylla</i>.....125
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	171	<i>eluryng</i>.....125	<i>estradiol</i>.....82	<i>estradiol-norethindrone acet</i>....82
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN	171	EMBRACE PEN NEEDLE.....173	<i>eszopiclone</i>.....61	<i>ethambutol</i>.....145
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE	171	EMCYT.....7	<i>ethosuximide</i>.....134	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> ...126
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR	170	EMGALITY PEN.....33	<i>etodolac</i>.....111	<i>etongestrel-ethinyl estradiol</i> ...126
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE	170, 171, 172, 173	EMGALITY SYRINGE.....33	ETOPOPHOS.....7	<i>etoposide</i>.....7
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN	172	<i>emoquette</i>.....125	<i>etravirine</i>.....147	
EASY TOUCH PEN NEEDLE	172	EMSAM.....140		
		<i>emtricitabine</i>.....147		
		<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>....147		
		EMTRIVA.....147		
		<i>emzahh</i>.....125		
		<i>enalapril maleate</i>.....57		
		<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>....57		
		ENBREL.....89		
		ENBREL MINI.....89		
		ENBREL SURECLICK.....89		
		<i>endocet</i>.....112		
		ENGERIX-B (PF).....96		
		ENGERIX-B PEDIATRIC (PF).96		
		<i>enilloring</i>.....125		
		<i>enoxaparin</i>.....208		

EUCRISA	72	<i>flouxuridine</i>	8	GARDASIL 9 (PF)	96
EULEXIN	8	<i>fluconazole</i>	143	GAUZE PAD	174
everolimus (antineoplastic)	8	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i>	143	<i>gavilyte-c</i>	79
everolimus (immunosuppressive)	89	<i>flucytosine</i>	143	<i>gavilyte-g</i>	79
EVOTAZ	147	<i>fludrocortisone</i>	83	<i>gavilyte-n</i>	79
exemestane	8	<i>flunisolide</i>	106	GAVRETO	9
EXTENCILLINE	120	<i>fluocinolone</i>	72, 73	<i>gefitinib</i>	9
EYSUVIS	106	<i>fluocinolone acetonide oil</i>	106	<i>gemfibrozil</i>	55
ezetimibe	54	<i>fluocinonide</i>	73	<i>generlac</i>	77
ezetimibe-simvastatin	54	<i>fluoride (sodium)</i>	71	<i>gengraf</i>	89
falmina (28)	126	<i>fluorometholone</i>	106	<i>gentak</i>	103
famciclovir	153	<i>fluorouracil</i>	8, 74	gentamicin	75, 103, 115
famotidine	76, 77	<i>fluoxetine</i>	140	gentamicin sulfate (ped) (pf)	115
FANAPT	41	<i>fluphenazine decanoate</i>	41	gentamicin sulfate (pf)	115
FARXIGA	26	<i>fluphenazine hcl</i>	41	GENVOYA	147
FASENRA	66	<i>flurbiprofen</i>	111	GILOTrif	9
FASENRA PEN	66	<i>flurbiprofen sodium</i>	106	<i>glatiramer</i>	63
febuxostat	33	<i>flutamide</i>	8	<i>glatopa</i>	63
feirza	126	<i>fluticasone propionate</i>		GLEOSTINE	9
felbamate	134		68, 69, 73, 106	<i>glimepiride</i>	32
felodipine	53	<i>fluticasone propion-salmeterol</i>	69	<i>glipizide</i>	32
femynor	126	<i>fluvastatin</i>	55	<i>glipizide-metformin</i>	32
fenofibrate	55	<i>fluvoxamine</i>	140	<i>glutamine (sickle cell)</i>	108
fenofibrate micronized	54	<i>folic acid</i>	212	<i>glyburide</i>	32
fenofibrate nanocrystallized	54	<i>folivane-ob</i>	212	<i>glyburide micronized</i>	32
fentanyl	112	<i>fondaparinux</i>	208	<i>glyburide-metformin</i>	32
fentanyl citrate	112	<i>fosamprenavir</i>	147	<i>glycopyrrolate</i>	77
fesoterodine	80	<i>fosinopril</i>	57	<i>glydo</i>	114
FETZIMA	140	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	58	GLYXAMBI	26
FIASP FLEXTOUCH U-100		<i>fosphenytoin</i>	135	GOMEKLI	9
INSULIN	29	<i>FOTIVDA</i>	8	<i>griseofulvin microsize</i>	143
FIASP PENFILL U-100		<i>FREESTYLE PRECISION</i>	174	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	143
INSULIN	29	<i>FRUZAQLA</i>	8	<i>guanfacine</i>	47, 63
FIASP U-100 INSULIN	29	<i>fulvestrant</i>	8	GVOKE	108
finasteride	80	<i>furosemide</i>	56	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	108
fingolimod	63	<i>FUZEON</i>	147	GVOKE PFS 1-PACK	
FINTEPLA	134	<i>FYARRO</i>	8	SYRINGE	108
FIRMAGON KIT W		<i>FYCOMPA</i>	135	GVOKE PFS 2-PACK	
DILUENT SYRINGE	8	<i>gabapentin</i>	135	SYRINGE	108
flavoxate	80	<i>galantamine</i>	26	HAEGARDA	209
flecainide	48	<i>gallifrey</i>	86	<i>hailey 24 fe</i>	126
		<i>GAMUNEX-C</i>	89	<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	126

<i>hailey fe 1/20</i> (28).....	126	<i>hydrocortisone</i>	59, 73, 83	INGREZZA INITIATION
<i>halobetasol propionate</i>	73	<i>hydrocortisone valerate</i>	73	PK(TARDIV).....
<i>haloette</i>	126	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	103	INGREZZA SPRINKLE.....
<i>haloperidol</i>	42	<i>hydromorphone</i>	113	INLYTA.....
<i>haloperidol decanoate</i>	41	<i>hydroxychloroquine</i>	36	INPEN (FOR HUMALOG)
<i>haloperidol lactate</i>	41	<i>hydroxyurea</i>	9	BLUE.....
HARVONI.....	151	<i>hydroxyzine hcl</i>	145	INPEN (NOVOLOG OR
HAVRIX (PF).....	96	<i>hydroxyzine pamoate</i>	108	FIASP) BLUE.....
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE.....	174, 175	<i>ibandronate</i>	60	INQOVI.....
HEALTHWISE PEN NEEDLE	175	<i>IBRANCE</i>	9	INREBIC.....
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP	175	<i>ibu</i>	111	<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>
<i>heather</i>	126	<i>ibuprofen</i>	111	<i>insulin aspart u-100</i>
<i>heparin (porcine)</i>	208	<i>icatibant</i>	51	INSULIN SYR/NDL U100
HEPLISAV-B (PF).....	96	<i>iclevia</i>	126	HALF MARK.....
HERCEPTIN HYLECTA.....	9	<i>ICLUSIG</i>	9	INSULIN SYRINGE.....
HERZUMA.....	9	<i>icosapent ethyl</i>	55	INSULIN SYRINGE
HIBERIX (PF).....	96	<i>IDHIFA</i>	9	MICROFINE.....
HUMIRA.....	90	<i>ifosfamide</i>	9, 10	INSULIN SYRINGE
HUMIRA PEN.....	90	<i>ILEVRO</i>	106	NEEDLELESS.....
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START	90	<i>imatinib</i>	10	INSULIN SYRINGE-NEEDLE
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS	90	<i>IMBRUVICA</i>	10	U-100
HUMIRA(CF).....	90	<i>IMDELLTRA</i>	10	173, 174, 176, 177, 186, 191, 196,
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER	90	<i>imipenem-cilastatin</i>	117	197
HUMIRA(CF) PEN.....	90	<i>imipramine hcl</i>	140	INSUPEN PEN NEEDLE 177, 178
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS	90	<i>imiquimod</i>	74	INTELENCE.....
HUMIRA(CF) PEN	90	<i>IMJUDO</i>	10	INTRON A.....
PEDIATRIC UC.....	90	<i>IMKELDI</i>	10	INVEGA HAFYERA.....
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	90	<i>IMOVAX RABIES VACCINE</i> (PF).....	97	INVEGA SUSTENNA.....
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN.....	29	<i>IMPAVIDO</i>	36	INVEGA TRINZA.....
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN.....	30	<i>incassia</i>	126	INVELTYS.....
<i>hydralazine</i>	51	<i>INCONTROL ALCOHOL PADS</i>	175	IPOL.....
<i>hydrochlorothiazide</i>	56	<i>INCONTROL PEN NEEDLE</i>	175, 176	<i>ipratropium bromide</i>
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	112	<i>INCRELEX</i>	84	<i>ipratropium-albuterol</i>
		<i>indapamide</i>	56	<i>irbesartan</i>
		<i>indomethacin</i>	111	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>
		<i>INFANRIX (DTAP) (PF)</i>	97	ISENTRESS.....
		<i>infliximab</i>	90	ISENTRESS HD.....
		<i>INGREZZA</i>	64	<i>isibloom</i>
				<i>isoniazid</i>
				ISOPROPYL ALCOHOL.....
				<i>isosorbide dinitrate</i>
				<i>isosorbide mononitrate</i>
				59

ITOVEBI	10	<i>kionex (with sorbitol)</i>	78	LEUKERAN	12
<i>itraconazole</i>	143	KISQALI	11	<i>leuprolide</i>	12
IV PREP WIPES	178	KISQALI FEMARA CO-		<i>leuprolide (3 month)</i>	12
<i>ivabradine</i>	51	PACK	11	<i>levetiracetam</i>	135, 136
<i>ivermectin</i>	36	KLISYRI (250 MG)	75	<i>levobunolol</i>	102
IWILFIN	11	<i>klor-con m10</i>	206	<i>levocetirizine</i>	145
IXCHIQ (PF)	97	<i>klor-con m15</i>	206	<i>levofloxacin</i>	121
IXIARO (PF)	97	<i>klor-con m20</i>	206	<i>levofloxacin in d5w</i>	121
JAKAFI	11	KLOXXADO	24	<i>levonest (28)</i>	128
jantoven	208	KOSELUGO	11, 12	<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i>	128
JANUMET	26	<i>kosher prenatal plus iron</i>	213	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	128
JANUMET XR	27	KRAZATI	12	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	128
JANUVIA	27	<i>kurvelo (28)</i>	127	<i>levora-28</i>	128
JARDIANCE	27	KYLEENA	127	<i>levothyroxine</i>	81
javygtor	211	KYNMOBI	38	LEXIVA	148
JAYPIRCA	11	<i>labetalol</i>	49	LIBERVANT	136
JEMPERLI	11	<i>lacosamide</i>	135	<i>lidocaine</i>	114
jencycla	126	<i>lactulose</i>	78	<i>lidocaine hcl</i>	114
JENTADUETO	27	<i>lamivudine</i>	148	<i>lidocaine viscous</i>	114
JENTADUETO XR	27	<i>lamivudine-zidovudine</i>	148	<i>lidocaine-prilocaine</i>	114
jolessa	126	<i>lamotrigine</i>	135	<i>lidocan iii</i>	114
juleber	127	<i>lanreotide</i>	85	LILETTA	128
JULUCA	148	<i>lansoprazole</i>	77	<i>lillow (28)</i>	128
junel 1.5/30 (21)	127	LANTUS SOLOSTAR U-100		<i>linezolid</i>	116
junel 1/20 (21)	127	INSULIN	30	<i>linezolid in dextrose 5%</i>	116
junel fe 1.5/30 (28)	127	LANTUS U-100 INSULIN	30	LINZESS	78
junel fe 1/20 (28)	127	<i>lapatinib</i>	12	<i>liothyronine</i>	81
junel fe 24	127	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	127	LISCO	178
JYLAMVO	11	<i>larin 1/20 (21)</i>	127	<i>lisinopril</i>	58
JYNNEOS (PF)	97	<i>larin 24 fe</i>	127	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	58
KALYDECO	66	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	127	LITE TOUCH INSULIN PEN	
kariva (28)	127	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	127	NEEDLES	178
kelnor 1/35 (28)	127	<i>larissia</i>	128	LITE TOUCH INSULIN	
kelnor 1/50 (28)	127	<i>latanoprost</i>	102	SYRINGE	178, 179
KERENDIA	58	LAZCLUZE	12	<i>lithium carbonate</i>	64
KESIMPTA PEN	64	<i>leflunomide</i>	91	<i>lithium citrate</i>	64
<i>ketoconazole</i>	143	<i>lenalidomide</i>	12	LIVTENCITY	152
ketorolac	106, 111	LETOCILIN S	121	LOKELMA	78
KEYTRUDA	11	LENVIMA	12	LONSURF	12
KIMMTRAK	11	<i>lessina</i>	128	<i>loperamide</i>	78
KINERET	90	<i>letrozole</i>	12	<i>lopinavir-ritonavir</i>	148
KINRIX (PF)	97	<i>leucovorin calcium</i>	108	LOQTORZI	12

<i>lorazepam</i>	25	MAVENCLAD (10 TABLET PACK).....	64	<i>mesna</i>	108
<i>lorazepam intensol</i>	25	MAVENCLAD (4 TABLET PACK).....	64	<i>metformin</i>	27
LORBRENA.....	13	MAVENCLAD (5 TABLET PACK).....	64	<i>methadone</i>	113
<i>losartan</i>	52	MAVENCLAD (6 TABLET PACK).....	64	<i>methazolamide</i>	102
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	52	MAVENCLAD (7 TABLET PACK).....	64	<i>methenamine hippurate</i>	116
LOTEMAX.....	106	MAVENCLAD (8 TABLET PACK).....	64	<i>methimazole</i>	81
LOTEMAX SM.....	106	MAVENCLAD (9 TABLET PACK).....	64	<i>methocarbamol</i>	212
<i>loteprednol etabonate</i>	106	MAXICOMFORT II PEN NEEDLE.....	180	<i>methotrexate sodium</i>	14
<i>lovastatin</i>	55	MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE.....	180	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	14
<i>low-ogestrel (28)</i>	128	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE.....	180	<i>methoxsalen</i>	75
<i>loxapine succinate</i>	43	MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	180	<i>methsuximide</i>	136
<i>lubiprostone</i>	78	MAYZENT	64, 65	<i>methylphenidate hcl</i>	65
LUMAKRAS.....	13	MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT).....	65	<i>methylprednisolone</i>	83
LUMIGAN.....	102	MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT).....	65	<i>methylprednisolone acetate</i>	83
LUNSUMIO.....	13	<i>meclizine</i>	35	<i>metoclopramide hcl</i>	78
LUPRON DEPOT.....	13, 85	<i>medroxyprogesterone</i>	86	<i>metolazone</i>	57
LUPRON DEPOT (3 MONTH).....	13, 85	<i>mesloquine</i>	36	<i>metoprolol succinate</i>	49
LUPRON DEPOT (4 MONTH).13		<i>megestrol</i>	14, 86	<i>metoprolol tartrate</i>	49
LUPRON DEPOT (6 MONTH).13		<i>MEKINIST</i>	14	<i>metronidazole</i>	75, 115, 116
LUPRON DEPOT-PED.....	85	<i>MEKTOVI</i>	14	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> ..	116
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH).....	85	<i>meloxicam</i>	111	<i>metyrosine</i>	51
<i>lurasidone</i>	43	<i>memantine</i>	26	<i>micafungin</i>	144
<i>lutera (28)</i>	128	<i>MENACTRA (PF)</i>	97	<i>miconazole-3</i>	144
LYBALVI.....	43	<i>MENQUADFI (PF)</i>	97	<i>MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE</i>	180
<i>lyleq</i>	128	<i>MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)</i>	97	<i>MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE</i>	180
LYNPARZA.....	13	<i>mercaptopurine</i>	14	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	129
LYSODREN.....	13	<i>meropenem</i>	117	<i>microgestin 1/20 (21)</i>	129
LYTGOBI.....	13	<i>mesalamine</i>	59	<i>microgestin 24 fe</i>	129
<i>lyza</i>	129			<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	129
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG.....	179, 180			<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	129
MAGELLAN SYRINGE.....	179			<i>midodrine</i>	48
<i>magnesium sulfate</i>	206			<i>MIEBO (PF)</i>	107
<i>malathion</i>	76			<i>mifepristone</i>	27
<i>maraviroc</i>	148			<i>mili</i>	129
MARGENZA.....	14			<i>mimvey</i>	82
<i>marlissa (28)</i>	129			<i>MINI ULTRA-THIN II</i>	181
<i>marnatal-f</i>	213			<i>minitran</i>	59
MARPLAN.....	141			<i>minocycline</i>	123
MATULANE.....	14			<i>minoxidil</i>	59
				<i>MIPLYFFA</i>	153

MIRENA.....	129	<i>naloxone</i>	24	<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	
<i>mirtazapine</i>	141	<i>naltrexone</i>	24	.....	116
<i>misoprostol</i>	77	NANO 2ND GEN PEN		<i>nitroglycerin</i>	59, 108
<i>mitoxantrone</i>	14	NEEDLE.....	182	<i>niva-plus</i>	213
M-M-R II (PF).....	97	<i>naproxen</i>	111	NIVESTYM.....	210
<i>m-natal plus</i>	213	<i>naratriptan</i>	33	NORDITROPIN FLEXPRO.....	85
<i>modafinil</i>	61	NATACYN.....	103	<i>norelgestromin-ethin.estradiol.</i>	129
<i>moexipril</i>	58	<i>nateglinide</i>	28	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	129
<i>molindone</i>	43	NATPARA.....	60	<i>norethindrone acetate</i>	86
<i>mometasone</i>	73, 106	NAYZILAM.....	136	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	
MONOJECT INSULIN		<i>nebivolol</i>	49	.....	129, 130
SAFETY SYRING.....	182	<i>nefazodone</i>	141	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> ..	130
MONOJECT INSULIN		<i>neomycin</i>	115	<i>norlyda</i>	130
SYRINGE.....	181, 182	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	103	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	130
MONOJECT SYRINGE.....	181	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	103	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	130
MONOJECT ULTRA		<i>neomycin-polymyxin b-</i>		<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	130
COMFORT INSULIN	199	<i>dexameth</i>	104	<i>nortriptyline</i>	141
<i>mono-linyah</i>	129	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>		NORVIR.....	149
<i>montelukast</i>	69	.....	104	NOVOFINE 30.....	182
<i>morpheine</i>	113	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	104	NOVOFINE 32.....	182
MORPHINE.....	113	<i>neo-polycin</i>	104	NOVOFINE PLUS.....	182
<i>morpheine concentrate</i>	113	<i>neo-polycin hc</i>	104	NOVOLIN 70/30 U-100	
MOUNJARO.....	28	NERLYNX.....	14	INSULIN.....	30
MOVANTIK.....	78	<i>neuac</i>	75	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	
<i>moxifloxacin</i>	103, 122	NEULASTA ONPRO.....	209	U-100.....	30
<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water</i>	122	<i>nevirapine</i>	148, 149	NOVOLIN N FLEXPEN.....	31
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	122	<i>newgen</i>	213	NOVOLIN N NPH U-100	
MRESVIA (PF).....	97	NEXLETOL.....	55	INSULIN.....	31
MULTAQ.....	48	NEXLIZET.....	55	NOVOLIN R FLEXPEN.....	31
<i>mupirocin</i>	75	NEXPLANON.....	129	NOVOLIN R REGULAR U100	
MVASI.....	14	<i>niacin</i>	55	INSULIN.....	31
<i>mycophenolate mofetil</i>	91	<i>niacor</i>	55	NOVOTWIST.....	182
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	91	NICOTROL NS.....	24	NUBEQA.....	15
<i>mycophenolate sodium</i>	91	<i>nifedipine</i>	53	NUCALA.....	67
<i>mynatal</i>	213	NIKTIMVO.....	91	NULOJIX.....	91
<i>mynatal advance</i>	213	<i>nilutamide</i>	14	NUPLAZID.....	43
<i>mynatal plus</i>	213	NINLARO.....	15	NURTEC ODT.....	34
<i>mynatal-z</i>	213	<i>nitazoxanide</i>	36	<i>nyamyc</i>	144
<i>mynate 90 plus</i>	213	<i>nitisinone</i>	211	<i>nylia 1/35 (28)</i>	130
MYRBETRIQ.....	80	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	116	<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	130
<i>nabumetone</i>	111			<i>nymyo</i>	130
<i>nafcillin</i>	121			<i>nystatin</i>	144

<i>nystatin-triamcinolone</i>	144	ONAPGO	38	PEMAZYRE	16
<i>nystop</i>	144	<i>ondansetron</i>	35	<i>pemetrexed</i>	16
NYVEPRIA	210	<i>ondansetron hcl</i>	35	<i>pemetrexed disodium</i>	16
<i>obstetrix dha</i>	213	ONTRUZANT	15	PEMRYDI RTU	16
<i>obstetrix dha prenatal duo</i>	213	ONUREG	15	PEN NEEDLE..	174, 183, 184, 186
<i>o-cal prenatal</i>	213	OPDIVO	15	PEN NEEDLE, DIABETIC	
OCREVUS	65	OPDIVO QVANTIG	15	.....	163, 180, 181, 183, 184, 186
OCREVUS ZUNOVO	65	OPDUALAG	16	PEN NEEDLE, DIABETIC,	
<i>octreotide acetate</i>	85	OPIPZA	43	SAFETY	187
ODEFSEY	149	OPSUMIT	109	PENBRAYA (PF)	98
ODOMZO	15	ORENCIA	91	PENBRAYA MENACWY	
OFEV	67	ORENCIA (WITH MALTOSE)	91	COMPONENT(PF)	98
<i>ofloxacin</i>	104	ORENCIA CLICKJECT	91	PENBRAYA MENB	
OGIVRI	15	ORFADIN	211	COMPONENT (PF)	98
OGSIVEO	15	ORGOVYX	85	<i>penicillamine</i>	114
OJEMDA	15	ORLISSA	85	<i>penicillin g potassium</i>	121
OJJAARA	15	ORKAMBI	67	<i>penicillin g procaine</i>	121
<i>olanzapine</i>	43	ORSERDU	16	<i>penicillin v potassium</i>	121
<i>olmesartan</i>	52	oseltamivir	152	PENTACEL (PF)	98
<i>olmesartan-amldipin-hcthiazid</i>	52	OTEZLA	91	<i>pentamidine</i>	37
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	52	OTEZLA STARTER	91	PENTIPS PEN NEEDLE	184
<i>olopatadine</i>	107	oxandrolone	81	<i>pentoxifylline</i>	209
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	55	oxcarbazepine	136	<i>perindopril erbumine</i>	58
<i>omeprazole</i>	77	oxybutynin chloride	80	<i>periogard</i>	71
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)	182	oxycodone	113	<i>permethrin</i>	76
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	182	oxycodone-acetaminophen	113	<i>perphenazine</i>	44
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	183	OZEMPIC	28	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	141
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	183	pacerone	48	PERSERIS	44
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	183	paclitaxel protein-bound	16	<i>phenelzine</i>	141
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	183	paliperidone	43, 44	<i>phenobarbital</i>	136
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	183	PANRETIN	75	PHENYTEK	136
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	183	pantoprazole	77	<i>phenytoin</i>	136
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	183	paricalcitol	60	<i>phenytoin sodium</i>	136
		paromomycin	37	<i>phenytoin sodium extended</i>	136
		paroxetine hcl	141	PIFELTRO	149
		PAXLOVID	152	<i>pilocarpine hcl</i>	71, 102
		pazopanib	16	pimecrolimus	73
		PEDIARIX (PF)	98	<i>pimozide</i>	44
		PEDVAX HIB (PF)	98	<i>pimtrea (28)</i>	130
		peg 3350-electrolytes	79	<i>pioglitazone</i>	28
		PEGASYS	152	<i>pioglitazone-metformin</i>	28
		peg-electrolyte soln	79	PIP PEN NEEDLE	184

<i>piperacillin-tazobactam</i>	121	<i>prenatal low iron</i>	214	<i>propranolol</i>	49
PIQRAY	16	<i>prenatal plus</i>	214	<i>propylthiouracil</i>	81
<i>pirfenidone</i>	67	<i>prenatal plus (calcium carb)</i>	213	PROQUAD (PF)	98
<i>pirmella</i>	130	<i>prenatal vitamin plus low iron.</i>	214	<i>protriptyline</i>	141
<i>pitavastatin calcium</i>	55	<i>prenatal-u</i>	214	PULMOZYME	211
PLEGRIDY	65	<i>preplus</i>	214	PURE COMFORT ALCOHOL	
<i>pnv 29-1</i>	213	<i>pretab</i>	214	PADS	185
<i>pnv-dha + docusate</i>	213	<i>prevalite</i>	55	PURE COMFORT PEN	
<i>pnv-omega</i>	213	PREVENT DROPSAFE PEN		NEEDLE	186
<i>podofilox</i>	75	NEEDLE	184	PURE COMFORT SAFETY	
<i>polycin</i>	104	<i>previfem</i>	131	PEN NEEDLE	185
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	104	PREVYMIS	152	<i>pyrazinamide</i>	145
POMALYST	16	PREZCOBIX	149	<i>pyridostigmine bromide</i>	108
<i>portia 28</i>	130	PREZISTA	149	<i>pyrimethamine</i>	37
<i>posaconazole</i>	144	PRIFTIN	145	QINLOCK	16
<i>potassium chloride</i>	206	PRIMAQUINE	37	QUADRACEL (PF)	99
<i>potassium citrate</i>	207	<i>primidone</i>	137	<i>quetiapine</i>	44
<i>pr natal 400</i>	213	PRIORIX (PF)	98	<i>quinapril</i>	58
<i>pr natal 400 ec</i>	213	PRO COMFORT ALCOHOL		<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	58
<i>pr natal 430</i>	214	PADS	185	<i>quinidine sulfate</i>	48
<i>pr natal 430 ec</i>	214	PRO COMFORT INSULIN		<i>quinine sulfate</i>	37
<i>pramipexole</i>	38	SYRINGE	184, 185	QULIPTA	34
<i>prasugrel hcl</i>	209	PRO COMFORT PEN		RABAVERT (PF)	99
<i>pravastatin</i>	55	NEEDLE	185	<i>rabeprazole</i>	77
<i>praziquantel</i>	37	<i>probenecid</i>	33	RALDESY	141
<i>prazosin</i>	48	<i>probenecid-colchicine</i>	33	<i>raloxifene</i>	83
<i>prednisolone</i>	83	PROCALAMINE 3%	47	<i>ramipril</i>	58
<i>prednisolone acetate</i>	107	<i>procchlorperazine</i>	35	<i>ranolazine</i>	51
<i>prednisolone sodium phosphate</i>		<i>procchlorperazine edisylate</i>	35, 44	<i>rasagiline</i>	38
	83, 84	<i>procchlorperazine maleate</i>	35	RASUVO (PF)	92
<i>prednisone</i>	84	<i>procto-med hc</i>	73	RAYALDEE	60
<i>pregabalin</i>	137	<i>proctosol hc</i>	73	<i>reclipsen (28)</i>	131
PREHEVBARIO (PF)	98	<i>proctozone-hc</i>	74	RECOMBIVAX HB (PF)	99
PREMARIN	82, 83	PRODIGY INSULIN		RELENZA DISKHALER	152
PREMPHASE	83	SYRINGE	185	<i>repaglinide</i>	28
PREMPRO	83	<i>progesterone micronized</i>	86	REPATHA PUSHTRONEX	55
<i>prenal true</i>	214	PROGRAF	92	REPATHA SURECLICK	56
<i>prenaissance</i>	214	PROLIA	60	REPATHA SYRINGE	56
<i>prenaissance plus</i>	214	PROMACTA	210	RETACRIT	210
<i>prenatabs fa</i>	214	<i>promethazine</i>	35	RETEVMO	16, 17
<i>prenatal 19</i>	214	<i>promethegan</i>	36	RETROVIR	149
<i>prenatal 19 (with docusate)</i>	214	<i>propafenone</i>	48	REVUFORJ	17

REXULTI	44	SANTYL	75	sodium chloride 0.45 %	207
REYATAZ	149	sapropterin	211	sodium chloride 0.9 %	207
REZLIDHIA	17	SAVELLA	65	sodium fluoride-pot nitrate	71
REZUROCK	92	SCEMBLIX	18	sodium oxybate	61
RHOPRESSA	102	scopolamine base	36	sodium polystyrene sulfonate	78
RIABNI	17	SECUADO	45	sodium,potassium,mag sulfates	79
ribavirin	153	SECURESAFE INSULIN		solifenacin	80
rifabutin	145	SYRINGE	187	SOLIQUA 100/33	31
rifampin	145	SECURESAFE PEN NEEDLE	187	SOLTAMOX	18
rilpivirine	149	SELARSDI	92	SOMATULINE DEPOT	86
riluzole	65	select-ob	214	SOMAVERT	86
RINVOQ	92	select-ob (folic acid)	214	sorafenib	18
RINVOQ LQ	92	selegiline hcl	38	sorine	49
risperidone	44, 45	selenium sulfide	76	sotalol	49
risperidone microspheres	44	SELZENTRY	149, 150	sotalol af	49
ritonavir	149	SEMGLEE(INSULIN		SPIRIVA RESPIMAT	70
RITUXAN HYCELA	17	GLARGINE-YFGN)	31	spironolactone	57
rivastigmine	26	SEMGLEE(INSULIN GLARG-		SPRAVATO	141
rivastigmine tartrate	26	YFGN)PEN	31	sprintec (28)	131
rizatriptan	34	se-natal 19 chewable	215	SPRITAM	137
r-natal ob	214	SEREVENT DISKUS	70	sps (with sorbitol)	78
ROCKLATAN	102	SEROSTIM	85	sronyx	131
roflumilast	67	sertraline	141	ssd	76
ROMVIMZA	17	setlakin	131	stavudine	150
ropinirole	38	sevelamer carbonate	79	STELARA	93
rosadan	76	sevelamer hcl	79	STERILE PADS	188
rosuvastatin	56	SEZABY	137	STIOLTO RESPIMAT	70
ROTARIX	99	sf 5000 plus	71	STIVARGA	18
ROTATEQ VACCINE	99	sharobel	131	STRENSIQ	211
ROZLYTREK	17	SHINGRIX (PF)	99	streptomycin	115
RUBRACA	17	SIGNIFOR	86	STRIBILD	150
rufinamide	137	sildenafil	109	STRIVERDI RESPIMAT	70
RUKOBIA	149	sildenafil (pulm.hypertension)	109	subvenite	137
RUXIENCE	17	silver sulfadiazine	76	sucralfate	77
RYBELSUS	28	SIMBRINZA	102	sulfacetamide sodium	104
RYBREVANT	18	simliya (28)	131	sulfacetamide-prednisolone	105
RYDAPT	18	simvastatin	56	sulfadiazine	122
RYKINDO	45	sirolimus	92	sulfamethoxazole-trimethoprim	122
RYTELO	18	SIRTURO	145	sulfasalazine	60
SAFESNAP INSULIN		SKY SAFETY PEN NEEDLE	187	sulindac	111
SYRINGE	187	SKYLA	131	sumatriptan	34
SAFETY PEN NEEDLE	187	SKYRIZI	92, 93		

<i>sumatriptan succinate</i>	34	TAVNEOS	93	<i>tiadylt er</i>	50
<i>sunitinib malate</i>	18	tazarotene	76	<i>tiagabine</i>	137
SUNLENCA	150	tazicef	118	TIBSOVO	19
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	188	taztia xt	50	TICE BCG	19
SURE COMFORT INS. SYR. U-100	188	TAZVERIK	19	TICOVAC	100
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE	188, 189	TDVAX	99	<i>tigecycline</i>	123
SURE COMFORT PEN NEEDLE	188, 189	TECHLITE INSULIN SYRINGE	190	<i>tilia fe</i>	131
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	188	TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT)	190	<i>timolol</i>	102
SURE-FINE PEN NEEDLES..	189	TECHLITE PEN NEEDLE	191	<i>timolol maleate</i>	49, 102
SURE-JECT INSULIN SYRINGE	189, 190	TECHLITE PLUS PEN NEEDLE	191	<i>tinidazole</i>	37
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	190	TECVAYLI	19	<i>tiotropium bromide</i>	71
SUTAB	79	TEFLARO	118	TIVDAK	19
SYMPAZAN	137	telmisartan	52	TIVICAY	150
SYMTUZA	150	telmisartan-hydrochlorothiazid	53	TIVICAY PD	150
SYNJARDY	28	temazepam	25	<i>tizanidine</i>	212
SYNJARDY XR	28	TEMIXYS	150	TOBI PODHALER	115
SYNRIBO	18	TENIVAC (PF)	99, 100	<i>tobramycin</i>	105
SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY	187	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	150	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	116
TABLOID	18	TEPMETKO	19	<i>tobramycin sulfate</i>	116
TABRECTA	18	terazosin	80	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	105
<i>tacrolimus</i>	74, 93	terbinafine hcl	144	<i>tolterodine</i>	80
<i>tadalafil</i>	109	terconazole	115	TOPCARE CLICKFINE	192
TAFINLAR	18	teriparatide	61	TOPCARE ULTRA	
<i>tafluprost (pf)</i>	102	TERUMO INSULIN SYRINGE	191	COMFORT	192
TAGRISSO	18	<i>testosterone</i>	81, 82	<i>topiramate</i>	137
TALVEY	18	<i>testosterone cypionate</i>	81	<i>toposar</i>	19
TALZENNA	19	<i>testosterone enanthate</i>	81	<i>toremifene</i>	19
<i>tamoxifen</i>	19	TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF)	100	<i>torpenz</i>	19
<i>tamsulosin</i>	80	<i>tetrabenazine</i>	66	<i>torsemide</i>	57
<i>tarina 24 fe</i>	131	<i>tetracycline</i>	123	TOUJEON MAX U-300	
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	131	TEVIMBRA	19	SOLOSTAR	31
<i>taron-c dha</i>	215	THALOMID	108	TOUJEON SOLOSTAR U-300	
<i>taron-prex prenatal-dha</i>	215	<i>theophylline</i>	70, 71	INSULIN	31
TASIGNA	19	THINPRO INSULIN SYRINGE	192	TRADJENTA	28
		<i>thioridazine</i>	45	<i>tramadol</i>	113
		<i>thiothixene</i>	45	<i>tramadol-acetaminophen</i>	113
				<i>trandolapril</i>	58
				<i>trandolapril-verapamil</i>	58
				<i>tranexamic acid</i>	207
				<i>tranylcypromine</i>	142
				<i>travoprost</i>	102
				TRAZIMERA	19

<i>trazodone</i>	142	TRIZIVIR	150
TRECATOR	145	TROGARZO	150
TRELEGY ELLIPTA	71	<i>trospium</i>	80
TRELSTAR	20	TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	193
TREMFYA	93	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	193
TREMFYA PEN	93	TRUE COMFORT PEN NEEDLE	193, 194
TRESIBA FLEXTOUCH U- 100	31	TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	194
TRESIBA FLEXTOUCH U- 200	32	TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE	192, 193, 194
TRESIBA U-100 INSULIN	32	TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG	193, 194
<i>tretinoïn</i>	76	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	193
<i>tretinoïn (antineoplastic)</i>	20	TRUEPLUS INSULIN	195
<i>tri-femynor</i>	131	TRUEPLUS PEN NEEDLE	194, 195
<i>triamcinolone acetonide.</i>	71, 74, 84	TRULICITY	29
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	.57	TRUMENBA	100
<i>triazolam</i>	25	TRUQAP	20
<i>trientine</i>	114	TRUXIMA	20
<i>tri-estarrylla</i>	131	TUKYSA	20
<i>trifluoperazine</i>	45	TURALIO	20
<i>trifluridine</i>	105	<i>turqoz (28)</i>	132
<i>trihexyphenidyl</i>	38	TWINRIX (PF)	100
TRIJARDY XR	29	TYBOST	109
<i>tri-legest fe</i>	131	TYENNE	94
<i>tri-linyah</i>	131	TYENNE AUTOINJECTOR	93
<i>tri-lo-estarrylla</i>	131	TYMLOS	61
<i>tri-lo-marzia</i>	132	TYPHIM VI	100
<i>tri-lo-mili</i>	132	UBRELVY	34
<i>tri-lo-sprintec</i>	132	ULTICARE	196, 197
<i>trimethoprim</i>	117	ULTICARE INSULIN SYRINGE	196
<i>tri-mili</i>	132	ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT)	195
<i>trimipramine</i>	142	ULTICARE PEN NEEDLE	196
TRINTELLIX	142	ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE	196
<i>tri-nymyo</i>	132		
<i>tri-previfem (28)</i>	132		
<i>tri-sprintec (28)</i>	132		
TRIUMEQ	150		
TRIUMEQ PD	150		
<i>triveen-duo dha</i>	215		
<i>trivora (28)</i>	132		
<i>tri-vylibra</i>	132		
<i>tri-vylibra lo</i>	132		
		ULTIGUARD SAFEPACK- INSULIN SYR	197, 198
		ULTIGUARD SAFEPACK- PEN NEEDLE	197, 198
		ULTILET ALCOHOL SWAB.	198
		ULTILET INSULIN SYRINGE	176, 177, 198
		ULTILET PEN NEEDLE	198
		ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT)	174, 188
		ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE	168, 174, 198, 199
		ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT)	199
		ULTRA FLO INSULIN SYRINGE	199
		ULTRA FLO PEN NEEDLE	199
		ULTRA THIN PEN NEEDLE	199
		ULTRACARE INSULIN SYRINGE	200
		ULTRACARE PEN NEEDLE	200, 201
		ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT)	201
		ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE	201
		ULTRA-FINE PEN NEEDLE	201
		ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR	201, 202
		ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL	202
		ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES	202
		ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE	201, 202
		UNIFINE OTC PEN NEEDLE	202
		UNIFINE PEN NEEDLE	202
		UNIFINE PENTIPS	183, 202
		UNIFINE PENTIPS MAXFLOW	202
		UNIFINE PENTIPS PLUS	203

UNIFINE PENTIPS PLUS		VERIFINE PEN NEEDLE		<i>vp-pnv-dha</i>	215
MAXFLOW	203	.....	204, 205	VRAYLAR	46
UNIFINE PROTECT	203	VERIFINE PLUS PEN		VUMERTY	66
UNIFINE SAFECONTROL		NEEDLE	205	VYALEV	38
PEN NEEDLE	203, 204	VERIFINE PLUS PEN		<i>vylitra</i>	132
UNIFINE ULTRA PEN		NEEDLE-SHARP	205	VYLOY	21
NEEDLE	204	VERQUVO	51	VYZULTA	102
UPTRAVI	109, 110	VERSACLOZ	46	<i>warfarin</i>	208
<i>ursodiol</i>	78	VERSALON	205	WEBCOL	205
UZEDY	45, 46	VERZENIO	20	WELIREG	21
<i>valacyclovir</i>	153	V-GO 20	205	WINREVAIR	67
VALCHLOR	75	V-GO 30	205	<i>wixela inhub</i>	69
<i>valganciclovir</i>	153	V-GO 40	205	XALKORI	21
<i>valproate sodium</i>	137	<i>vienna</i>	132	<i>xarah fe</i>	133
<i>valproic acid</i>	138	<i>vigabatrin</i>	138	XARELTO	209
<i>valproic acid (as sodium salt)</i> ..	138	<i>vigadron</i>	138	XARELTO DVT-PE TREAT	
<i>valsartan</i>	53	<i>vigpoder</i>	138	30D START	208
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ...	53	<i>vilazodone</i>	142	XATMEP	21
VALTOCO	138	VIMKUNYA	101	XCOPRI	138
<i>valtya</i>	132	<i>vinorelbine</i>	20	XCOPRI MAINTENANCE	
<i>vancomycin</i>	117	<i>viorele (28)</i>	132	PACK	138
VANFLYTA	20	VIRACEPT	151	XCOPRI TITRATION PACK ..	138
VANISHPOINT INSULIN		VIREAD	151	XDEMVY	105
SYRINGE	204	<i>virt-c dha</i>	215	XELJANZ	94
VANISHPOINT SYRINGE	204	<i>virt-nate dha</i>	215	XELJANZ XR	94
VAQTA (PF)	100	<i>virt-pn dha</i>	215	XERMELO	78
<i>varenicline tartrate</i>	24	<i>virt-pn plus</i>	215	XGEVA	61
VARIVAX (PF)	100	<i>vitafol gummies</i>	215	XIFAXAN	117
VAXCHORA VACCINE	101	<i>vitafol nano</i>	215	XIGDUO XR	29
VEGZELMA	20	<i>vitafol-ob+dha</i>	215	XXIDRA	107
VELTASSA	78	VITRAKVI	21	XOLAIR	67
VEMLIDY	151	VIVIMUSTA	21	XOSPATA	21
VENCLEXTA	20	VIVOTIF	101	XPOVIO	22
VENCLEXTA STARTING		VIZIMPRO	21	XTANDI	22
PACK	20	VOCABRIA	151	<i>xulane</i>	133
<i>venlafaxine</i>	142	<i>volnea (28)</i>	132	XULTOPHY 100/3.6	32
VEOZAH	109	VONJO	21	XYOSTED	82
<i>verapamil</i>	50, 51	VORANIGO	21	YEROVY	22
VERIFINE INSULIN		<i>voriconazole</i>	144	YESINTEK	94
SYRINGE	204, 205	VOSEVI	151	YF-VAX (PF)	101
		VOWST	109	YONSA	22
		<i>vp-ch-pnv</i>	215	YUFLYMA(CF)	94

YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-	
UC-HS.....	94
YUFLYMA(CF)	
AUTOINJECTOR.....	94
<i>yuvafem</i>	83
<i>zafemy</i>	133
<i>zafirlukast</i>	69
<i>zaleplon</i>	61
<i>zatean-pn dha</i>	215
<i>zatean-pn plus</i>	215
ZEGALOGUE	
AUTOINJECTOR.....	109
ZEGALOGUE SYRINGE.....	109
ZEJULA.....	22
ZELBORA F	22
<i>zenatane</i>	75
ZENPEP.....	211
<i>zidovudine</i>	151
ZIIHERA.....	22
<i>zingiber</i>	215
<i>ziprasidone hcl</i>	46
<i>ziprasidone mesylate</i>	46
ZIRABEV	23
ZIRGAN.....	105
ZOLADEX.....	23
ZOLINZA.....	23
<i>zolpidem</i>	61
ZONISADE.....	138
<i>zonisamide</i>	139
<i>zovia 1/35e (28)</i>	133
<i>zovia 1-35 (28)</i>	133
ZTALMY	139
ZTLIDO.....	114
ZURZUVAE.....	142
ZYDELIG.....	23
ZYKADIA.....	23
ZYLET.....	105
ZYNLONTA.....	23
ZYNYZ.....	23
ZYPREXA RELPREVV	46

BayCare Health Plans

P. O. Box 30764

Tampa, FL 33630



Member.BayCarePlus.org



Línea telefónica gratuita:
(888) 741-5002 (TTY: 711)

Siete días a la semana, 24 horas al día

Este formulario se actualizó el 06/01/2025. Para obtener la información más reciente o si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio al Cliente Farmacéutico. BayCare Select Health Plans es un plan HMO con contrato de Medicare. La inscripción en BayCare Select Health Plans depende de la renovación del contrato. BayCare Select Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género.